

Si ce travail vous plaît, merci de montrer votre soutien en likant ma [page facebook](#),  
et en mettant des [étoiles / commentaires sur Google](#) et [Facebook](#) ☺

*Le présent document rassemble mes notes de lecture de l'excellent ouvrage d'Irvin D. Yalom. Il est je crois assez complet, mais pas nécessairement exhaustif. Et surtout il me reflète nécessairement dans mes choix, tant dans les éléments retenus qu'en termes de traduction.*

*Bonne lecture !*

## Table des matières

0. Introduction .....	3	19. L'ici-et-maintenant énergise la thérapie.....	9
1. Retirez les obstacles à la croissance.....	3	20. Utilisez vos propres sensations comme donnée ...	9
2. Evitez les diagnostics.....	4	21. Cadrez vos commentaires sur l'ici-et-maintenant avec soin .....	9
03. Le thérapeute et le patient comme des « compagnons de voyage ».....	4	22. Tout est grain pour le moulin de l'ici-et-maintenant .....	9
04. Engagez le patient .....	4	23. Questionnez l'ici-et-maintenant à chaque heure	10
05. Soyez un soutien .....	5	24. Quels mensonges m'avez-vous dit ?.....	10
06. Empathie : regarder à travers la fenêtre du patient .....	5	25. Ecran blanc ? Oubliez-le ! Soyez réel .....	10
07. Enseignez l'empathie .....	5	26. 3 formes de révélation de soi du thérapeute .....	11
08. Laissez le patient compter pour vous (et vous influencer).....	6	1) Le mécanisme de la thérapie .....	11
09. Reconnaissez vos erreurs .....	6	2) Les émotions et sensations de l'ici-et-maintenant .....	11
10. Créez une nouvelle thérapie pour chaque patient	6	3) La vie personnelle du thérapeute.....	11
11. Un acte thérapeutique, pas un mot thérapeutique .....	6	27. Le mécanisme de la thérapie – Soyez transparent .....	11
12. Engagez-vous dans une psychothérapie .....	7	28. Révéler les émotions et sensations de l'ici-et-maintenant – Faites preuve de jugement .....	11
13. Le thérapeute a beaucoup de patients, le patient n'a qu'un thérapeute .....	7	29. Révéler la vie personnelle du thérapeute – Faites attention .....	11
14. L'ici-et-maintenant : utilisez-le ! utilisez-le ! .....	7	30. Révéler votre vie personnelle – Mises en garde..	12
15. Pourquoi utiliser l'ici-et-maintenant ?.....	8	31. La transparence et l'universalité du thérapeute .	12
16. Utiliser l'ici-et-maintenant : faites-vous pousser des oreilles de lapin .....	8	32. Les patients vont résister à votre dévoilement ...	12
17. Cherchez les équivalents de l'ici-et-maintenant....	8	33. Evitez le traitement tordu (« crooked cure ») .....	12
18. Résoudre les sujets dans l'ici-et-maintenant.....	9	34. Sur le fait d'emmener des patients au-delà de là où vous êtes allé vous-même .....	12
		35. Sur le fait d'être aidé par vos patients.....	13

---

36. Encouragez les révélations du patient.....	13	61. La thérapie comme une répétition pour la vie ....	23
37. Le feedback en psychothérapie .....	13	62. Utilisez la plainte initiale comme levier .....	23
38. Fournir un feedback efficacement et délicatement .....	14	63. Ne soyez pas effrayé de toucher les patients.....	23
39. Accroissez la réceptivité au feedback en utilisant les « parties » .....	14	64. Ne soyez jamais sexuel avec vos patients.....	24
40. Feedback : frappez quand le fer est froid .....	14	65. Observez les anniversaires et les problèmes liées aux étapes de vie .....	24
41. Parlez de la mort .....	15	66. N'ignorez jamais l'anxiété liée à la thérapie.....	25
L'argument de la symétrie .....	15	67. Docteur, enlevez-moi mon anxiété.....	25
La vie non-vécue et la terreur de la mort .....	15	68. Sur le fait d'être le bourreau de l'amour .....	25
Faire des ronds dans l'eau .....	15	69. L'anamnèse (prendre l'histoire) .....	26
42. La mort et l'amélioration de la vie .....	15	70. Une histoire de l'agenda quotidien du patient....	26
43. Comment parler de la mort .....	16	71. Comment la vie du patient est-elle remplie de gens ? .....	27
44. Parlez du sens de la vie .....	16	72. Interviewer l'autre significatif (époux, partenaire...) .....	27
45. La liberté .....	17	73. Explorez la ou les thérapies précédentes .....	27
46. Aider les patients à assumer leurs responsabilités .....	17	74. Partager l'ombre de l'ombre .....	27
47. Ne jamais prendre de décisions pour le patient (ou presque) .....	18	75. Freud n'avait pas toujours tort .....	28
48. Les décisions : une voie royale vers les fondements de l'existence .....	18	76. La thérapie (brève) cognitive et comportementale n'est pas aussi géniale qu'on le dit... ou ne pas avoir peur du croque-mitaine de la thérapie validée empiriquement .....	28
49. Concentrez vous sur la résistance à la décision ...	19	77. Les rêves – Utilisez-les, utilisez-les, utilisez-les....	29
50. Faciliter la prise de conscience en donnant des conseils.....	19	78. L'interprétation complète d'un rêve ? Oubliez ! .	29
51. Faciliter les décisions – Autres outils .....	19	79. Utilisez les rêves de manière pragmatique : saccagez et pillez.....	29
52. Conduisez la thérapie comme une session continue .....	20	80. Maîtrisez des compétences de navigation onirique .....	30
53. Prenez des notes de chaque session.....	20	81. Apprenez sur la vie du patient grâce à ses rêves.	30
54. Encouragez l'auto-observation .....	20	82. Soyez attentif au 1 <sup>er</sup> rêve .....	31
55. Quand vos patients pleurent .....	21	83. Prêtez particulièrement attention aux rêves relatifs au thérapeute .....	31
56. Donnez-vous du temps entre les patients .....	21	84. Prenez garde aux risques du métier .....	31
57. Exprimez vos dilemmes ouvertement .....	21	85. Chérissez les privilèges du métier.....	32
58. Faites des visites à la maison .....	21	86. Les neurosciences : embrassez-les ! .....	32
59. Ne prenez pas les explications trop au sérieux....	21		
60. Outils d'accélération de la thérapie .....	22		

---

87. Neurobiologie : mais gardons nos distances ..... 33	89. Incitez la curiosité ..... 34
88. Empathie : regarder à travers la fenêtre du patient (avec l'aide des neurosciences)..... 34	

## 0. Introduction

Offrir guidance et inspiration à la prochaine génération de psychothérapeute est excessivement problématique aujourd'hui car notre champ est dans une telle crise. Un système de santé *drivé* par l'économie réclame une modification radicale dans les traitements psychothérapeutiques, et la psychothérapie doit désormais être rationalisée – c'est-à-dire avant tout peu chère et donc brève, superficielle et insubstantielle.

La plupart des écoles de psychologie répondent à ce mouvement en enseignant une thérapie qui est orientée symptôme, brève, et donc remboursable.

L'auteur reste convaincu qu'il y aura encore des thérapeutes et des patients qui continueront à rechercher une croissance extensive, et qui seront donc prêts à s'engager à durée indéterminée dans une thérapie.

L'auteur travaille avec **2 cadres de référence : interpersonnel et existentiel.**

Quand l'auteur travaille en thérapie de groupe, il utilise le 1<sup>er</sup> cadre (présupposé : ces patients sont désespérés à cause de leur **inaptitude à développer et maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes**).

Dans le second cas, le présupposé est que les gens sont désespérés à cause de la **confrontation avec les faits durs de la condition humaine.**

Nous faisons face à 4 sujets de préoccupation ultimes :

- la mort
- l'isolement
- le sens de la vie
- la liberté

**Contenu et processus : 2 dimensions à la thérapie**

Le contenu = ce qui est dit, les mots précis, le contenu adressé.

Le processus = la relation interpersonnelle entre le patient et le thérapeute. Que nous disent les mots (et le comportement non-verbal également) de cette relation ?

La thérapie ne devrait pas être orientée « théorie » mais orientée « relation ».

Les buts de l'auteur en thérapie sont ambitieux : en plus de retirer le symptôme et d'alléger la souffrance, l'auteur cherche à faciliter le développement personnel et l'évolution du caractère de base des patients.

## 1. Retirez les obstacles à la croissance

Croyance utile : l'être humain a une propension innée à la réalisation de soi.

Les néo-Freudiens ont insisté sur l'importance de l'environnement interpersonnel qui entoure l'individu et qui forme son caractère tout au long de la vie (vs les Freudiens pour qui le développement de l'individu est largement contrôlé par l'expression de ses instincts naturels).

## 2. Evitez les diagnostics

Les thérapies basées sur des diagnostics sont une tentative pour intégrer la précision scientifique là où elle n'est ni possible ni désirable.

Bien que les diagnostics soient essentiels dans le traitement de beaucoup de conditions sévères (par exemple la schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles affectifs majeurs, l'épilepsie du lobe temporal, la toxicité des médicaments, les maladies du cerveau ou organiques liées aux toxines, à des causes dégénératives ou à des agents infectieux), ils se révèlent souvent contreproductif dans la psychothérapie quotidienne de patients moins gravement atteints.

Un diagnostic **limite la vision** : il diminue la capacité à entrer en relation à l'autre comme personne. Une fois qu'on a fait un diagnostic, on a tendance à faire une ... des aspects du patient qui ne correspondent pas au diagnostic, et inversement à excessivement fixer son attention à des caractéristiques subtiles qui confirment notre diagnostic initial.

De plus, un diagnostic peut agir comme **prophétie auto-réalisatrice**.

Garder en tête également le faible taux de fiabilité des catégories de troubles de la personnalité du DSM.

Demandez-vous : « Si vous êtes en psychothérapie ou si vous y pensez, quel diagnostic du DSM pensez-vous que votre thérapeute pourrait légitimement utiliser pour décrire quelqu'un d'aussi compliqué que vous ? »

## 03. Le thérapeute et le patient comme des « compagnons de voyage »

Tout le monde, et cela inclut le thérapeute, est destiné à faire l'expérience non seulement de l'euphorie de la vie, mais aussi son inévitable côté sombre : désillusion, vieillissement, maladie, isolation, perte, absence de sens, choix douloureux et mort. Il est difficile de nier le désespoir inhérent à la vie de l'individu conscient de lui-même. Nous sommes tous dans le même bateau et le thérapeute comme la personne ne sont immunisés contre les tragédies de la vie.

Rilke, dans les Lettres à un Jeune Poète : « Aies de la patience pour tout ce qui n'est pas résolu et essaie d'aimer les questions elles-mêmes », et l'auteur d'ajouter : « Essaie d'aimer ceux qui posent les questions également. »

## 04. Engagez le patient

L'acte de se révéler complètement à quelqu'un d'autre et d'être tout de même accepté pourrait bien être le principal véhicule de l'aide thérapeutique. La relation thérapeutique, intime et bienveillante, qui ne découle pas sur la catastrophe anticipée devient une expérience émotionnelle correctrice.

La relation avec le patient est donc le sujet premier d'attention, et l'auteur est particulièrement vigilant à toutes les nuances de comment l'un et l'autre se regardent.

L'auteur ne laisse jamais passer une heure sans **vérifier l'état de la relation**, avec des questions comme « Comment allons-nous, vous et moi, aujourd'hui ? » ou « Comment vivez-vous l'espace entre nous aujourd'hui ? », ou en demandant au patient de se projeter dans le futur : « Imaginez dans une demi-heure – vous êtes en train de rentrer chez vous, repensant à votre session. Comment vous sentirez-vous par rapport à vous et moi ? Quels seront les mots qui n'auront pas été dits et les questions non posées par rapport à notre relation aujourd'hui ? »

## 05. Soyez un soutien

Ne soyez pas avare en compliments ! L'acceptation et le soutien de quelqu'un qui vous connaît aussi intimement est une grande source d'affirmation.

