

**DR CHARLY CUNGI**  
PRÉFACE DU DR JEAN COTTRAUX



# L'alliance thérapeutique

NOUVELLE ÉDITION  
AVEC DES VIDÉOS EN LIGNE



Visionnez toutes les vidéos sur  
<http://alliance-therapeutique.editions-retz.com>

Pour activer votre accès la première fois :

- Connectez-vous sur le site <http://alliance-therapeutique.editions-retz.com>
- Saisissez votre clé d'activation personnelle indiquée ci-dessous.
- Inscrivez vos identifiants Retz si vous avez déjà un compte ou créez-vous un compte Retz.

Votre clé d'activation personnelle :

Pour toute connexion ultérieure, il suffit de se connecter sur le site <http://alliance-therapeutique.editions-retz.com> et d'entrer ses identifiants Retz.

**ATTENTION !**

- Unique et personnelle, la clé d'activation ne peut être partagée.  
**Elle n'est valide qu'une fois, lors de votre première connexion.**
- Configuration requise : une connexion Internet, sur Mac ou PC.  
Pour vérifier que votre navigateur correspond aux configurations requises, rendez-vous sur le site [www.editions-retz.com](http://www.editions-retz.com) à la page de présentation de l'ouvrage.
- Consultez les conditions générales d'utilisation sur :  
<http://alliance-therapeutique.editions-retz.com>

DR CHARLY CUNGI

# **L'alliance** thérapeutique

Nouvelle édition

**RETZ**

[www.editions-retz.com](http://www.editions-retz.com)

9 bis, rue Abel Hovelacque

75013 Paris

**Collection Savoir-Faire Psy**  
**dirigée par le Dr Charly Cungi**

Les praticiens sont confrontés quotidiennement à la souffrance des patients. Ils peuvent se sentir démunis s'ils ne disposent que des apports de l'enseignement théorique, même de très bonne qualité, que dispensent l'Université ou les associations professionnelles reconnues. Ces enseignements ne peuvent, en effet, remplacer la nécessaire **formation pratique** sur le terrain clinique, chez les étudiants en psychothérapie, en psychologie, en psychiatrie, chez les médecins et, plus généralement, chez les soignants. Or, en la matière, la pratique, c'est surtout **l'entraînement aux méthodes**. Cela se fait généralement dans le cadre des supervisions et des interventions de professionnels. Mais leur nombre est, malheureusement, trop restreint. Il faut donc, bien sûr, favoriser la création de nouveaux groupes de supervision mais aussi développer de nouvelles techniques d'entraînement.

L'objectif de la collection **Savoir-Faire Psy** est de proposer des **manuels** d'entraînement pratique. Les ouvrages de cette collection sont le fruit de l'expérience d'équipes soignantes, longuement réfléchi et validée. Ils favorisent la logique fonctionnelle et pédagogique plutôt que l'approche théorique et discursive. Ainsi, les **exemples cliniques** sont traités sous forme de descriptions, d'extraits d'entretien, de comptes rendus expérimentaux, afin de permettre un apprentissage par modèle. L'interactivité est encouragée également par les exercices qui sont systématiquement proposés.

Rédigés par des spécialistes français et étrangers reconnus, les ouvrages de la collection sont tous solidement référencés d'un point de vue scientifique. Les enseignants peuvent, sans difficulté, les intégrer dans leurs formations, les conseiller en lectures dirigées et orienter les soignants en formation vers les exercices adaptés qu'ils proposent de façon méthodique.

Le directeur de la collection peut être contacté directement par courrier chez l'éditeur :

Dr Charly Cungi, Éditions Retz, 9 bis rue Abel Hovelacque, 75013 Paris.

<http://alliance-therapeutique.editions-retz.com>

Cet ouvrage est couplé avec un site internet sur lequel vous pouvez visionner 31 petits films.

Trois modes d'emploi sont possibles :

- visionner l'ensemble des films en suivant l'ordre proposé sur le site ;
- visionner les vidéos qui vous intéressent en priorité ;
- visionner les vidéos au fur et à mesure de la lecture du livre.

Dans l'ouvrage, le logo  indique les films en lien avec le propos.

Par exemple :

 3.2 Mauvais entretien

renvoie au film « Mauvais entretien » de la partie « 3. Théorie des stades » sur le site <http://alliance-therapeutique.editions-retz.com>.

N'hésitez pas à regarder plusieurs fois, à revenir sur les séquences utiles et les exercices car, comme le soulignait Aristote : « Les choses qu'on doit apprendre, on les apprend en les faisant. » Et répéter est un des meilleurs moyens pour cela.

Dans sa première édition, cet ouvrage a été réalisé - notamment dans ses compléments vidéos - avec le soutien des laboratoires Lundbeck.

# Sommaire

Préface de Jean Cottraux .....	11
--------------------------------	----

<b>Introduction</b> .....	15
---------------------------	----

## Chapitre 1

### Le **rapport collaboratif**, la **réactance**, la **résistance**

<b>Définition du rapport collaboratif</b> .....	18
<b>Les deux facettes du rapport collaboratif</b> .....	22
La dimension affective .....	22
Une relation empathique .....	23
Une relation authentique .....	23
Une relation chaleureuse .....	24
La dimension professionnelle .....	24
Disposer d'un statut .....	24
Avoir des compétences .....	25
Combiner les dimensions affectives et professionnelles .....	25
Le cercle vertueux affectivo-professionnel .....	25
<b>Les réactances et les résistances</b> .....	26

## Chapitre 2

### Comment **établir** un **rapport collaboratif** ?

<b>La méthode du « petit vélo »</b> .....	32
Le thérapeute dans la thérapie : l'auto-observation .....	33
Observer ce que l'on ressent : sensations physiques, émotions, sentiments .....	34

Auto-observer et modifier ses sentiments . . . . .	36
Repérer et définir ses émotions et sentiments . . . . .	36
Se servir des émotions et sentiments dans la thérapie :	
la méthode « avantages, inconvénients, risques » . . . . .	37
Auto-observer et modifier ses pensées automatiques . . . . .	46
Modifier les pensées automatiques pour établir un meilleur rapport collaboratif :	
la méthode « avantages, inconvénients, risques » . . . . .	51
Modifier les pensées automatiques pour établir un meilleur rapport collaboratif :	
la restructuration cognitive . . . . .	58
Auto-observer et modifier les composantes non verbales de la communication . . . . .	63
Auto-observer et modifier les réactions non verbales spécifiques du thérapeute	
dans une situation particulière de difficulté . . . . .	68
L'auto-observation intégrée : la méthode des cercles vicieux . . . . .	69
Le style relationnel entre patient et thérapeute . . . . .	75
Relation symétrique . . . . .	76
Relation complémentaire . . . . .	78
L'observation du patient . . . . .	93
Le regard du patient et ses variations . . . . .	93
La mimique faciale et le sourire du patient . . . . .	101
La voix du patient . . . . .	105
La posture et l'habillement du patient . . . . .	109
La position et la distance interpersonnelle avec le patient . . . . .	113
Conseils généraux pour l'observation des composantes non verbales du patient . . . . .	114
<b>Les techniques d'entretien . . . . .</b>	<b>115</b>
Les entretiens individuels . . . . .	115
Les 4 R. . . . .	115
Le questionnement socratique . . . . .	137
Les entretiens avec plusieurs personnes . . . . .	149
La structure formelle . . . . .	149
La structure informelle . . . . .	150
Les entretiens de couple . . . . .	152
Les entretiens familiaux . . . . .	163
Les entretiens en présence d'un autre professionnel ou d'un bénévole . . . . .	165
L'animation de groupes . . . . .	170
Utilisation de la théorie des stades pour établir une alliance thérapeutique . . . . .	189
Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente . . . . .	189
<b>Les pièges relationnels dans la thérapie . . . . .</b>	<b>211</b>
Convaincre le patient . . . . .	211
Débattre . . . . .	212
Effectuer un questionnement administratif . . . . .	213
Faire dire au patient ce que le thérapeute attend qu'il dise . . . . .	214
Minimiser un problème réaliste . . . . .	215
Travailler à la place du patient . . . . .	216
Aller trop vite . . . . .	216
Aller trop lentement . . . . .	217
<b>Conduite à tenir en cas de panne de la thérapie . . . . .</b>	<b>222</b>

## Chapitre 3

### **Estimation de l'aptitude du thérapeute à établir l'alliance thérapeutique : brève échelle d'auto-évaluation**

Brève échelle d'auto-évaluation du thérapeute .....	228
Guide de correction .....	230

<b>Conclusion</b> .....	238
-------------------------	-----

### **Annexes**

Annexe A : Auto-évaluation du rapport collaboratif .....	240
Annexe B : Hétéro-évaluation du rapport collaboratif .....	266
Bibliographie .....	287
Biographie de l'auteur .....	289

# Préface

**Par le Dr Jean Cottraux**

Psychiatre des hôpitaux,  
directeur de l'unité de traitement de l'anxiété au CHU de Lyon,  
chargé de cours à l'université Lyon-I

**C**harly Cungi, dans ce livre moderne et pratique, présente les divers aspects d'une problématique centrale dans toute psychothérapie : patients et thérapeutes doivent nouer une relation positive de collaboration pour que le travail psychothérapeutique aboutisse.

Son ouvrage très concret va au cœur du problème de la motivation au changement et de sa gestion par la dyade thérapeute-patient. Toute psychothérapie, en particulier les psychothérapies comportementales et cognitives, repose sur l'établissement d'une relation thérapeutique positive. C'est la base de sécurité nécessaire au changement (Bowlby, 1988 ; Young *et coll.*, 2005).

## Un bref historique

L'alliance thérapeutique représente donc une condition nécessaire pour que le patient puisse modifier aussi bien ses émotions et ses croyances que les comportements qui posent problème et dont il souhaite le changement. L'alliance thérapeutique est, en général, facile à nouer avec les patients anxieux, plus délicate avec les patients déprimés et se révèle particulièrement difficile à établir avec les patients souffrant de troubles de la personnalité. Dans ce dernier cas, la relation se trouve au centre de la psychothérapie et ses variations subtiles tout au long du processus psychothérapeutique sont à prendre en compte. Son étude précise fait donc partie de la supervision du thérapeute cognitiviste (Cottraux, 2004).