Une telle candeur augmente la confiance du patient envers le thérapeute et le processus thérapeutique.

L'auteur est vigilant à exprimer régulièrement ses pensées et sentiments positifs à l'égard de ses patients, ainsi qu'une longue liste d'atouts : capacités sociales, curiosité intellectuelle, chaleur, loyauté envers leurs amis, clarté et éloquence, courage pour affronter leurs démons intérieurs, implication dans le changement, volonté de se découvrir, amour pour leurs enfants, engagement pour rompre un cercle d'abus et décision de ne pas « passer la patate chaude » à la prochaine génération.

Quand les patients passent avec courage une étape thérapeutique importante, complimentez-les pour.

L'auteur n'hésite pas à l'exprimer non-verbalement en dépassant l'heure de quelques minutes. Le soutien peut inclure des commentaires sur l'apparence.

Méfiez-vous des compliments creux.

## 06. Empathie : regarder à travers la fenêtre du patient

Il y a 50 ans Carl Rogers a identifié l'empathie juste comme l'une des 3 caractéristiques essentielles d'une thérapie efficace (avec le regard positif inconditionnel et l'authenticité).

La thérapie est améliorée lorsque le thérapeute entre avec justesse dans le monde du patient. Les patients bénéficient énormément de la simple expérience d'être complètement vus et compris. C'est pourquoi il est important d'apprécier comment notre patient fait l'expérience de son passé, présent et futur.

L'auteur est vigilant à vérifier régulièrement ses hypothèses.

Gardez en vue que les patients regardent les heures de thérapie bien différemment des thérapeutes.

Posez des questions à propos de leur expérience.

Erich Fromm citant Terence : « Je suis humain et ne laissez rien d'humain m'être étranger »

Bien-sûr, la connaissance du passé du patient augmente beaucoup la capacité à voir à travers la fenêtre du patient.

Cf. 88. Empathie : regarder à travers la fenêtre du patient (avec l'aide des neurosciences)

## 07. Enseignez l'empathie

Aidez les patients à développer de l'empathie pour les autres (rappelez-vous qu'ils viennent souvent à cause de leurs difficultés à développer et maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes).

Aidez vos patients à faire l'expérience de l'empathie avec vous, et ils feront automatiquement les extrapolations nécessaires aux autres personnes importantes de leur vie.

Il est courant pour les thérapeutes de demander aux patients comment certaines paroles ou certaines actions peuvent affecter les autres. Pourquoi ne pas inclure le thérapeute dans la question ?

L'auteur exhorte le patient à s'adresser à lui ou lui poser des questions directement, et il s'engage à y répondre d'une manière directe et aidante.

## 08. Laissez le patient compter pour vous (et vous influencer)

Si vous avez pensé au patient entre les séances, c'est opportun de le dire.

Lorsque l'auteur sent qu'il a fait une erreur dans la session, il croit que le mieux est toujours de le reconnaître directement.

Les révélations du thérapeute appellent aux révélations du patient.

## 09. Reconnaissez vos erreurs

D. W. Winnicott faisait cette observation tranchante sur la différence entre une bonne et une mauvaise mère : ce n'est pas le fait de commettre des erreurs, mais ce qu'on en fait.

Si vous faites une erreur, admettez-le. Toute tentative de le cacher finirait par se retourner contre vous. A un certain niveau, le patient sentirait que vous êtes de mauvaise foi, et la thérapie en souffrirait. De plus, admettre ses erreurs de manière ouverte pose un bon modèle pour les patients et montre qu'ils comptent pour vous.

Demander au patient : « Peut-être pouvez-vous m'aider à localiser certains de mes angles morts / points aveugles (blind spots). »

## 10. Créez une nouvelle thérapie pour chaque patient

Paradoxe de la recherche moderne en thérapie : le besoin légitime de comparer la psychothérapie aux autres formes de thérapie mène à une standardisation de la thérapie (uniforme pour pouvoir être répliquée) ; or l'acte même de standardiser rend la thérapie moins réelle et moins efficace.

Ajoutez à cela le fait que tant de recherche en psychothérapie est réalisée par des thérapeutes inexpérimentés voire des étudiants, et comprenez pourquoi la recherche a au mieux une connexion ténue à la réalité.

La thérapie est spontanée, la relation est dynamique et sans cesse en train d'évoluer, et il y a une alternance continue d'expérience et d'examen du processus.

Le caractère unique de chaque individu (uniqueness, dont Jung parlait) réclame que le thérapeute invente un nouveau langage thérapeutique pour chaque patient.

Tout ce qui arrive peut être de l'eau pour le moulin thérapeutique.

## 11. Un acte thérapeutique, pas un mot thérapeutique

Profitez des opportunités d'apprendre des patients.

Faites une règle de demander souvent la vision du patient de ce qui est utile au processus thérapeutique.

Le regard des patients sur ce qui aide la thérapie est généralement d'ordre relationnel et implique souvent un acte thérapeutique qui a élargi le cadre de la thérapie ou un exemple marqué de la cohérence et présence du thérapeute.

Appeler au téléphone une personne en grande détresse ou suicidaire prend peu de temps et peut beaucoup compter pour la personne.

Si le thérapeute a un doute sur le fait de générer une relation de dépendance, il peut demander au patient de participer à une stratégie de comment ils peuvent être soutenus au mieux dans les périodes critiques.

## 12. Engagez-vous dans une psychothérapie

Dans l'opinion de l'auteur, la psychothérapie personnelle est de loin la partie la plus importante de la formation de thérapeute.

Une question : quel est l'instrument le plus important du thérapeute ? Le thérapeute lui-même.

Une thérapie permet au thérapeute de faire l'expérience de nombreux aspects de la thérapie depuis la place du patient : la tendance à idéaliser le thérapeute, l'appel de la dépendance, la gratitude envers une oreille attentive et bienveillante, le pouvoir donné au thérapeute.

Les thérapeutes doivent montrer la voie aux patients par exemplarité.

Les thérapeutes doivent être familiers de leurs propres côtés sombres, et être capables d'être en empathie avec tous les désirs et pulsions humaines.

L'exploration de soi est un processus d'une vie.

L'auteur décrit les différentes thérapies qu'il a suivies au cours de sa vie, 2 aspects ressortent : la diversité des approches, et le fait qu'il soit entré en thérapie à de nombreux moments différents de sa vie.

## 13. Le thérapeute a beaucoup de patients, le patient n'a qu'un thérapeute

Cette inégalité peut être irritante pour certains patients (qui peuvent l'exprimer), mais on peut :

- garder en tête qu'elle est aussi importante et nécessaire.

Nous voulons que l'heure de thérapie soit un des événements les plus importants de la vie du patient.

- amplifier la capacité à tester le réel en parlant de la cruauté de la situation thérapeutique (de base, le patient pense plus au thérapeute que l'inverse)

- utiliser l'analogie du professeur ou autres métiers dans lesquels la situation est présente (médecin, infirmière, superviseur...)

- faire référence à sa propre expérience en tant que patient dans une psychothérapie

## 14. L'ici-et-maintenant : utilisez-le ! utilisez-le ! utilisez-le !

L'ici-et-maintenant fait référence aux événements immédiats de l'heure thérapeutique, ce qui se passe ici (dans le bureau, dans la relation, dans l'espace – *in-betweenness*).

Il s'agit d'une approche ahistorique qui défocalise (sans nier l'importance) du passé historique du patient ou des événements sa vie en dehors de la thérapie.

## 15. Pourquoi utiliser l'ici-et-maintenant ?

2 hypothèses de base :

- 1) l'importance de la relation interpersonnelle et
- 2) l'idée de la thérapie comme un **microcosme social**.

Il est évident que nous sommes intrinsèquement des êtres sociaux.

Notre image de nous-même est formulée en grande partie en fonction de l'évaluation que nous percevons dans les yeux des figures importantes de notre vie.

La psychothérapie basée sur le modèle interpersonnel vise à retirer les obstacles à des relations satisfaisantes. Et les problèmes interpersonnels du patient vont se manifester dans l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique.

## 16. Utiliser l'ici-et-maintenant : faites-vous pousser des oreilles de lapin

Une des 1ères étapes de la thérapie consiste à identifier les équivalents dans l'ici-et-maintenant des problèmes interpersonnels de votre patient.

Par exemple : comment votre patient vous salue, comment il s'assoit, comment il inspecte ou n'inspecte pas son environnement, comment il débute et finit la session, comment ils racontent leur histoire, comment il entre en relation avec vous, le paiement.

On a la banque d'expérience pour pouvoir comparer.

Pour faire pousser vos oreilles de lapin, gardez en tête ce principe : **un stimulus, de nombreuses réactions**.

C'est évident en thérapie de groupe, dans laquelle les membres du groupe font l'expérience en même temps du même stimulus mais réagissent différemment.

Pourquoi cela arrive ? Parce que **chaque personne a son propre monde intérieur, et le stimulus a des significations différentes pour chacun**.

La thérapie peut être vue comme un **test de Rorschach vivant**.

## 17. Cherchez les équivalents de l'ici-et-maintenant

Réaction naturelle quand un patient amène comme sujet une interaction insatisfaisante avec quelqu'un : explorer la situation en profondeur, tenter d'aider le patient à comprendre son rôle dans la transaction, explorer les options de comportements alternatifs, investiguer la motivation inconsciente, imaginer les motivations de l'autre personne, chercher des schémas répétitifs.

Une stratégie éculée qui a ses limitations : intellectualisation et données souvent erronées fournies par le patient.

Stratégie de l'ici-et-maintenant : trouver un équivalent dans l'ici-et-maintenant de l'interaction dysfonctionnelle.



## 18. Résoudre les sujets dans l'ici-et-maintenant

2 applications

## 19. L'ici-et-maintenant énergise la thérapie

Nous apprenons le mieux à propos de nous-même et de nos comportements par la **participation** personnelle aux interactions, combinée avec **l'observation et l'analyse** de cette interaction.

## 20. Utilisez vos propres sensations comme donnée

Si dans la session vous vous sentez ennuyé, irrité, confus, excité sexuellement, ou mis à distance par votre patient, utilisez-le comme de l'information utile. C'est pourquoi la thérapie du thérapeute est si importante : si vous développez une connaissance profonde de vous-même, que vous éliminez la majorité de vos angles morts, et que vous avez une bonne base d'expérience avec les patients, vous saurez quelle quantité de votre ennui, irritation, confusion, excitation, distance est à vous, et quelle quantité appartient au patient.

Trouvez un moyen de tourner vos sensations / émotions à l'avantage de la thérapie.

- Quand cela a-t-il commencé ?
- Qu'est-ce qui, précisément, provoque cette réaction chez vous ?

Formulations type CNV possibles.\*

## 21. Cadrez vos commentaires sur l'ici-et-maintenant avec soin

Les thérapeutes doivent apprendre à emballer leurs commentaires de sorte à ce qu'ils paraissent bienveillants et acceptables par le patient.

**\*Parlez de comment vous vous sentez, pas à propos de ce que le patient fait.**

## 22. Tout est grain pour le moulin de l'ici-et-maintenant

Parfois c'est plus opportun de rebondir dessus immédiatement, parfois c'est mieux de l'enregistrer et de le garder pour plus tard (souvent il est préférable de reporter l'analyse quand les émotions trop fortes ont pu s'atténuer un peu – cf. point 40 – Feedback : Frappez quand le fer est froid).

Rappelez-vous que vos patients ne pleurent pas ou ne montrent pas leurs émotions dans un espace vide – ils le font en votre présence !

La thérapie consiste en séquences alternées :

- évocation et expérience de l'affect
- suivie par une analyse et intégration de l'affect.

### 23. Questionnez l'ici-et-maintenant à chaque heure

Vers la fin de chaque heure de thérapie, l'auteur dit toujours quelque chose : « Prenons un instant pour voir comment nous avons fonctionné ensemble, vous et moi, aujourd'hui. » ou « Vous avez un feeling particulier par rapport à comment nous avons travaillé ensemble aujourd'hui ? » ou « Avant qu'on finisse, que dites-vous d'observer ce qui se passe dans cet espace entre nous ? »

Il est particulièrement important de mettre en place cette norme dès les premières sessions.