Le concept d'alliance thérapeutique est dû à Freud (1913) - « Compréhension sympathique, affection et amitié sont les véhicules de la psychanalyse » - et a été élaboré par Greenson (1969). En thérapie psychanalytique brève, l'alliance thérapeutique renvoie aux aspects les plus rationnels de la relation thérapeutique. Elle est en contraste

avec la relation transférentielle qui se manifeste sur le mode de l'irrationnel. En effet, le transfert, dans la situation analytique où le patient est allongé sur un divan sans voir le thérapeute, aboutit à une triple régression :

- une régression temporelle : du présent vers le passé ;
- une régression topique : du conscient vers l'inconscient ;
- et, enfin, une régression formelle : de la pensée logique vers la pensée magique et irrationnelle.

Freud mentionne le mot « sympathie », ce qui nous permet de faire le lien avec les travaux modernes sur l'empathie. L'empathie - autrement dit la capacité à ressentir et partager les émotions des autres - a été étudiée par DeCety et Chaminade (2003), qui ont effectué des enregistrements avec la caméra à positions et montré que des « neurones miroirs » situés dans les régions pariétales du cerveau sont le support de la relation empathique. Elle se manifeste dans le contact face à face, qui facilite le décodage des émotions de l'autre à travers la mimique et la gestuelle et sa reproduction par ces « neurones miroirs ». La relation empathique est, en quelque sorte, un miroir de l'autre.

On peut considérer que la position allongée coupe l'empathie en supprimant cette boucle relationnelle. En revanche, l'alliance thérapeutique est, elle, fondée sur l'empathie et la perception de ce qu'est le thérapeute et de ce que sont ses émotions. L'hypothèse que la relation face à face facilite l'alliance thérapeutique, le partage des émotions et des cognitions et, de ce fait, promeuve l'empathie est donc vraisemblable. La position allongée de la cure type analytique facilite la régression dans l'imaginaire.

## Que dit la recherche ?

L'accent a été mis sur l'alliance dans des recherches dues à Luborsky *et coll.* (1985) qui ont réalisé une étude comparant la thérapie cognitive associée au conseil, la thérapie analytique associée au conseil et le conseil seul chez des toxicomanes sevrés. La thérapie cognitive et la thérapie analytique étaient égales entre elles et supérieures au conseil seul. Les qualités du thérapeute n'étaient pas corrélées aux résultats. Les prédicteurs de réussite en thérapie cognitive ou en thérapie analytique étaient l'alliance thérapeutique et la pureté technique (suivre consciencieusement le manuel). Cette étude montre que le facteur technique joue aussi un rôle significatif. Luborsky (1996) a, également, développé une échelle de mesure de l'alliance thérapeutique, utilisée dans quelques publications pour évaluer l'impact de ce facteur sur les diverses formes de psychothérapie. Une méta-analyse portant sur 24 études a montré qu'une alliance thérapeutique positive prédisait des résultats thérapeutiques favorables (Horvath et Symons, 1991), mais cette corrélation restait modeste.

## Beck et la relation de collaboration empirique

Alford et Beck (1997) ont défini la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique qui serait comparable à celle de deux

savants travaillant ensemble sur un problème. Elle sert de fondement à l'apprentissage qui est lié aussi à la relation thérapeutique et aux changements cognitifs du sujet. Cependant, le changement en thérapie est dû aux capacités du sujet et non, uniquement, à la relation et doit se généraliser dans d'autres contextes que la thérapie. Les auteurs conseillent donc de laisser la responsabilité du changement au sujet sans exagérer l'importance du rôle du thérapeute. La relation thérapeutique ainsi définie est une condition nécessaire mais non suffisante.

Dans une perspective voisine, Cottraux *et coll.* (1995) ont essayé d'évaluer la relation thérapeutique avec une échelle faite de douze paires d'adjectifs bipolaires qui permettaient d'évaluer sur six points : le thérapeute vu par le patient et le patient vu par le thérapeute. Cette échelle a été utilisée dans un essai randomisé comparant la thérapie cognitive et comportementale soit avec buspirone, soit avec placebo, en double aveugle dans le trouble panique avec agoraphobie. Les résultats ont montré un effet supérieur de la buspirone sur l'anxiété généralisée mais non sur le trouble panique et l'agoraphobie. Les thérapeutes ont été évalués plus positivement par les patients que les patients par les thérapeutes. Les prescripteurs ont été moins bien évalués que les thérapeutes par les patients. Mais il n'y a pas eu d'effet de la relation thérapeutique, ainsi mesurée, sur la réponse thérapeutique lorsque l'on comparait les répondeurs aux non-répondeurs dans les deux groupes.

Ainsi, l'alliance thérapeutique n'est pas toujours une condition suffisante pour promouvoir le changement. Des facteurs techniques sont également à prendre en considération. L'alliance thérapeutique en est le vecteur. Six principes apparaissent dans toutes les psychothérapies efficaces, sous des appellations diverses (Cottraux, 2005, in Borch-Jacobsen *et coll.*, *Le Livre noir de la psychanalyse*) :

1. Les aspects psycho-éducatifs de la psychothérapie sont mis en œuvre, en particulier les modalités et les buts de la thérapie sont explicités et une éducation concernant le trouble en cause est effectuée. Ce qui rend au patient du pouvoir sur son propre problème.

2. Le rôle des expériences précoces dans le façonnement des problèmes actuels est reconnu et étudié avec le patient

3. Le rôle de la mémoire, en particulier la mémoire autobiographique, et des processus inconscients est considéré comme important. La mise au jour des schémas cognitifs inconscients est une partie de la thérapie.

4. Les systèmes de croyances et les interprétations erronées de la réalité sont modifiés progressivement.

5. L'affrontement progressif des émotions au cours de la psychothérapie est un des éléments clés du processus thérapeutique.

6. Des prescriptions de comportements sont proposées et mises en œuvre, en dehors des séances, en accord avec le patient : expériences comportementales, tâches assignées, buts pratiques ou plan d'action. Leur but est de changer, dans la réalité, la vie du patient.

La recherche des composantes actives et des processus communs aux thérapies

d'efficacité démontrée devrait aboutir au dépassement des querelles de clocher entre écoles de psychothérapie rivales. Parmi ces facteurs communs, l'alliance thérapeutique (ou la relation de collaboration) occupe une place importante, dont l'étendue et l'interaction avec la technique restent encore à déterminer par des recherches plus poussées (Revire et Note, 2000).

Le livre de Charly Cungi établit le socle d'une pratique quotidienne de l'alliance thérapeutique dont l'impact sur les psychothérapies reste à déterminer. Il guidera le clinicien vers une meilleure compréhension de son rôle, qui est de changer ce qui ne va pas dans la vie du patient.

Docteur Jean Cottraux

## Références

- ALFORD B.A. et BECK A.T., *The Integrative Power of Cognitive Therapy*, New York, The Guilford Press, 1997.
- MEYER C. (dir.), BORCH-JACOBSEN M., COTTRAUX J., PLEUX D. et VAN RILLAER J., *Le Livre noir de la psychanalyse*, Paris, Éd. les Arènes, 2005 : 817-819.
- BOWLBY J., *A Secure Base. Clinical Application of Attachment Theory*, Londres, Routledge, 1988.
- COTTRAUX J., NOTE I.D., CUNGI C., LÉGERON P., HEIM F. *et coll.*, A controlled study of cognitive-behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. A one year follow-up, *Br J Psychiatry*, 1995, 167 : 635-641.
- COTTRAUX J., Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC), *Psychothérapies*, 2004, 3 : 151-159.
- DECETY J. et CHAMINADE T., Neural correlates of feeling sympathy, *Neuropsychologia*, 2003, 41 : 127-138.
- FREUD S. On beginning the treatment : further recommendations on the technique of psychoanalysis, 1913, in STRACHEY J. (dir), *Standard Edition of the Complet Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12, Londres, Hogarth Press, 1958.
- GREENSON R.R., The non-transference relationship in the psychoanalytic situation, *International Journal of Psychoanalysis*, 1969, 50 : 27-40.
- HORVATH A.O. et SYMONDS B.D., Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : a meta-analysis, *Journal of Consulting Psychology*, 1991, 38,2 : 136-149.
- LUBORSKY L., McLELLAN A.T., WOODY G.E., O'BRIEN C.P. et AUERBACH A., Therapist success and its determinants, *Arch Gen Psychiatry*, 1985, 42 : 602-611.
- LUBORSKY L., BARBER J.P., SIQUELAND L., JOHNSON S., NAJAVITS L.M. *et coll.*, The revised helping alliance questionnaire (Haq-II) : psychometric properties, *J Psychother Pract Res*, 1996, 5 : 260-271.
- REVIRE R. et NOTE I., L'alliance thérapeutique. Théorie, recherche et pratique, *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 2000, 5, 2 : 5-10.
- YOUNG J., KLOSKO J. et WEISHAAR M., *La Thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*, trad. B. Pascal, préface Cottraux J., Louvain, De Boeck, 2005.

# Introduction

Même si la plupart des psychothérapies sont collaboratives dans leur structure et leur mode d'application, des méthodes spécifiques pour établir le « travail d'équipe » qu'est l'alliance thérapeutique sont utiles, parfois indispensables. Les négliger peut ralentir le processus, réduire l'efficacité ou interrompre la thérapie.

Savoir engager, développer et maintenir un rapport collaboratif n'est pas seulement bénéfique pour la psychothérapie : les procédures de soin en général, les méthodes éducatives, l'enseignement peuvent aussi en bénéficier.

Ce livre est un manuel pratique. Les méthodes et les théories sont exposées de manière opératoire, les exemples cliniques sont nombreux. Des exercices permettent d'expérimenter les techniques. Un DVD interactif de formation montre les méthodes et propose des exercices pratiques, selon le principe qu'un bon modèle vaut mieux qu'une longue explication.

Après les définitions indispensables qui constituent la première partie, la deuxième partie, cœur de l'ouvrage, présente le « thérapeute dans la thérapie ». Notre métier a ceci de particulier que notre personne et la relation que nous établissons font partie des « instruments thérapeutiques ». Il est donc important de bien connaître notre fonctionnement, de savoir de quelle manière celui-ci influence la thérapie et de comprendre comment se servir de soi pour recueillir des informations et agir en conséquence.