**Dans la 1<sup>ère</sup> session, je demande toujours comment le patient m'a choisi.**

S'ils m'ont été référés, je veux savoir ce qu'on leur a dit à propos de moi, quelles sont leurs attentes, et dans quelle mesure leur expérience avec moi, même sur une 1<sup>ère</sup> session, y a répondu.

« **La 1<sup>ère</sup> session est un entretien dans les 2 sens.** Je vous interviewe, mais c'est également une opportunité pour vous faire une idée de moi et de comment cela serait de travailler avec moi. » Suivi par « **Pouvons-nous faire un point sur ce que nous avons couvert jusque-là ?** »

### 24. Quels mensonges m'avez-vous dit ?

Poser la question des mensonges, des omissions que la personne a faites au cours de la thérapie amène souvent une discussion thérapeutique fertile.

### 25. Ecran blanc ? Oubliez-le ! Soyez réel

Les 1ers modèles de thérapie stipulaient que la relation thérapeute-patient devait être un écran blanc, dans lequel le thérapeute restait neutre et plus ou moins anonyme dans l'espoir que le patient allait y projeter ses distorsions de transfert majeures. Une fois que le transfert (la manifestation vivante des relations parentales précoces) serait accessible à l'analyse, le thérapeute pourrait plus précisément reconstruire les schémas précoces, sans gêner ou modifier ce process par sa présence.

Freud lui-même n'a pas toujours respecté ce précepte (cigare de victoire, ou orientation de la discussion, ou utilisation des allées et venues de son chien par exemple).

Carl Roger, dont les apports avec la répétition en écho de la dernière phrase du patient ont un temps renforcé cette approche, en est revenu avec finalement une approche plus humaniste et interactive.

En thérapie de groupe, l'exemplarité du thérapeute à modéliser est essentielle.

Pour construire les normes comportementales du groupe dont il a la charge (en l'occurrence la transparence et la révélation de soi), il n'y a pas de méthode plus efficace que la modélisation personnelle (le faire soi-même en tant que thérapeute).

Exemples d'applications :

- Session en 3 parties : 1 heure de thérapie de groupe avec des observateurs ; 10' de session « aquarium » où les observateurs et les animateurs du groupe échangent sur la session, entourés des membres du groupe ; 10' en large cercle où les membres du groupe réagissent aux commentaires des observateurs.

La recherche a montré que les participants trouvent que les dernières 20' sont les plus enrichissantes.

- La « thérapie multiple » où un groupe de thérapeutes se concentre sur le patient ET sur les process internes au groupe.

- Ecrire un compte-rendu détaillé des impressions et l'envoyer aux membres du groupe avant la session suivante.

- Le thérapeute et le patient écrivent un rapport détaillé de la séance et se l'échangent.

Exemple d'un patient qui idéalisait le thérapeute, qui dans son rapport prenait le soin d'inclure des sentiments très humains (frustration, irritation, insomnie, vanité...).

## 26. 3 formes de révélation de soi du thérapeute

1) Le mécanisme de la thérapie

2) Les émotions et sensations de l'ici-et-maintenant

3) La vie personnelle du thérapeute

## 27. Le mécanisme de la thérapie – Soyez transparent

### Clarifier les grandes lignes du processus thérapeutique

La recherche montre que le thérapeute devrait préparer soigneusement ses nouveaux patients en leur informant à propos de la psychothérapie – ses hypothèses de base, sa logique, et ce que chaque client peut faire pour maximiser son progrès.

Cela évite l'anxiété secondaire liée à cette situation sociale ambiguë sans directive claire pour un bon comportement ou participation.

Règles de base : Confidentialité, nécessité de dévoilement total de soi, importance des rêves, besoin de patience. Présentation de la logique de l'ici-et-maintenant (« *Il est clair qu'un des domaines de travail est votre relation avec les autres. C'est difficile pour moi de les connaître, puisque je n'ai que votre description, qui peuvent parfois être involontairement biaisées. Et j'ai trouvé qu'il était plus aidant de se concentrer sur la relation pour laquelle nous avons l'information la plus correcte : celle entre vous et moi. C'est la raison je vais vous demander régulièrement d'examiner ce qui se passe entre nous.* »)

## 28. Révéler les émotions et sensations de l'ici-et-maintenant – Faites preuve de jugement

La révélation de soi ne doit pas être poursuivie pour elle-même. La question à se poser est : **Ce dévoilement est-il dans le meilleur intérêt du patient ?**

Rappel : votre meilleure source d'information sont vos sensations.

Le thérapeute doit chercher un moyen de tourner tout comportement exhibé par le patient à l'avantage de la thérapie.

## 29. Révéler la vie personnelle du thérapeute – Faites attention

S'il vous arrive quelque chose de grave, l'évoquer car si un groupe évite activement certains sujets majeurs, aucun autre sujet ne sera traité efficacement (exemple de la révélation du décès de sa mère qui l'avait poussé à être absent qui a mené à une discussion thérapeutique fertile).

Si un patient pose une question sur ma vie privée, toujours répondre directement.

En aucun cas le dévoilement du thérapeute ne doit remplacer l'exploration du processus des demandes du patient. Faites les deux !

### 30. Révéler votre vie personnelle – Mises en garde

Rappelez vous que, si le patient bénéficie de la confidentialité, le thérapeute non. S'il y a des informations que vous ne voulez vraiment pas voir devenir publiques, ne les partagez pas en thérapie.

Ne soyez pas surprotecteur non plus : vous ne pouvez pas vous protéger d'une présentation distordue par votre patient à son prochain thérapeute. Gardez ça en tête quand vous entendrez un patient se plaindre d'un thérapeute précédent. Ne tirez pas automatiquement la conclusion que l'autre thérapeute était idiot ou malfaisant.

### 31. La transparence et l'universalité du thérapeute

Un facteur clé de la thérapie de groupe est l'universalité : une expérience de « bienvenue dans la race humaine ». C'est le cas également en thérapie individuelle.

### 32. Les patients vont résister à votre dévoilement

Certains préfèrent rester dans l'illusion d'un thérapeute infaillible.

« Je ne veux pas connaître votre histoire. Une histoire a un début, un milieu et une fin. Particulièrement une fin. »

### 33. Evitez le traitement tordu (« crooked cure »)

Autrement appelé « **traitement par le transfert** » dans les 1ères années de la psychanalyse : une amélioration soudaine et radicale chez le patient basée sur de la magie, émanant d'une vision pleine d'illusions sur le pouvoir du thérapeute.

Possibilité avec le temps de comprendre que l'amélioration ne vient pas du pouvoir du thérapeute, mais de sources à l'intérieur du patient lui-même.

Peut-être y a-t-il des fois où l'on doit apporter de la magie, du mystère et de l'autorité – des moments de grandes crises ou quand notre priorité est de faciliter l'entrée du patient dans la thérapie.

Mais si vous devez flirter avec le rôle de magicien, je recommande de garder ce flirt bref et dans la perspective d'aider le patient à faire rapidement la transition vers une relation thérapeutique plus réelle.

### 34. Sur le fait d'emmener des patients au-delà de là où vous êtes allé vous-même

Si le thérapeute retire les obstacles, les patients vont mûrir naturellement et réaliser leur potentiel, atteignant parfois même des niveaux d'intégration plus élevés que ceux du thérapeute facilitateur.

Il a existé de nombreux grands philosophes existentialistes eux-mêmes tourmentés (Nietzsche, Schopenhauer, Sartre, Heidegger...) et thérapeutes (Jung qui, comme beaucoup du cercle intime de Freud comme Jones, Rank, Ferenczi, exploitaient sexuellement leurs patients).

### 35. Sur le fait d'être aidé par vos patients

Jung disait que la thérapie fonctionne au mieux quand le patient apporte le baume parfait pour la blessure du thérapeute, et que si le thérapeute ne change pas, alors le patient non plus.

En thérapie de groupe, l'ambiance intime et guérissante y est presque tangible, et des choses positives arrivent lorsque l'on rentre dans cette aura.

Le pont peut être difficile à construire, et il peut y avoir des victimes dans la construction, mais une fois en place, il peut transporter beaucoup de personnes.

### 36. Encouragez les révélations du patient

La révélation de soi est un élément indispensable de la psychothérapie. Aucun patient ne profite de la psychothérapie sans se révéler. C'est l'une de ces occurrences automatiques en thérapie que l'on remarque surtout quand elle manque. La majorité de ce que l'on fait en thérapie – fournir un environnement sécurisé, établir la confiance, explorer les fantasmes et les rêves – a pour objet de faciliter les révélations à propos de soi.

Quand un patient franchit un cap de révélation de soi, l'auteur est vigilant sur le **processus** (la nature de la relation) comme sur le **contenu** : après une discussion complète sur le contenu – **révélation verticale** –, l'attention est tournée sur l'acte de révélation lui-même (le traiter avec tendresse, s'intéresser à la décision de partager ce contenu à ce moment-là) – **révélation horizontale** : la révélation sur la révélation.

On peut poser des questions comme : « Qu'est-ce qui a rendu possible qu'on discute de cela aujourd'hui ? Est-ce que cela a été dur pour vous ? Aviez-vous envie d'en parler aux précédentes sessions ? Qu'est-ce qui vous en a empêché ? Vu qu'il n'y a que vous et moi ici, j'imagine que cela avait à voir avec votre anticipation de ma manière de réagir (dur de dire non à ça). Comment anticipez-vous ma réponse ? Quelle réponse avez-vous vu de moi aujourd'hui ? Y a-t-il des questions à propos de ma réponse que vous souhaiteriez me poser ? »

Les patients ne devraient jamais être punis pour des révélations personnelles, aussi tardives soient-elles. Concentrez-vous sur le fait que le patient a finalement développé la confiance pour révéler cette information.

### 37. Le feedback en psychothérapie

	Connu de soi	Inconnu de soi
Connu des autres	1. Public	2. Aveugle
Inconnu des autres	3. Secret	4. Inconscient

Les quadrants varient en taille en fonction des gens. En thérapie, on cherche à faire évoluer la taille des 4 cellules : on essaie de faire grandir la cellule « Public » aux dépens des 3 autres, et de réduire au maximum la cellule « Secret », puisque les patients se dévoilent, au cours du processus, d'abord au thérapeute, puis ensuite de manière judicieuse aux personnes appropriées dans leur vie.

C'est la cellule 2 « Aveugle » que l'on vie en particulier, à la fois en thérapie individuelle et de groupe : un des buts de la thérapie est d'accroître la perception de la réalité (« reality testing ») et d'aider les individus à se voir tels que les autres les voient. C'est par le feedback que l'on réduit la cellule « Aveugle » significativement.

Pour réaliser un feedback utile :

- Qu'il résulte d'observations de l'ici-et-maintenant
- Qu'il suive l'événement générateur le plus près possible
- Qu'il se concentre sur des observations et sentiments spécifiques générés chez l'écouter, plutôt que sur des estimations ou interprétations sur la motivation de la personne qui parle
- Que le destinataire valide le feedback auprès d'autres personnes pour obtenir une validation consensuelle.

### 38. Fournir un feedback efficacement et délicatement

Vous devez développer des manières de délivrer vos observations de sorte à ce que le patient puisse les accepter.

Il y a des étapes que l'auteur trouve utile au début de la thérapie :

- Enrôler le patient comme allié et demander la permission de faire des observations sur l'ici-et-maintenant
- Être très clair sur le fait que ces observations sont très pertinentes quant aux raisons du patient d'être en thérapie.

Exemples de questions : « Est-ce possible que vous affectiez les autres de la même manière ? », « Est-ce quelque chose que vous avez déjà entendu ? »

Notez avec attention les formulations des réponses.

S'en tenir aux observations du comportement observable et comment ce comportement fait se sentir le thérapeute, éviter les estimations sur ce que le patient essaie de faire.