Les techniques d'entretien sont ensuite exposées dans les différents contextes d'intervention : les consultations individuelles, les consultations de couple, les consultations familiales, les consultations avec un autre professionnel ou un bénévole et, enfin, l'animation des groupes.

La théorie des stades de James Prochaska et Carlo DiClemente et la manière de l'employer pour maintenir l'alliance thérapeutique, les pièges relationnels pour la thérapie et la conduite à tenir quand la psychothérapie est en panne clôturent cette deuxième partie.

La dernière partie traite de l'évaluation brève du thérapeute par lui-même.

Le lecteur intéressé trouvera, en annexe, des échelles longues d'auto- et d'hétéro-évaluation permettant de mesurer de manière plus complète la mise en place du rapport collaboratif.

La manière la plus simple pour utiliser ce manuel pratique est d'en faire d'abord une lecture intégrale et de visualiser les exemples proposés sur le site internet, avant de travailler de manière plus systématique chacun des chapitres.

Le lecteur peut aussi se concentrer sur un chapitre correspondant à un problème ou un exercice professionnel particulier. Chacun peut ainsi se former à son rythme.

Dans tous les cas, nous conseillons de ne pas négliger les exercices et l'entraînement. Il est curieux de constater à quel point notre spécialité de thérapeute a priorisé le savoir sur le savoir-faire ! Imaginons que vous deviez subir une intervention chirurgicale et que le chirurgien soit un excellent théoricien mais n'ait passé que quelques heures dans le bloc opératoire... Lui feriez-vous confiance ? Il en est de même pour la psychothérapie, particulièrement pour la thérapie comportementale et cognitive. Développer des savoir-faire relationnels, des savoir-faire techniques permettant de comprendre les problèmes et d'appliquer les méthodes, des savoir-faire pour évaluer les résultats devrait être le préalable indispensable à la prise de responsabilité que représente le fait de soigner.

Cet ouvrage s'adresse aux professionnels de la psychothérapie, plus particulièrement à ceux utilisant la thérapie comportementale et cognitive.

Les médecins et les soignants, quel que soit le mode d'exercice, les professionnels de l'éducation et de l'enseignement pourront également tirer bénéfice des méthodes présentées.

Les questions et les commentaires sur l'ouvrage peuvent être adressés par mail à l'auteur : [cungi@champsy.org](mailto:cungi@champsy.org)

Le site internet [www.champsy.org](http://www.champsy.org) complète utilement la lecture de cet ouvrage et apporte des documents utilisables dans le cadre d'une thérapie.

Bonne lecture... Et bon entraînement !

## Les pièges relationnels dans la thérapie



### 4.3 Repérer les pièges relationnels

La pratique de la psychothérapie confronte régulièrement le thérapeute aux pièges relationnels. Ce sont des problèmes souvent rencontrés qui altèrent ou font perdre le rapport collaboratif. Les supervisions que nous avons effectuées nous ont permis d'en identifier certains, puis de définir et d'entraîner les méthodes pour faire face.

Voici huit pièges fréquents et quelques solutions mises au point dans les supervisions de cas :

- convaincre le patient ;
- débattre ;
- effectuer un questionnement administratif ;
- faire dire au patient ce que le thérapeute attend qu'il dise ;
- minimiser un problème réaliste ;
- travailler à la place du patient ;
- aller trop vite ;
- aller trop lentement.

## Convaincre le patient



### 4.3 Exercice 8

Parfois, un thérapeute essaie de convaincre le patient d'accepter une méthode permettant de modifier un comportement. Cela peut générer une forte résistance ou une forte réactance et ralentir le processus thérapeutique.

### ► Une thérapie trop rapidement proposée

**Thérapeute** – Votre problème est un problème d'angoisse assez typique.

En fait, je pense que vous obtiendrez un très bon résultat avec une thérapie comportementale !

**Patiente** – Vous êtes sûr ?

**Thérapeute** – Oui. C'est important pour vous de faire ce traitement. Vous n'avez qu'à essayer. **[Le thérapeute tente de convaincre]**

**Patiente** – Je ne sais pas si c'est seulement de l'angoisse. Voyez-vous, maman est comme ça. Je pense qu'il est normal de penser aux problèmes et d'essayer de les résoudre. **[Résistance, réactance]**

**Thérapeute** – À mon avis, votre maman souffre aussi d'angoisse, elle aussi pourrait se faire traiter pour cela. **[Le thérapeute insiste]**

Ne pas convaincre, c'est poser les questions de manière socratique en suivant les directions données par le patient. C'est le questionnement empathique, centré sur la réalité que vit le patient.

**D Pour l'exemple précédant la méthode serait :**

**Thérapeute** – Vous vous sentez souvent tendue, particulièrement quand vous pensez à l'avenir, à vos enfants, à votre mari, c'est ça ? **[Reformulation, résumé]**

**Patiente** – Oui, et aussi en général. Je pense que je suis toujours tendue.

**[Acceptation par la patiente, la résistance et la réactance diminuent considérablement]**

**Thérapeute** – À votre avis, que signifie cette tension ? À quoi correspond-elle ?

**[Exploration collaborative du problème]**

**Patiente** – Je pense que je suis anxieuse depuis toujours. Ça doit être un trait de famille : Maman est comme ça. **[La patiente collabore et donne ses propres hypothèses et renseignements]**

## Débattre



### 4.3 Exercice 9

Quand un soignant a une certitude, son envie de convaincre peut déboucher sur une discussion-débat. Le risque d'escalade symétrique devient alors important.