### 39. Accroissez la réceptivité au feedback en utilisant les « parties »

Evitez de donner des feedbacks généraux ; inversement, faites-les focalisés et explicites. Evitez de répondre simplement affirmativement aux questions générales de vos patients pour savoir si vous les appréciez. Au contraire, augmentez l'utilité de votre réponse en recadrant la question et en discutant les aspects du patient qui vous attirent à lui et ceux qui vous repoussent.

Exemple sur la résistance : « Je sais que vous travaillez dur en thérapie, cependant il semble y avoir une petite partie de vous réticente à me payer. Je voudrais parler à cette partie. »

### 40. Feedback : frappez quand le fer est froid

Donner le feedback à propos d'un comportement quand la personne est en train de se comporter différemment, pour éviter de blesser ou que la personne se referme et devienne défensive.

## 41. Parlez de la mort

La mort est un visiteur de toute thérapie.

Ignorer sa présence donne le message que c'est un sujet trop terrible pour être discuté.

Pourquoi certains thérapeutes l'évitent-ils ? Pour se concentrer sur le processus neurotique, celui sur lequel on peut faire quelque chose ? Ou comme disait Adolph Meyer, pour « ne pas gratter là où ça ne démange pas » ? Ou pour éviter d'évoquer un sujet anxiogène chez des patients déjà anxieux ?

Mais il y a aussi de bonnes raisons de faire face à la mort en thérapie : étant donné le caractère central de la mort dans nos vies, comment l'ignorer si le but de la thérapie est l'exploration profonde et totale du cours et du sens de sa vie ? Comme beaucoup de grands penseurs l'ont conclu : apprendre à bien vivre, c'est apprendre à bien mourir.

Terreur de la mort plus qu'anxiété, pour souligner que la mort est partout, câblée en nous, imprégnée dans l'étoffe même de notre être. Elle joue un rôle bien plus important que ce que l'on croit d'habitude, et est impossible à supprimer. Mais on peut mieux la vivre, et même l'utiliser comme expérience d'éveil pour booster le développement personnel.

### L'argument de la symétrie

Epicure, 341 – 270 ad. : après la mort, on retourne dans un état identique à celui d'avant notre naissance.

### La vie non-vécue et la terreur de la mort

« Je sais que c'est une question un peu stupide mais s'il vous plaît... Pouvez-vous me dire précisément ce qui vous fait peur à propos de la mort ? » → ouvre souvent des pistes intéressantes pour la thérapie.

L'une de ces pistes : il semble y avoir une **corrélation entre le degré d'anxiété lié à la mort et le niveau d'accomplissement de soi.**

### Faire des ronds dans l'eau

Créer des cercles concentriques qui peuvent influencer les autres pour des années, des générations.

L'idée de transmettre un peu de nous-même offre une réponse puissante à ceux qui pensent que notre finitude mène inévitablement à l'absence de sens et à la terreur.

Les thérapeutes qui ont la chance de rencontrer la famille ou les enfants de leurs anciens patients peuvent s'en rendre compte directement.

## 42. La mort et l'amélioration de la vie

Dans La Mort d'Ivan Ilyich de Tolstoï, le héros prend conscience qu'il meurt aussi mal parce qu'il a vécu aussi mal.

Bien que la réalité physique de la mort nous détruise, l'idée de la mort peut nous sauver.

Heidegger a identifié 2 modes d'existence :

- Le mode **quotidien** : nous sommes consumés et distraits par notre environnement matériel, remplis d'émerveillement par *comment les choses* fonctionnent dans le monde.

- Le mode **ontologique** : nous sommes concentrés sur l'existence elle-même, on est rempli d'émerveillement par *le fait que les choses soient* dans le monde. Dans ce mode, on est **particulièrement disposé au changement.**

Comment passer du mode quotidien au mode ontologique ?

Les philosophes parlent « d'expériences frontières » (« boundary experiences »). La plus importante d'entre elle est la confrontation à la mort.

Dans le travail sur le **deuil**, trop souvent on se concentre de manière extensive et exclusive sur la perte, sur le travail inachevé dans la relation, sur la tâche de se détacher du mort et d'entrer à nouveau dans le flux de la vie. Bien que ce soit des points importants, il ne faut pas négliger le fait que la mort de l'autre sert aussi à nous confronter à notre propre mort.

D'autres opportunités pour parler de la mort vont émerger en thérapie (et si de telles opportunités n'émergent pas, l'auteur croit que c'est dû à des instructions cachées de la part du thérapeute) : la mort et la mortalité forment l'horizon de toutes les discussions sur le vieillissement, les évolutions du corps, les étapes de vie, et de nombreux marqueurs de vie comme les anniversaires importants, le départ des enfants pour l'université, le phénomène du nid vide, la retraite, la naissance des petits-enfants.

Et puis il y a bien-sûr l'empreinte indubitable de la mort dans chaque **cauchemar**.

### 43. Comment parler de la mort

L'auteur préfère parler de la mort directement et de manière factuelle. Tôt dans la thérapie, il prend soin d'**obtenir l'historique des expériences du patient avec la mort** : quand avez-vous pris conscience de la mort pour la 1<sup>ère</sup> fois ? Avec qui en avez-vous parlé ? Comment les adultes dans votre vie ont-ils répondu à vos questions ? De quelles morts avez-vous fait l'expérience ? A quelles funérailles avez-vous assisté ? Avez-vous des croyances religieuses quant à la mort ? Comment vos attitudes par rapport à la mort ont-elles évolué au cours de votre vie ? Pensez-vous fortement, rêvez-vous de la mort ?

Son approche des patients qui souffrent d'une forte anxiété liée à la mort est identique : une dissection calme et factuelle est souvent rassurante. Il est souvent utile de disséquer la peur et demander calmement qu'est-ce qui précisément est terrifiant à propos de la mort. Les réponses incluent souvent la peur du processus de mourir, des inquiétudes pour les survivants, des inquiétudes sur la vie après la mort (ce qui pose la question de transformer la mort en un événement non terminal), des inquiétudes sur l'anéantissement.

Gardez en tête que les inquiétudes quant à la mort se cachent parfois derrière le costume du sexe. En effet, le sexe est le grand neutralisateur de la mort, l'antithèse vitale absolue de la mort.

### 44. Parlez du sens de la vie

« Nous autres humains paraissent être des créatures qui cherchent du sens qui ont eu la malchance d'être jetés dans un monde dépourvu de sens intrinsèque. »

Demander : que voudriez-vous voir écrit sur votre épitaphe ?

Schopenhauer a dit que le désir lui-même n'est jamais satisfait – dès qu'un désir est satisfait, un autre apparaît.

« Chaque vie humaine est ballotée entre la souffrance et l'ennui. »

Contrairement à mon approche quant aux autres inquiétudes existentielles ultimes (la mort, l'isolement, la liberté), l'auteur trouve qu'il vaut mieux approcher le sens de la vie de manière oblique. Ce que l'on doit faire est se plonger dans de nombreux sens possible, particulièrement un qui ait une base transcendante.



C'est l'engagement qui compte, et le thérapeute est d'autant plus efficace qu'il identifie et aide à retirer les obstacles à l'engagement.

Comme Bouddha l'a enseigné, la question du sens de la vie n'est pas éclairante : on doit s'immerger dans la rivière de la vie et laisser la question s'effacer.

## 45. La liberté

Le **lien entre liberté et anxiété** n'est pas évident puisque la liberté est surtout connotée positivement dans notre société. Pourtant elle a aussi un côté sombre. Avec la perspective de la création de soi, du choix, de la volonté et de l'action, la liberté est en fait imprégnée d'angoisse.

Nous sommes, dans le sens le plus profond, **responsables de nous-même**. Comme Sartre l'a dit, nous sommes les auteurs de nous-même. Avec l'accumulation de nos choix, actions et inactions, nous nous construisons nous-mêmes. Nous ne pouvons éviter cette responsabilité. « Nous sommes **condamnés à la liberté**. »

Pour Kant, nous avons la responsabilité de la forme et du sens que nous donnons, non seulement à notre monde intérieur, mais aussi au monde extérieur. Nous rencontrons le monde extérieur seulement comme il est processé par notre propre appareil neurologique et psychologique. **Nous jouons un rôle central dans la construction de la réalité**. Si nous construisons notre réalité, quelle base solide sur laquelle s'appuyer ?

S'il n'y a rien, la prise de conscience de ce rien au cœur de l'existence s'accompagne d'une anxiété profonde.

De fait, si le mot liberté est absent des sessions et des manuels de thérapie, ses dérivés – responsabilité, volonté, envie, décision – sont les habitants visibles des projets thérapeutiques.

## 46. Aider les patients à assumer leurs responsabilités

Tant que le patient persiste à penser que leurs problèmes principaux sont le résultat de quelque chose qui échappe à leur contrôle, les thérapeutes restent limités dans ce qu'ils peuvent offrir.

On peut avoir de la compassion, suggérer des méthodes plus adaptées de répondre aux assauts et aux injustices de la vie, on peut aider les patients à atteindre l'équanimité, ou leur apprendre à être plus efficace dans leur manière d'altérer leur environnement.

Mais si on veut atteindre un changement thérapeutique significatif, on doit encourager nos patients à assumer la responsabilité, c'est-à-dire appréhender comment eux-mêmes contribuent à leur détresse.

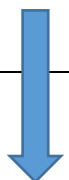
« Même si 99% des choses mauvaises qui vous arrivent sont la faute de quelqu'un d'autre, je veux que nous nous tournions vers les 1%, ce qui est de votre responsabilité. Nous devons explorer votre rôle, même s'il est limité, car c'est là que je peux être le plus utile. »

Rappeler que pour chaque exploiteur il y a un exploité (bourreau / victime) ; si vous vous retrouvez à toujours être exploité, c'est que certainement il y a un attrait pour eux. Certains thérapeutes posent la question : **quel est le bénéfique** (secondaire) pour vous ?

En thérapie de groupe, tout le monde commence sur un pied d'égalité puis chaque membre se taille un rôle interpersonnel particulier – un rôle similaire à celui qu'il occupe dans la vie quotidienne.

Constat sur la situation → « Est-ce un endroit, une situation familière pour vous ? »

Le processus de feedback dans le groupe favorise la prise de responsabilité :



- Les membres apprennent comment leur comportement est vu par les autres
- Puis ils apprennent comment leur comportement fait se sentir les autres
- Ils observent comment leur comportement modèle les opinions que les autres ont d'eux
- Ils réalisent enfin que les 3 1ères étapes façonnent comment ils se sentent à propos d'eux-mêmes.

Regarder sa vie et accepter la responsabilité peut créer un grand regret. Le thérapeute doit **anticiper ce regret et essayer de le recadrer** : bien-sûr, le passé ne peut pas être changé, mais l'auteur encourage souvent les patients à se projeter dans le futur et à considérer comment ils peuvent vivre maintenant de sorte à ce que dans 5 ans ils puissent se retourner sur leur vie sans que les regrets ne les submergent à nouveau.

Variante : quels nouveaux regrets aurez-vous accumulé dans 1 an ou 2 ? Que direz-vous ? Notre job ici c'est de vous aider à designer une vie sans regret.

L'auteur aime invoquer l'idée d'éternel retour de Nietzsche : « *Et si un jour ou une nuit, un démon se glissait furtivement dans ta plus solitaire solitude et te disait : " Cette vie, telle que tu la vis et l'a vécue, il te faudra la vivre encore une fois et encore d'innombrables fois; et elle ne comportera rien de nouveau, au contraire, chaque douleur et chaque plaisir et chaque pensée et soupir et tout ce qu'il y a dans ta vie d'indiciblement petit et grand doit pour toi revenir, et tout suivant la même succession et le même enchaînement – et également cette araignée et ce clair de lune entre les arbres, et également cet instant et moi-même. Un éternel sablier de l'existence est sans cesse renversé, et toi avec lui, poussière des poussières ! »*

## 47. Ne jamais prendre de décisions pour le patient (ou presque)

On ne sait jamais *in fine* ce qui sera bon pour l'autre. Nous n'avons pas de boule de crystal, et travaillons avec des données qui ne sont pas fiables (les dires du patient qui sont non seulement distordus, mais qui peuvent aussi changer à mesure que le temps passe et que la relation avec le thérapeute évolue).