**D Je ne suis pas alcoolique, docteur !**

**Patient** – Mais, docteur, je ne suis pas alcoolique ! Je bois du vin, comme tout le monde au travail ! **[Réactance du patient]**

**Médecin** – Vous buvez trop, cela retentit sur votre santé. Tenez, regardez, vos gamma GT sont importantes, et vos globules rouges sont trop gros. Mieux vaut vous rendre à l'évidence. Cela sera un bon point de départ pour vous soigner !

**[Le médecin cherche à imposer son avis]**

**Patient** – En tout cas, il faudrait soigner beaucoup de monde. Je suis sûr que si on faisait une prise de sang aux gens, beaucoup auraient les mêmes résultats !

**Thérapeute** – Peut-être, mais vous avez, vous, ce problème d'alcool et il faut s'en occuper ! **[Escalade symétrique]**

Ne pas débattre, c'est désamorcer le risque d'escalade symétrique en refusant toute discussion polémique.

**D Comment cela pourrait être fait dans le cas présent.**

**Patient** – Mais, docteur, je ne suis pas alcoolique ! Je bois du vin, comme tout le monde au travail ! **[Réactance du patient]**

**Médecin** – Mais il n'est pas interdit de boire ! **[Avocat du diable]**

**Patient** – Oui, je ne comprends pas bien pourquoi on me traite d'alcoolique ! Peut-être que, de temps en temps, je bois un peu trop.

**[Le patient n'a plus besoin de se défendre]**

**Médecin** – Peut-être. On peut faire le point et, s'il n'y a pas de problème d'alcool, vous pourrez l'affirmer à votre épouse et au travail, qu'en pensez-vous ? **[Avocat du diable]**

**Patient** – Oui, d'ailleurs que donnent mes prises de sang ?

La méthode de l'avocat du diable nécessite que le thérapeute n'affirme que des faits indiscutables. Dans l'exemple précédent, quand le thérapeute affirme : « Mais il n'est pas interdit de boire ! », c'est vrai et indiscutable. Il en est de même quand il dit : « On peut faire le point et, s'il n'y a pas de problème d'alcool, vous pourrez l'affirmer à votre épouse et au travail ».

## Effectuer un questionnement administratif



### 4.3 Exercice 10

Nous avons l'habitude de poser des questions pour obtenir des renseignements. Parfois, ces questions prennent l'allure d'un véritable questionnaire administratif. Si cette manière de faire est utile, elle fait parfois perdre le rapport collaboratif et, en renforçant souvent les résistances, diminue l'accès aux informations.

### ▮ Une liste de questions

**Thérapeute** – Quel est votre métier ?

**Patient** – Chef d'équipe.

**Thérapeute** – Comment se présente votre problème ?

**Patient** – Je pense que je suis déprimé.

**Thérapeute** – Quand cela a-t-il commencé ?

**Patient** – Oh ! c'est venu petit à petit !

**Thérapeute** – Y a-t-il eu une cause, un facteur déclenchant récent ?

**Patient** – Je ne sais pas...

Dans l'extrait d'entretien précédent, le thérapeute pose des questions comme s'il déroulait un « formulaire ». Il obtient de moins en moins de renseignements au fur et à mesure qu'il perd la collaboration du patient.

Le questionnement empathique issu des méthodes de l'affirmation de soi permet de s'assurer la collaboration active du patient. C'est lui qui dispose de toutes les informations, même de celles auxquelles nous ne pensons pas...

▮ **Thérapeute** – Bien ! Si ça ne vous dérange pas, je vais vous poser quelques questions dans le but de mieux comprendre le problème. N'hésitez pas à intervenir si mes questions vous semblent gênantes. **[Demande d'autorisation]**

**Patient** – Allez-y, ça ne me dérange pas, je suis là pour ça !

**Thérapeute** – Quand a commencé votre problème, quand avez-vous remarqué que quelque chose n'allait pas ? **[Questionnement empathique]**

**Patient** – Ça dure depuis longtemps. Mais c'est plus grave depuis six mois environ.

**Thérapeute** – Oui. À votre avis, quelque chose peut-il expliquer que le problème s'aggrave depuis six mois ? **[Questionnement empathique]**

**Patient** – Oui, c'est surtout le travail. J'ai eu plusieurs remarques au bureau et je crains d'être sur la sellette. **[Le patient collabore et donne des renseignements important pour la thérapie]**

## Faire dire au patient ce que le thérapeute attend qu'il dise



### 4.3 Exercice 11

Les psychothérapeutes ont presque toujours une idée de ce que devrait répondre un patient. Cette idée correspond aux hypothèses et convictions du thérapeute et peut interférer avec le rapport collaboratif.

### ▮ La perte d'emploi

**Thérapeute** – Dans les circonstances actuelles, c'est normal d'être contrarié. Vous perdez votre emploi sans être sûr d'en trouver un autre !