Ce qui est généralement omis quand un patient raconte une dispute est son rôle dans le processus.

Il y a 2 sources particulièrement utiles pour obtenir des observations plus objectives : les sessions de couple (où le thérapeute peut observer l'interaction entre les partenaires) et se focaliser sur l'ici-et-maintenant de la relation thérapeutique.

Technique pour faire passer une idée : « Je me demande... » (l'auteur se demande d'ailleurs comment les thérapeutes feraient sans cet outil).

Une mise en garde : quand la preuve que le patient est abusé par quelqu'un d'autre est fiable, et que le besoin d'agir est clair, il est de la responsabilité du thérapeute d'utiliser toute l'influence possible pour faire prendre certaines décisions (exemple : décourager une femme battue de retourner dans un environnement dans lequel il est très probable qu'elle soit battue à nouveau).

## 48. Les décisions : une voie royale vers les fondements de l'existence

Prendre des décisions pour les patients est une bonne manière de les perdre. Les patients à qui on assigne une tâche qu'ils ne peuvent ou ne vont pas faire sont des patients mécontents. Qu'ils rechignent à être contrôlés, qu'ils se sentent inadéquats, ou qu'ils aient peur de décevoir leur thérapeute, le résultat est souvent le même : ils sortent de thérapie.

Et au-delà des risques d'erreur technique, il y a une autre raison pour ne pas prendre de décision à la place des patients : il y a bien mieux à faire avec les dilemmes – ce sont une voie royale vers le domaine existentiel : le royaume de la liberté, de la responsabilité, du choix, des regrets, des souhaits et des désirs.

Une des 1ères étapes de la thérapie est d'aider les patients à assumer la responsabilité de leurs actions. J'essaie de les aider à comprendre qu'ils prennent des décisions, même en refusant d'en prendre, ou en manipulant les autres pour qu'ils les prennent à leur place.

Une fois que le patient a accepté cet état de fait, je leur pose **la question thérapeutique clé** : « **En êtes-vous satisfait ?** » (tant avec la nature de la décision qu'avec leur manière de la prendre).

## 49. Concentrez vous sur la résistance à la décision

Pourquoi les décisions sont-elles difficiles ? Dans Grendl, la nouvelle de John Gardner, on trouve ces mots effrayants : « Tout disparaît, et les possibilités s'excluent mutuellement. »

Pour tout « Oui » il doit y avoir un « Non ». Les décisions coûtent cher car elle demande de renoncer.

La prise de décision est une autre expérience limite. Elle ne **nous confronte non seulement au degré avec lequel nous nous créons nous-mêmes, mais également aux limites de nos possibilités**. Prendre une décision nous coupe des autres possibilités.

Plus on fait face à nos limites, plus nous devons abandonner notre mythe personnel que nous serions spécial, avec un potentiel illimité, impérissable et immunisé contre les lois du destin biologique. C'est pour cette raison que Heidegger se réfère à la mort comme *l'impossibilité de futures possibilités*.

Le chemin de la décision est difficile car il nous mène dans les territoires de la finitude et de l'absence de fondement – territoires imbibés d'anxiété.

## 50. Faciliter la prise de conscience en donnant des conseils

Les conseils donnés n'ont pas vocation à être une fin en soi, mais un moyen pour encourager l'exploration.

Plus souvent que l'inverse, c'est le processus de conseiller qui aide, plutôt que le contenu du conseil lui-même (quelqu'un tient suffisamment à moi pour sortir de sa routine).

## 51. Faciliter les décisions – Autres outils

Souligner l'absurdité de résister à des événements passés irréversibles. Tôt ou tard, nous devons abandonner l'idée d'avoir un meilleur passé.

Parfois, les gens ne reconnaissent leur désir qu'une fois qu'il leur est retiré. L'auteur propose souvent d'imaginer ou de simuler une conversation téléphonique dans laquelle le partenaire rompt la relation. Comment le patient se sent-il alors ? Comment utiliser cette émotion pour stimuler un comportement et des décisions proactives ?

Possibilité de citer Camus dans La Chute : « Crois-moi, la chose la plus dure pour un homme est de renoncer à ce qu'il ne veut pas vraiment, après tout. »

Pour aider les gens à se voir plus objectivement, l'auteur utilise une astuce pour altérer la perspective (décrire le patient avec de la distance, en parlant d'elle à la 3<sup>ème</sup> personne) : « X, je me sens un peu coincé avec un patient, et peut-être pouvez-vous m'aider. [Raconter l'histoire de X] »

## 52. Conduisez la thérapie comme une session continue

L'auteur parle des bénéfices d'enregistrer les sessions pour les gens qui ont beaucoup de route pour venir : qu'ils écoutent la session précédente sur le chemin. Il le propose parfois même à des patients qui ne se trouvent pas dans cette situation.

Les heures de thérapies qui sont discontinues (utiliser l'heure à traiter les crises de la semaine par exemple) sont bien moins efficaces que quand elles s'inscrivent dans une continuité.

Eviter la cyclothérapie (traiter les problèmes les uns après les autres et les voir revenir, comme on serrerait les pneus d'une voiture un à un pendant qu'ils se desserrent entre temps).

L'auteur laisse souvent le patient commencer l'échange ; il veut savoir quel est son « point d'urgence » (Mélanie Klein).

S'il ouvre la session, c'est pour se référer à la précédente. (Exemple : « Nous avons parlé de beaucoup de choses importantes la semaine dernière, je me demande quels genres de feelings vous avez ramené chez vous »).

## 53. Prenez des notes de chaque session

Immédiatement après la séance, l'auteur prend quelques minutes pour noter les sujets principaux traités pendant la séance, de même que mes sentiments et ce qui n'a pas été fini.

Il arrange son emploi du temps de sorte à ce que, sans faute, il prenne les quelques minutes nécessaires pour lire ces notes avant la session suivante.

S'il ne trouve rien de significatif à écrire, c'est en soi un élément d'information important.

## 54. Encouragez l'auto-observation

La thérapie est un exercice d'exploration de soi, et l'auteur encourage ses patients à saisir toutes les opportunités d'aiguiser cette exploration.

Si la personne doit affronter une situation difficile : « Merveilleux ! Quelle opportunité d'apprendre à propos de vous-même ! Seulement cette fois-ci je veux que vous vous observiez – et que vous preniez des notes ensuite, que nous pourrions discuter lors de la prochaine session. »

Les visites chez les patients sont une source d'information particulièrement riche.

L'auteur suggère souvent à ses patients qu'ils commencent à avoir de longues et profondes conversations avec ses frères et sœurs.

Et toute réunion d'anciens élèves est une mine d'or d'informations.

L'auteur exhorte également ses patients à obtenir du feedback de comment ils étaient ou sont perçus par les autres.

## 55. Quand vos patients pleurent

La situation thérapeutique demande plus que du réconfort.

Puisque les pleurs signifient souvent l'entrée dans la chambre des émotions, l'auteur encourage ses patients à plonger encore plus profondément.

Il est possible de simplement leur demander leurs pensées : « N'essayez pas de fuir cet espace. Restez-y. Continuez de me parler. Essayez de mettre vos émotions en mots. »

Ou de poser la question : « Si vos larmes avaient une voix, que diraient-elles ? »

La psychothérapie peut être vue comme une alternance de séquence d'expression d'affect et d'analyse d'affect. On encourage l'émotion puis on réfléchit à l'émotion exprimée.

On plonge donc d'abord le patient dans le contenu et le sens des pleurs, et ensuite on analyse l'acte de pleurer (particulièrement dans la mesure où il est en lien avec l'ici-et-maintenant).

« Comment cela vous fait-il vous sentir de pleurer *en ma présence* ? »

## 56. Donnez-vous du temps entre les patients

Ne vous pénalisez pas en ne prenant pas amplement de temps entre chaque séance. Cf. point 53. Prenez des notes entre chaque séance. Jamais moins de 10'. Les intervalles de 15' compliquent l'agenda avec des horaires bizarres. Cela allonge votre journée et réduit votre revenu, mais cela vaut le coup. Ne soyez pas le bûcheron qui est trop pressé pour aiguïser sa hache (en référence à la citation d'Abraham Lincoln).

Si vous prenez chaque heure au sérieux, alors le patient fera de même.

## 57. Exprimez vos dilemmes ouvertement

## 58. Faites des visites à la maison

Les visites à la maison sont des événements significatifs, et l'auteur n'invite pas les thérapeutes débutants à les prendre à la légère. Les frontières doivent d'abord être établies et respectées. Mais quand la situation l'exige, le thérapeute doit rester flexible, créatif et individualiser la thérapie qu'il offre.

A une époque, les visites à la maison étaient monnaie courante.

## 59. Ne prenez pas les explications trop au sérieux

Les thérapeutes placent bien plus de valeur dans les interprétations et prises de conscience que les patients.

Nous avons soif du confort de la vérité absolue parce que nous ne pouvons pas supporter la désolation d'une existence purement capricieuse. Cf. Nietzsche : « La vérité est une illusion sans laquelle certaines espèces ne peuvent survivre. »

Ce n'est pas le contenu du trésor intellectuel qui compte, mais la quête. Cela garde le patient et le thérapeute fermement connectés pendant que l'agent réel du changement – la relation thérapeutique – est en train de germer. Et plus le thérapeute connaît le patient, plus il en est proche. Et de nombreuses interprétations sont explicitement dirigées vers une amélioration de la relation entre le thérapeute et le patient : de manière répétée, les thérapeutes se concentrent sur l'identification et la clarification des obstacles qui bloquent la rencontre entre eux et le patient. La recherche de l'explication peut garder engagés, et l'engagement finit par faire la différence.

La prise de conscience suit le changement plus qu'elle ne le précède.

Se rappeler de la maxime de Nietzsche : « Il n'y a pas de vérité, il n'y a que de l'interprétation. »  
Il s'agit toujours d'UNE explication. Jamais de L'explication.

Savoir accepter, apprécier l'incertitude. Cf. Rilke, dans les Lettres à un Jeune Poète : « Aies de la patience pour tout ce qui n'est pas résolu et essaie d'aimer les questions elles-mêmes », et l'auteur d'ajouter : « Essaie d'aimer ceux qui posent les questions également. »

## 60. Outils d'accélération de la thérapie

### Plus adaptés à la thérapie de groupe

- La chute de la confiance : le groupe forme un cercle autour de la personne qui se laisse tomber les yeux fermés.
- L'exercice « Top secret » : chaque membre écrit, chacun sur une feuille identique non reconnaissable, un secret qui paraît risqué à révéler. Les secrets sont ensuite redistribués et chaque membre dit le secret d'un autre et exprime comment il se sentirait s'il avait un tel secret.
- Rejouer différentes sections de la séance précédente enregistrée en vidéo.
- Dans les groupes d'étudiants, alterner le rôle de leader du groupe, et critiquer les performances des uns et des autres.
- Pour casser un long silence initial, possibilité de proposer un rapide tour de piste où les membres parlent de leurs associations libres qui se sont produites pendant le silence.
- Exercice du « Qui suis-je ? » : chaque membre se voit donner 8 feuilles de papier et l'instruction de répondre à la question sur chacune des 8 feuilles. Les membres arrangent ensuite les feuilles de la plus périphérique à la plus centrale. Puis les membres reçoivent l'instruction de méditer sur chaque feuille, en partant de la plus périphérique à la plus centrale. Et d'imaginer comment ce serait de laisser partir une partie de l'identité. Un signal indique de passer de feuille en feuille. A la fin, la procédure est inversée : les membres se réapproprient les aspects de leur identité. La discussion post-exercice, les membres partagent comment ils ont vécu l'exercice (sujets sur l'identité et son noyau, expérience de laisser partir, pensées relatives à la mort...)

Ces exemples ne sont que la première étape à chaque fois. Il doit y avoir un débrief et les membres du groupe doivent être aidés à récolter les données générées par l'exercice.

### En thérapie individuelle

Bien que chaque thérapie doive être individualisée, ce peut être une bonne idée pour les débutants d'avoir un pool d'exercices dans lesquels ils peuvent se servir pour dynamiser la thérapie.

- Les thérapeutes débutants doivent se rappeler qu'il y a des moments où il faut rester assis en silence.
- Visite à la maison.
- Mise en scène.
- Demander au patient d'écrire leur épitaphe.
- D'amener de vieilles photos (cela catalyse la mémoire des événements significatifs du passé).
- D'écrire une lettre à quelqu'un avec qui il y a des sujets non résolus (à partager avec le thérapeute mais pas nécessairement à envoyer).
- Technique la plus utilisée par l'auteur : le jeu de rôles informel (le patient prend le rôle de l'autre, et le thérapeute celui du patient pour démontrer comment les choses peuvent être réalisées). Ou l'inverse pour que le patient pratique comment il pourrait gérer la situation.
- La technique de la chaise vide de Fritz Perles : avec les gens qui ont une forte voix interne de dépréciation de la positionner dans la chaise et de lui parler ; puis de changer de place et jouer le juge.

Rappel : ces techniques ne sont pas utiles en elles-mêmes, mais comme moyen d'exploration future.

## 61. La thérapie comme une répétition pour la vie

La promiscuité de la relation thérapeutique sert plusieurs objectifs :

- Cela offre un espace sécurisé pour que les patients puissent se révéler autant que possible.
- Cela leur offre l'expérience d'être acceptés et compris même après de profondes révélations sur eux-mêmes.
- Cela leur apprend des compétences sociales (ce qu'une relation intime requière, que l'intimité est possible, même réalisable)
- La thérapie sert, comme Carl Rogers l'a noté, comme un point de référence interne auquel le patient peut retourner mentalement.

Le changement de comportement dans une situation thérapeutique n'est évidemment pas assez : les patients doivent transférer le changement dans leur environnement de vie.

## 62. Utilisez la plainte initiale comme levier

Ne pas la perdre de vue, elle peut se révéler utile dans les phases difficiles de la thérapie.

## 63. Ne soyez pas effrayé de toucher les patients

L'auteur est vigilant à établir un contact à chaque séance, et il ne refuse un contact particulier (une poignée de mains prolongée, un « hug ») que s'il a une raison impérieuse. Quel que soit ce contact, il en reparle à la séance suivante.

Touchez, et assurez-vous que le contact devient de l'eau au moulin interpersonnel.

## 64. Ne soyez jamais sexuel avec vos patients

La forte incidence de transgressions sexuelles dans toutes les situations où il y a une différence de pouvoir (au-delà de la thérapie l'église, l'armée, le lieu de travail en entreprise et en politique, l'école...) est devenue un problème croissant.

Leur place en thérapie est différente du reste, du fait qu'une relation intense et intime y est essentielle ; et que des relations sexuelles sont très destructrices pour toutes les parties : l'individu est trahi et endommagé, et le retour de flamme est fortement destructeur pour toute la profession. Les thérapeutes s'en trouvent à devoir pratiquer sur la défensive (non seulement précautions sur l'intimité inhabituelle mais sur toute forme d'intimité en général – il n'y a pas de fumée sans feu pour le juge).

Une mentalité de photographie est recommandée depuis quelques années : éviter tout moment qui, pris en dehors de son contexte, pourrait paraître suspicieux. Ne pas être informel. Éviter les prénoms. Ne pas offrir de thé ou de café. Ne pas dépasser le timing prévu. Ne pas voir quelqu'un du sexe opposé pour la dernière séance de la journée...

Pour l'auteur, ce sont de dangereuses évolutions qui nécessitent d'être équilibrées, pour ne pas sacrifier le noyau même de la thérapie (cf. le point 63 sur le contact avec les patients – écrit pour être sûr que les étudiants ne commettent pas l'erreur de mélanger l'intimité thérapeutique et l'intimité sexuelle).

De forts sentiments sexuels hantent la situation thérapeutique. Comment pourrait-il en être autrement, étant donnée l'intimité extraordinaire entre le thérapeute et le patient ?

Les patients développent régulièrement de l'amour et des envies sexuelles pour leur thérapeute. En effet, les patients sont exposés à une situation très rare, gratifiante et délicieuse : chacune de leurs phrases est examinée avec intérêt, chaque événement de leur vie est exploré, ils sont pris en charge, avec bienveillance, et acceptés et soutenus de manière inconditionnelle.

Certaines personnes ne savent pas comment répondre à une telle générosité.

Rappelez-vous que les sentiments émergeant dans le cadre de la thérapie appartiennent plus au rôle qu'à la personne : ne prenez pas une adoration transférentielle comme un signe de vos charmes naturels !

Tous ces éléments devraient faire partie du dialogue thérapeutique : ils ont, d'une manière ou d'une autre, créé des difficultés dans la vie du patient, et c'est une bonne chose qu'ils émergent en thérapie.

Puisque le phénomène est attendu, il devrait être compris et adressé explicitement.

Si le thérapeute se trouve lui-même excité sexuellement par un patient, cette excitation constitue en elle-même de l'information sur la manière d'être du patient (en supposant que le thérapeute est au clair quant à ses propres réactions).

## 65. Observez les anniversaires et les problèmes liées aux étapes de vie

L'auteur a développé un grand respect pour la persistance et le pouvoir des réactions d'anniversaires. Certaines dates notables offrent des ouvertures pour la recherche thérapeutique.



## 66. N'ignorez jamais l'anxiété liée à la thérapie

Même si la thérapie est toujours individuelle, il existe quelques règles universelles : l'une d'entre elles est de toujours explorer l'anxiété liée à la thérapie. L'auteur prête toujours une forte attention à l'anxiété qui peut arriver avant, pendant ou après la séance.

Si elle arrive durant la séance, l'auteur demande au patient de l'aider à passer la séance au peigne fin pour déterminer quand précisément l'inconfort a commencé à arriver. Ce phénomène a des causes qui peuvent être découvertes (et donc anticipées et contrôlées).

## 67. Docteur, enlevez-moi mon anxiété

Quand un patient ressent de l'anxiété, l'auteur demande souvent : « Quelle serait la chose parfaite que je pourrais dire ? Que pourrais-je dire qui vous ferait vous sentir mieux ? » (s'adressant à la partie enfant à l'intérieur de la personne, et demandant des associations libres non-censurées).

Lui dire les mots demandés et analyser l'effet créé (apaisant ou autre).

Cet exercice d'auto-apaisement crée un certain paradoxe : le patient est jeté dans un état d'esprit d'enfant, de dépendance lorsqu'il demande au thérapeute de prononcer les mots magiques, mais en même temps il est forcé d'assumer une position d'autonomie en inventant les mots qui vont l'apaiser.

## 68. Sur le fait d'être le bourreau de l'amour

En référence au titre de la nouvelle qui a rendu l'auteur célèbre. Ce chapitre s'ouvre d'ailleurs avec les 1ères phrases de la-dite nouvelle : « *Je n'aime pas les patients amoureux. Peut-être à cause de mon envie – moi aussi je recherche l'enchantement. Peut-être est-ce parce que l'amour et la psychothérapie sont fondamentalement incompatibles. Le bon thérapeute lutte contre l'ombre et recherche l'illumination, alors que l'amour romantique est entretenu par le mystère et s'écroule sous l'inspection. Je déteste être le bourreau de l'amour.* »

L'amoureux idéalise l'aimé et en développe une obsession.

Pour développer une relation empathique avec les patients amoureux, il faut garder en ligne de mire que leur expérience est tout à fait merveilleuse. Il est généralement recommandé d'exprimer votre appréciation pour leur état d'esprit et de se retenir de critiquer. Appréciez le ravissement de votre patient, tout en le préparant à sa fin ; car il finit toujours (c'est une des caractéristiques de l'amour romantique).

N'essayez pas de lutter contre l'amour, pas plus que vous ne le feriez contre de puissants sentiments religieux (il y a d'ailleurs des similarités entre être amoureux et faire l'expérience de l'extase religieuse).

Soyez patient – laissez au client le soin de découvrir et exprimer ses sentiments par rapport à l'irrationalité de ses sentiments et à la désillusion par rapport à l'être aimé.

Quand cela arrive, l'auteur retient soigneusement les mots employés par le patient. S'il retombe amoureux, il les lui rappelle.

L'auteur explore le sentiment amoureux comme n'importe quel état émotionnel puissant : « Cela doit être merveilleux pour vous... C'est comme renaître n'est-ce pas ? Il est facile de comprendre pourquoi vous ne voulez pas abandonner ça. Observons ce qui a permis de faire cette expérience jusqu'à présent. Racontez-moi votre vie dans les

semaines avant que cela ne vous arrive... Quand vous êtes-vous senti amoureux comme ça pour la dernière fois ?  
Qu'est-il arrivé à cet amour ? »

Il vaut d'ailleurs mieux se concentrer sur l'état plutôt que sur la personne aimée.

Nietzsche : « On aime son désir, pas la personne désirée. »

L'auteur essaie d'introduire délicatement une perspective long-terme et de décourager le patient de prendre des décisions irréversibles sur la base de sentiments évanescents.

Etablir le but de la thérapie tôt dans les rencontres : le patient veut-il sortir de la relation ?

L'auteur utilise souvent l'image d'**échelles** : quel équilibre entre plaisir et déplaisir ou entre bonheur et tristesse la relation apporte-t-elle ?

Le patient peut tenir un journal avec plusieurs moments d'observation par jour.

Possibilité d'offrir une autre perspective en discutant de la nature et des différentes formes d'amour.

Cf. The Art of Loving, de Erich Fromm.

Pour l'auteur, **l'amour mature est vu comme l'amour de l'autre et de sa croissance.**

Ne soyez pas frustré par les revers – certains entichements sont faits pour durer des années.

Essayez de comprendre le rôle crucial joué par l'obsession dans la vie intérieure du patient. L'auteur croit qu'il sert souvent de distraction, permettant à la personne de ne pas regarder des pensées plus douloureuses.

Que penseriez-vous si vous n'étiez pas obsédé par... ?

## 69. L'anamnèse (prendre l'histoire)

Tôt dans leur formation, les étudiants en psychothérapie apprennent des schémas systématiques pour relever l'histoire de leurs patients :

- plainte du patient
- maladie actuelle
- histoire (incluant la famille, l'éducation, la santé physique, les thérapies précédentes, les amitiés, etc.)

Il y a des avantages évidents à collecter l'information de manière systématique (ne passer à côté de rien d'important), et certaines situations thérapeutiques réclament une telle méthode (par exemple, dans les 1<sup>ères</sup> sessions quand on essaie d'obtenir une idée du contexte de vie du patient ; une consultation limitée dans le temps ; quand on doit présenter l'information à des collègues...).

Cependant, une fois que le thérapeute a gagné en expérience, il suit rarement une liste de questions systématique. La collecte d'informations devient plus intuitive et automatique. Cela ne précède pas la thérapie, mais fait partie de la thérapie elle-même. Erik Erikson : « Prendre l'histoire c'est faire l'histoire ».

## 70. Une histoire de l'agenda quotidien du patient

L'auteur fait toujours une demande particulièrement productive dans la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>nde</sup> session : « Donnez-moi svp un récit détaillé d'une journée typique pour vous. »

Il s'assure que tout est discuté, incluant les habitudes alimentaires et de sommeil, les rêves, les temps libres, les

périodes d'inconfort et de joie, les tâches précises au travail, la consommation d'alcool et de drogue, même les préférences en termes de lecture, films, et programmes TV.

Focalisation sur comment la vie du patient est-elle remplie de gens.

Ce process donne un coup de pouce à la construction du rapport.

## 71. Comment la vie du patient est-elle remplie de gens ?

Exercice du psychologue Ruthellen Josselson : créer un instrument de système solaire avec un papier et un stylo. Le patient se représente comme un point au centre et les gens dans sa vie comme des objets qui lui tournent autour à différentes distances.