**Patient** – En fait, je suis soulagé ! Ce travail ne me convenait pas !

**Thérapeute** – Vous êtes sûr que vous n'êtes pas contrarié ?

**Patient** – Je ne sais pas pourquoi... finalement pas tellement !

**Thérapeute** – Peut-être est-ce masqué ?

**Patient** – Peut-être...

**Dans cet exemple, l'idée du thérapeute est que perdre un emploi est pénible.**

**Or le patient n'est pas contrarié : même s'il ne contredit pas complètement le thérapeute, il n'est pas d'accord avec lui. Le risque de perdre le rapport collaboratif devient important.**

Bien suivre le patient consiste à adapter sa position aux nouvelles informations.

### ▮ Dans ce cas, le thérapeute devrait remettre instantanément en question sa conviction que perdre un emploi est pénible.

**Thérapeute** – Dans les circonstances actuelles, c'est normal d'être contrarié. Vous perdez votre emploi sans être sûr d'en trouver un autre !

**Patient** – En fait, je suis soulagé ! Ce travail ne me convenait pas !

**Thérapeute** – C'est vrai que votre emploi ne vous convenait pas, finalement !

**Patient** – Oui, et je pense que je n'aurais jamais eu le courage de démissionner.

**Dans l'exemple précédent, le thérapeute suit la « nouvelle route » indiquée par le patient. Ce dernier se sent mieux compris et apporte une précision supplémentaire : « Je n'aurais jamais eu le courage de démissionner. »**

## Minimiser un problème réaliste



### 4.3 Exercice 12

Les problèmes qu'évoque un patient sont toujours à prendre au sérieux. Une minimisation de ceux-ci interfère avec le rapport collaboratif.

Avant de discuter de la vérité d'un fait, il est moins risqué de commencer par évaluer les conséquences possibles si ce fait se réalise.

#### ► **Ma femme va me quitter**

**Patient** – Ma femme ne m'aime plus. Je pense qu'elle va demander le divorce.

**Thérapeute** – Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

**Patient** – Oh, je le sais. Elle ne me parle plus, ne paraît pas contente quand elle me voit. Elle sort souvent seule.

**Thérapeute** – Est-ce que votre épouse vous a dit qu'elle voulait vous quitter ?

**Patient** – Non, pas vraiment, mais je le sens...

**Thérapeute** – Peut-être que c'est vrai. Peut-être pas. Je pense qu'il faudrait explorer la situation de manière plus précise.

► **Dans l'exemple précédant, le thérapeute discute de la survenue d'un fait possible. Si le patient doit « prouver » ses craintes, le risque qu'il ne se sente pas compris, donc de perdre l'alliance thérapeutique, est considérable. Mieux vaut, comme le montrent les conseils de supervision dans l'exemple suivant, discuter des conséquences pour le patient du départ possible de l'épouse. Et ne pas minimiser un problème réaliste.**

**Patient** – Ma femme ne m'aime plus. Je pense qu'elle va demander le divorce.

**Thérapeute** – C'est terrible pour vous. Vous tenez énormément à votre épouse, je crois ! **[Le thérapeute ne met pas en doute les craintes du patient]**

**Patient** – Je l'aime !

**Thérapeute** – Si cela arrive, ça va être très difficile. Que comptez-vous faire ?

**[Le thérapeute discute les conséquences si le divorce arrive]**

**Patient** – Je ne sais pas...

**Thérapeute** – Je vais vous proposer de regarder précisément ce qui se passe avec votre épouse, je pense que c'est un problème important qui remet en question l'ensemble de votre vie, d'autant plus que vous avez deux enfants. Donc c'est prioritaire. Qu'en pensez-vous ? **[Le thérapeute renforce le rapport collaboratif.**

**Si le divorce ne survient pas, la thérapie se trouverait encore en meilleure position]**

**Patient** – Oui, je suis d'accord.

**En posant le problème au niveau des conséquences en cas de départ de l'épouse, le thérapeute ne prend pas le risque de perdre l'alliance thérapeutique.**

**Si l'épouse part, il aura travaillé sur le bon problème. Si l'épouse ne part pas, il peut changer de direction sans perdre le rapport collaboratif.**

## Travailler à la place du patient

### 4.3 Exercice 13

Quand un thérapeute travaille trop, c'est généralement que le patient ne travaille pas assez.

Les conséquences sont de deux ordres : la fatigue du soignant est plus importante et le patient apprend à trop compter sur le soignant pour régler ses problèmes.

### **► Un médecin trop serviable**

**Thérapeute** – J'ai téléphoné pour vous à l'assistante sociale, ensuite j'ai contacté vos parents afin d'arranger les choses. Ils ne sont pas faciles ! Je pense que les choses sont arrangées, il vous suffira de remplir cet imprimé.

**Patiente** – Euh. C'est que je ne sais pas le remplir !

**Thérapeute** – Bien je vais le faire.

**Dans cet exemple, le thérapeute fait beaucoup de choses sans faire collaborer la patiente.**

Faire collaborer le patient consiste à l'impliquer systématiquement dans toutes les démarches.

### **► Voici les conseils de supervision mis au point par jeu de rôles.**

**Thérapeute** – Je pense qu'il y a plusieurs choses à faire pour améliorer la situation : 1. voir l'assistante sociale ; 2. régler les problèmes avec vos parents ; 3. régler certains problèmes administratifs. Par quoi voulez-vous que nous commençons ?