Une très bonne manière de visualiser les schémas interpersonnels.

Demander des renseignements sur tous les meilleurs amis, passés et présents, dans la vie de la personne.

## 72. Interviewer l'autre significatif (époux, partenaire...)

Lorsque le patient décrit son autre significatif, le thérapeute s'en fait une image mentale, forcément biaisée. L'image réelle du visage et de la personne qu'est l'autre significatif pour le patient permet à l'auteur une rencontre plus riche avec son patient.

De plus, le partenaire peut apporter une nouvelle perspective et de l'information inestimable à propos du patient.

Technique : « S'il vous plaît X, dites à Y qu'elle pourrait m'aider à mieux vous aider. J'aimerais obtenir certains de ses feedbacks à propos de vous – particulièrement comment elle aimerait vous voir changer. Ce n'est pas une évaluation d'elle, mais plutôt une discussion à propos de ses observations sur vous. »

## 73. Explorez la ou les thérapies précédentes

Les patients évoquent presque systématiquement le manque d'engagement de leurs précédents thérapeutes. Evitez de répéter une telle erreur. Rendez cela clair en validant cela par de demandes directes : « X, cela fait 4 séances que nous faisons ensemble, et peut-être devrions-nous valider comment cela se passe entre nous. Vous m'avez parlé de vos sentiments par rapport à votre précédent thérapeute, je me demande comment ça se passe pour moi... »

Explorez également ce qui s'est bien passé de sorte à incorporer ces aspects à la thérapie présente.

## 74. Partager l'ombre de l'ombre

Essayer de normaliser les impulsions les plus sombres de ses patients de toutes les manières possibles.

« C'est juste comme ça que nous sommes faits. » - utilisation du « nous » met en lumière l'ubiquité de ces émotions.

## 75. Freud n'avait pas toujours tort

Le dénigrement de Freud est à la mode. La psychanalyse est attaquée en tant que pseudo-science basée sur un paradigme scientifique démodé. Elle est vue comme un fantasme à dominance masculine du développement humain, allié à du sexisme, et construit sur des études de cas distordues et des observations imprécises, et parfois fausses.

A l'époque, bien que Liebault et Bernheim avaient une école d'hypnothérapie à Nancy, ils ne proposaient pas de psychothérapie en soi, mais juste du retrait de symptôme par l'hypnose. Le champ de la psychothérapie attendait l'arrivée de Freud pour être inventé.

Dans *Etudes sur l'Hystérie*, il a posé les fondements du champ : la valeur de la prise de conscience et de l'exploration et l'expression profonde de soi ; l'existence de la résistance, du transfert, des traumas réprimés ; l'utilisation des rêves et de l'imagination, des jeux de rôles, de la libre association ; la nécessité d'adresser les problèmes de personnalité autant que les symptômes ; et l'absolue nécessité d'une relation thérapeutique de confiance.

Dans ses cours sur Freud à Stanford, l'auteur insistait sur 2 points : la lecture des textes de Freud (pas des sources secondaires) et l'appréciation du contexte historique (pour se rendre compte à quel point ses inspirations étaient révolutionnaires).

## 76. La thérapie (brève) cognitive et comportementale n'est pas aussi géniale qu'on le dit... ou ne pas avoir peur du croque-mitaine de la thérapie validée empiriquement

Le concept de thérapie validée empiriquement a eu un impact énorme récemment, jusque là négatif, sur le champ de la psychothérapie. Seules les thérapies validées empiriquement, c'est-à-dire les TCC, sont autorisées par des fournisseurs de santé.

Rappelons-nous que les thérapies non-validées ne sont pas pour autant invalidées.

La recherche, si elle doit être financée, doit être conçue clairement, comme la recherche pour tester l'efficacité des médicaments. Cette conception implique des patients « propres » (c'est-à-dire avec un désordre simple sans symptôme d'autres groupes diagnostic – le genre de patient qu'on voit rarement dans la pratique clinique), une intervention en thérapie brève, et un mode de traitement répliquable, et idéalement méthodologisé (c'est-à-dire pouvant être réduit à un manuel étape par étape écrit). Une telle conception favorise les TCC et exclut la plupart des thérapies traditionnelles qui s'appuient sur une relation thérapeute-patient intime, non-scriptée, forgée dans l'authenticité et se focalisent sur l'ici-et-maintenant tel qu'il émerge spontanément.

De nombreuses fausses hypothèses sont faites en termes de recherche en thérapie validée empiriquement : que les problèmes de long terme peuvent être traités par de la thérapie brève ; que les patients n'ont qu'un seul symptôme clairement définissable, qu'ils peuvent décrire avec justesse dès le début de la thérapie ; que les éléments d'une thérapie efficace peuvent être dissociés les uns des autres ; et qu'un manuel de procédure systématique peut permettre à des gens peu entraînés de réaliser de la psychothérapie efficacement.

L'analyse des résultats de la thérapie validée empiriquement (Weston & Morrison) indique des résultats bien moins impressionnants que ceux généralement pensés : peu de suivi à un an et quasiment aucun à 2 ans ; les gains rapides (qu'on retrouve dans toute intervention thérapeutique) a donné une image d'efficacité déformée. Les gains ne

tiennent pas dans le temps et le pourcentage de patients dont les résultats tiennent est très bas. Il n'y a pas de preuve que s'en tenir au manuel soit corrélé à l'amélioration – en fait l'inverse est vrai. Et la thérapie brève se révèle souvent pas si brève. Enfin, la détresse aiguë peut être soulagée rapidement, mais la détresse chronique elle requiert une thérapie plus longue, et les changements identitaires (« *characterological change* ») réclament les thérapies les plus longues.

## 77. Les rêves – Utilisez-les, utilisez-les, utilisez-les

Pourquoi de nombreux jeunes thérapeutes évitent-ils de travailler avec les rêves ?

Nombreux sont ceux qui sont intimidés par la littérature sur le sujet (volumineuse, complexe, obscure, spéculative, et controversée). Les étudiants sont souvent embrouillés par les livres sur la symbolique des rêves et par la quantité de débats au vitriol entre les visionnaires, les gestaltistes, jungiens, freudiens...

Il y a également une littérature en fort développement sur la nouvelle biologie des rêves, parfois favorable au travail avec les rêves, parfois non (les rêves seraient des créations purement aléatoires et sans sens).

D'autres sont frustrés et découragés par la forme même des rêves – par leur nature éphémère, cryptique, extravagante et lourdement déguisée.

D'autres manquent de temps pour un tel travail (dans le cadre de la thérapie brève notamment).

Et finalement, mais peut-être le plus important, de nombreux jeunes thérapeutes n'ont pas eu l'expérience probante d'une thérapie personnelle qui ait profité elle-même d'un travail sur les rêves.

L'auteur considère cette inattention aux rêves dommage et une grande perte pour les patients. Les rêves peuvent être une idée inestimable en thérapie. Ils représentent un rappel incisif des problèmes les plus profonds des patients, seulement dans un langage différent – un langage d'imagerie visuelle.

## 78. L'interprétation complète d'un rêve ? Oubliez !

Même s'il était possible d'interpréter complètement un rêve (les gens continuent d'apporter de nouvelles interprétations sur le rêve de Freud concernant Irma par exemple), ce ne serait pas nécessairement un bon usage de l'heure de thérapie. Dans sa pratique, l'auteur suit une approche pragmatique quant aux rêves et les utilise d'une manière qui peut faciliter la thérapie.

## 79. Utilisez les rêves de manière pragmatique : saccagez et pilliez

Principe fondamental : extraire des rêves tout ce qui facilite et accélère la thérapie (ce que l'auteur appelle « saccager et piller »). Prenez ce qui vous paraît utile et laissez tomber le reste.

Ne pas essayer d'interpréter le rêve. Et ne pose pas de questions sur de nombreux aspects surprenants du rêve. Il en prend note et les garde pour usage ultérieur éventuel.

Prendre en compte le **timing** : dans l'exemple donné, puisque le rêve arrive après la 1<sup>ère</sup> session, l'objectif principal, la priorité est de forger une alliance thérapeutique forte. Donc les questions et commentaires se focalisent sur les aspects du rêve qui concernent l'engagement et la sécurité dans la relation thérapeutique.

Le début de la thérapie est souvent représenté dans les rêves comme un voyage.

Il n'est pas inhabituel que sa vie soit représentée dans un rêve comme une maison.

Il n'est pas inhabituel non plus qu'un rêve de suivi arrive la nuit même pour exprimer le même sujet, mais dans un langage différent. Freud les appelait les « rêves compagnons ».

## 80. Maîtrisez des compétences de navigation onirique

Soyez **clair sur le fait que vous êtes intéressé par les rêves** (l'auteur pose toujours la question des rêves à la 1<sup>ère</sup> séance, souvent dans l'enquête sur les habitudes de sommeil : rêves qui se répètent, cauchemars, et autres rêves puissants).

Quand les patients disent ne pas rêver ou ne pas s'en rappeler, l'auteur leur donne l'instruction standard suivante : « Ayez un carnet près de votre lit. Prenez en notes toute partie du rêve dont vous vous rappelez le matin ou pendant la nuit. Le matin, repassez votre rêve dans votre tête, avant même d'ouvrir les yeux. Ignorez la traître de voix qui vous dit de ne pas l'écrire car le rêve est si vivace que vous vous en rappellerez. »

L'auteur ne prend généralement pas de notes en séance, mais il fait **exception pour les rêves dont il note les descriptions**, qui sont souvent complexes et contiennent de nombreux petits mais importants détails.

Ces rêves pouvant revenir au cours de la thérapie, c'est utile d'en avoir une description précise. Les différences entre deux descriptions peuvent donner des pistes sur les points sensibles du rêve.

Demander au patient de **raconter le rêve** au présent le ramène souvent à la vie et peut plonger le patient à nouveau dedans.

Habituellement, la 1<sup>ère</sup> question de l'auteur concerne **l'affect du rêve**. « Quelles sont les émotions que vous ressentez dans les différentes parties du rêve ? Quel est le centre émotionnel du rêve ? »

Puis il demande de **sélectionner des parties du rêves et de faire des associations libres** sur ce contenu.

L'auteur questionne aussi, évidemment, les **événements significatifs de la journée précédent le rêve** (le « résidu de la journée »).

Il peut être utile de **considérer tous les personnages du rêve comme des aspects du rêveur**. Fritz Perls considérait même que tout le contenu du rêve représente des aspects du rêveur.

## 81. Apprenez sur la vie du patient grâce à ses rêves

Le rêve est une tapisserie extraordinairement riche tissée avec les souvenirs significatifs du passé.

Les personnes apparaissant dans les rêves sont souvent des personnages composites. L'auteur demande souvent, si la personne le peut, de se concentrer sur le visage du personnage et de faire des associations libres.

Ou il peut demander au patient de fermer les yeux et de laisser le visage se transformer en d'autres visages et de dire ce qu'il voit.

Il peut être parfois utile de réagir spontanément et d'exprimer ses propres associations libres par rapport au rêve du patient ?

## 82. Soyez attentif au 1<sup>er</sup> rêve

Le 1<sup>er</sup> rêve est souvent un document inestimable car l'inconscient de la personne est encore naïf et a sa garde baissée. Plus tard dans la thérapie, quand la capacité du thérapeute à interpréter les rêves devient évidente, les rêves deviennent souvent plus complexes et confusionnants.

Partez du principe que les nouveaux patients ont des peurs et sont confus à propos de la thérapie, et assurez-vous de bien préparer chaque patient.

## 83. Prêtez particulièrement attention aux rêves relatifs au thérapeute

## 84. Prenez garde aux risques du métier

La thérapie est une vocation exigeante. Le thérapeute doit être capable de tolérer l'isolation, l'anxiété et la frustration inévitable dans ce genre de métier.

### Isolation

Bien-sûr, la journée de sessions est remplie d'intimité, mais c'est une forme d'intimité qui est insuffisante pour soutenir la vie du thérapeute, qui ne fournit pas la nourriture et le renouveau qui émerge de relations de relations profondes avec les amis et la famille. Souvent les thérapeutes sacrifient leur vie personnelle pour leur travail.

La vision du monde des thérapeutes est en elle-même facteur d'isolation. Les thérapeutes expérimentés voient les relations différemment, ils perdent parfois patience vis-à-vis des rituels sociaux et de la bureaucratie, ils ne supportent plus les rencontres superficielles et les banalités échangées lors d'événements mondains. Lors de voyages, certains thérapeutes évitent le contact avec les autres ou cachent leur profession parce qu'ils sont repoussés par les réponses distordues du public à leur égard. Ils sont fatigués d'être l'objet de peur irrationnelles, d'être dévalués ou au contraire surévalués et jugés capable de lire dans les pensées ou d'offrir des solutions toutes faites à des problèmes complexes.

Bien qu'ils devraient y être immunisés, les thérapeutes le sont rarement et ils peuvent être l'objet de doutes de soi ou d'un sentiment de grandiosité. Ces changements dans la confiance en soi, de fait changements d'états internes, doivent être scrutés attentivement par les thérapeutes pour éviter que cela n'interfère avec leur travail. Des expériences de vie disruptives vécues par le thérapeutes – difficultés relationnelles, naissance d'un enfant, stress lié à l'éducation des enfants, deuils, difficultés maritales et divorce, renversements inattendus, calamités de vie, maladies – peuvent toutes accroître dramatiquement accroître la difficulté de faire de la thérapie.

Ces risques du métier peuvent être influencés par son agenda (si la pression financière est trop forte, poussant à faire de longues journées, le thérapeute est d'autant plus à risque).

La surspécialisation, particulièrement dans des domaines cliniques, peut amener de grandes souffrances (par exemple le travail en soins palliatifs, les déficients chroniques ou les psychotiques).

L'équilibre et la diversité dans sa pratique contribuent grandement à un sentiment de renouveau.

Le lien thérapeutique peut être si fort qu'il en émerge de l'amour. L'auteur recommande de maintenir cet amour dans le domaine de *caritas*, et de ne pas le laisser glisser dans l'*eros*.

De tous les stress auxquels le thérapeute peut faire face, 2 sont particulièrement éprouvant : le suicide d'un patient et un procès pour malpratique.

A peu près 50% des thérapeutes expérimentés ont fait face à un suicide ou à une tentative sérieuse.

Il y a 65 ans, Freud a recommandé que les thérapeutes retournent en thérapie eux-mêmes tous les 5 ans. Dans tous les cas, le travail intérieur du thérapeute doit être continué perpétuellement.

L'auteur recommande les groupes de soutien entre pairs, notamment des groupes sans leader (10 thérapeutes expérimentés qui se retrouvent pour 1h30 par semaine).

Le format n'est pas essentiel, ce qui est fondamental c'est que le groupe offre une arène sécurisée et de confiance pour partager les stress de la vie personnelle et professionnelle.

Un groupe de thérapeutes moins expérimentés peut bénéficier d'un leader expérimenté en tant que facilitateur et mentor.

## 85. Chérissez les privilèges du métier

Notre métier donne du sens à notre vie. C'est un privilège et une grande satisfaction.

L'observation de soi constante et le travail intérieur peuvent être vus comme des fardeaux, mais cela peut aussi être vu comme un privilège, puisque c'est une protection automatique contre la stagnation.

Le thérapeute reçoit beaucoup de feedback de la part de ses patients ; à prendre sérieusement. Ces feedbacks correspondent-ils à mon expérience interne ? D'autres m'ont-ils fait ce genre de remarques ? Si l'on conclut que ces remarques sont justifiées et qu'elles mettent en lumière nos angles morts, l'auteur recommande de se sentir reconnaissant et de remercier ses patients. Ne pas le faire ou nier la véracité d'une observation à propos, c'est affaiblir la vision de la réalité du patient et s'engager dans de l'anti-thérapie.

Tous les secrets que les patients nous confient nous offrent une vision des coulisses de la condition humaine sans les fioritures sociales, les jeux de rôles, les bravades, ou les jeux d'acteurs.

Certains de ces secrets peuvent nous rendre plus reconnaissants pour la chance que nous avons. D'autres résonner en nous. D'autres nous attrister...

Dans tous les cas, ces secrets nous dotent d'une lentille clarifiante à travers laquelle regarder le monde.

Être le réceptacle de tous ces secrets a rendu l'auteur plus doux et plus acceptant. Quand il rencontre des gens vaniteux ou distraits par des passions, il intuite la souffrance de leurs secrets sous-jacents et il ne ressent pas du jugement mais de la compassion et un sens de connexion. Cela est proche de la méditation d'amour gentil (« *loving-kindness meditation* »).

*« C'est une joie de voir les gens ouvrir les robinets de leurs propres fontaines de sagesse. Parfois je me sens comme un guide escortant les gens à l'intérieur de leur propre maison. Quelle chance de voir les gens ouvrir les portes de chambres dans lesquelles ils ne sont jamais entrés, découvrir de nouvelles ailes de leur maison contenant des parties exilées – des parts de leur identité créatives, belles et sages. »*

## 86. Les neurosciences : embrassez-les !

Beaucoup se sentent menacés par les recherches récentes en neurosciences, sans raison.



Trop souvent, les thérapeutes luttent avec l'énigme de la **nature vs culture** : la maladie mentale est-elle préfigurée dans les gènes ou est-elle le résultat de facteurs socio-psychologiques ? Les neurosciences apportent une réponse qui rend la question obsolète : les deux !

Par exemple, 2 jumeaux ne vont développer la même maladie mentale que dans 50% des cas. Pourquoi pas 100%.

La réponse peut être trouvée dans le champ en plein essor de l'**épigénétique**. Epigénétique signifie « qui va au-delà du génétique », cela traite des nombreux facteurs qui modifient l'activité des gènes sans changer la séquence de l'ADN (c'est-à-dire sans changer la structure biochimique des gènes). On parle de « allumer ou éteindre les gènes », « l'emballage des gènes », « l'habillage des gènes ».

En un mot, notre environnement altère notre biochimie qui, en retour, contrôle l'allumage ou l'extinction de l'activité des gènes.

En ce sens, 2 jumeaux ayant des styles de vie très différents et ayant vécu séparés pendant des années différents de jumeaux élevés ensemble, non seulement sur le plan psychologique, mais anatomique et biochimique également.

*Pour aller plus loin, regardez cette [courte vidéo sur le sujet](#).*

Des études ont montré que la psychothérapie influençait le métabolisme et l'afflux sanguin de certaines régions du cerveau, de même que l'assimilation de sérotonine et les niveaux d'hormones dans la thyroïde.

De plus, le nombre de connexions synaptiques varie beaucoup au cours d'un apprentissage réussi (neuroplasticité induite par l'apprentissage) – ce qui s'applique à la psychothérapie.

Bien qu'elle n'en soit qu'à ses débuts, la recherche dans les fonctions et la plasticité cérébrales peuvent fournir un nouveau cadre de référence et un nouveau vocabulaire (« l'amygdale incontrôlée, les talents du néo-cortex pour se calmer soi-même, les propriétés héroïquement intégratives du cortex orbitofrontal, l'incroyable système des neurones miroirs qui permet qu'on saisisse et ressent les émotions et intentions des autres »), pour les thérapeutes et les patients. Exemples :

- un schizophrène qui fait une percée en thérapie grâce à des compréhensions neurophysiologiques (connexions neuronales entre les hémisphères cérébraux, liens entre les anciennes et nouvelles parties du cerveau).
- différences entre les mémoires implicites (mémoires inconscientes précoces) et explicites, et comment les traumatismes peuvent activer des mémoires inconscientes sous forme de flashbacks et de fortes mémoires physiques.
- rôle des émotions dans l'apprentissage et la mémoire ; l'apprentissage associé à une explication thérapeutique est plus fort et porteur de sens quand il est associé à une émotion (ce qui soutient l'approche affect / analyse portée par l'auteur).

## 87. Neurobiologie : mais gardons nos distances

Ne tombons pas dans le piège dans lequel les premiers psychanalystes sont tombés, quand ils ont cru que les interprétations et les prises de conscience étaient tout ce qui comptait. Ce n'est jamais le contenu qui guérit. N'importe quelle explication convaincante (c'est-à-dire qui soit alignée avec le contexte personnel-culturel-historique de la personne) offre du soulagement en donnant du sens à des émotions auparavant inexplicables.

Ce nouveau système d'explications est un parmi d'autres. Le vrai facteur déterminant est le processus - la nature de la relation thérapeutique.

Apporter une explication au patient apporte un message clé quant à la relation : le thérapeute est une personne bienveillante essayant d'aider, offrant une présence profonde, de l'empathie et la volonté de chercher le bon vocabulaire et cadre de référence pour engager le patient.

La tâche intellectuelle de la thérapie est avant tout une procédure qui maintient le thérapeute et le patient *lockés* ensemble sur une tâche qui soit intéressante et qui ait du sens pour les deux parties, pendant que la véritable force guérissante, la relation thérapeutique, agit et gagne en force.

Les patients peuvent développer un nouvel espoir, du fait que le câblage de leur cerveau soit perturbé, et qu'ils ne sont pas fous (ou mauvais). Beaucoup de patients sont soulagés par le concept de plasticité cérébrale.

Il y a un sens de maîtrise dans ce que l'on peut nommer.

Les neurosciences peuvent également rassurer les thérapeutes, qui s'ancrent à nouveau dans une réalité « dure », soutenue par la science.

Elles permettent de mieux comprendre la conscience et l'inconscient, qui devient une réalité (les pensées, émotions et comportements pouvant être déclenchés avant qu'on en ait conscience, comme cela a été démontré).

## 88. Empathie : regarder à travers la fenêtre du patient (avec l'aide des neurosciences)

La recherche sur le cerveau peut aider à développer l'empathie.

Par exemple, il a été montré que de nombreux patients atteints de schizophrénie n'avaient pas la capacité à discriminer ou atténuer des stimuli non importants (bruits dans la rue par exemple) – terme technique : insuffisance en contrôle sensoriel (« *sensory gating insufficiency* »). Des expériences auditives ont été menées en jouant une bande, et visiblement ces perturbations sont présentes chez les jeunes avant qu'ils n'aient développé la maladie dans sa totalité. Cette bande cacophonique a fait forte impression sur l'auteur qui en a de fait développé plus d'empathie spontanée.

Un scénario similaire peut se produire quant au continuum d'autisme Asperger ou avec les personnes socialement immatures ou schizoïdes : le thérapeute peut développer de l'empathie en se rendant compte que ces personnes n'ont pas les réseaux neuronaux pour traiter les données sociales émotionnelles.

## 89. Incitez la curiosité

Comment inciter la curiosité du patient envers le soi ?

Pour les gens qui rechignent à regarder en eux-mêmes : « Vous êtes si intéressant, de tant de manières, et pourtant j'ai le sentiment d'être plus curieux à propos de vous que vous ne l'êtes vous-même – qu'en pensez-vous ? Est-ce quelque chose que vous avez déjà vécu ? Quand est-ce que vous avez cessé d'être curieux à propos de vous-même ? »

Possibilité d'inviter le patient comme consultant pour son propre problème (cf. point 51. Faciliter les décisions – Autres outils).

Spinoza : Pourquoi agit-on contre notre intérêt ? A cause des passions. Or les passions ne peuvent être vaincues par la raison. Il faut leur opposer une passion plus forte. Le savoir ne marchera que s'il est imprégné d'émotion.

Les neurosciences confirment cette idée.

L'auteur met donc beaucoup d'énergie à transformer la raison en passion : passion pour la compréhension, pour l'affinage et l'exercice de nos facultés rationnelles.

Pour stimuler la curiosité chez ses patients, il modèle son propre sens de l'émerveillement.

« N'est-ce pas fascinant votre manière de... »

Ces notes de lecture vous ont plu ?

Merci de montrer votre soutien en likant ma [page facebook](#),  
et en mettant des [étoiles / commentaires sur Google](#) et [Facebook](#) 😊