**Patiente** – C'est que je ne sais pas faire. Je ne me sens pas capable.

**Thérapeute** – Je vais vous aider, bien sûr, pour faire tout ça, et nous allons travailler ensemble. Par quel problème commençons-nous ? **[Le thérapeute ne fait rien sans la participation active de la patiente]**

**Le thérapeute insiste pour obtenir la collaboration active de la patiente tout en proposant de l'aide : l'alliance thérapeutique a de meilleures chances de se maintenir ou de s'installer.**

## Aller trop vite

### 4.3 Exercice 14

« Trop vite » est un des commentaires les plus fréquents dans les supervisions : effectivement, les thérapeutes ont souvent tendance à appliquer trop rapidement les méthodes sans vérifier les étapes du processus psychothérapeutique.

### **► Les méthodes pour la panique**

**Patiente** – Je fais des crises de panique, c'est ce que m'a dit mon médecin.

C'est insupportable. Le soir, surtout, chaque fois que la nuit tombe. Alors il faut absolument que je trouve quelqu'un et je suis prête à sortir dans la rue et à parler à n'importe qui !

**Thérapeute** – Vous souffrez effectivement d'attaques de panique. C'est un problème qui se traite bien avec une thérapie comportementale. Je vais vous expliquer tout de suite quelques exercices afin de contrôler les crises.

**Patiente** – Mais, docteur, mon médecin m'a déjà appris des exercices et ça ne marche pas. Ça m'angoisse même de respirer comme il me l'a dit.

**Ici, le thérapeute propose un traitement sans avoir fait d'analyse fonctionnelle et bien avant que le rapport collaboratif soit correctement installé. En outre, les traitements antérieurs n'ont pas été explorés, ce qui renforce la méfiance de la patiente. Il convient donc de ne pas aller trop vite.**

**Dans cet exemple, ne pas aller trop vite serait :**

**Patiente** – Je fais des crises de panique, c'est ce que m'a dit mon médecin. C'est insupportable. Le soir, surtout, chaque fois que la nuit tombe. Alors il faut absolument que je trouve quelqu'un et je suis prête à sortir dans la rue et à parler à n'importe qui !

**Thérapeute** – Le problème est donc de faire des attaques de panique chaque soir, quand la nuit tombe. Je pense que c'est insupportable ! En général, quand quelqu'un fait des attaques de panique, il craint de mourir ou d'avoir une maladie grave. Est-ce votre cas ? **[Résumé, renforcement, le thérapeute demande l'avis de la patiente]**

**Patiente** – Oui, j'ai beau me dire que ce n'est pas grave, comme me l'a dit mon médecin, j'ai à chaque fois peur de mourir, je ne peux pas contrôler. **[Acceptation par la patiente qui collabore]**

**Thérapeute** – La première chose à faire est d'explorer le problème. Quand a eu lieu la première attaque ? **[Exploration du problème afin de faire l'analyse fonctionnelle]**

**Le thérapeute, avec la méthode des 4R et le questionnement socratique, entraîne la patiente à collaborer. Cela diminue les risques de résistance et de réactance et l'exploration du problème peut commencer.**

## Aller trop lentement



### 4.3 Exercice 15

Certains psychothérapeutes vont trop vite, d'autres ne sont pas assez rapides. C'est un piège moins fréquent mais bien réel.

Deux cas de figure surviennent régulièrement : le thérapeute anxieux et le mauvais diagnostic de stade.

Un thérapeute anxieux essaie de comprendre pour se rassurer et veut être certain d'appliquer « la bonne méthode ». Comme « plusieurs chemins mènent à Rome » et qu'il vaut mieux adapter les méthodes à la thérapie plutôt que d'adapter la thérapie aux méthodes, il n'est pas nécessaire d'avoir trop de certitudes. Le sentiment de sécu-

rité du thérapeute doit se développer sur ses capacités de « naviguer dans la thérapie » plutôt que sur l'assurance d'avoir bien compris ou d'appliquer la meilleure méthode. D'autant plus qu'il faut souvent que le thérapeute remette en question ses façons de penser et d'agir sous peine de perdre de l'efficacité.

Un deuxième cas de « thérapeute trop lent » correspond aux erreurs d'évaluation du stade dans lequel se trouve un patient. Par exemple, si ce dernier est déjà contemplatif, conscient de ses problèmes, des conséquences pour lui, et si un thérapeute emploie les méthodes habituellement utilisées pour la précontemplation, le risque de perdre le rapport collaboratif devient considérable.

### ■ La rechute

**Thérapeute** – Comment vous sentez-vous à ce moment-là ?

**Patient** – Je voudrais que ça ne soit jamais arrivé. Mais c'est trop tard. Je sais qu'après le premier verre, les autres suivront.

**Thérapeute** – Nous allons revoir les avantages et les inconvénients de boire.

**IMéthode généralement utilisée pour augmenter la contemplation et l'ambivalence du patientI**

**Patient** – Ce n'est pas la peine. Je sais bien que c'est idiot de boire et que je le paye déjà très cher. Mais je n'arrive pas ! **ILe patient est nettement contemplatif : il reconnaît son problème, sa souffrance et ses difficultés à arrêter de boireI**

**Thérapeute** – Chaque chose en son temps. Si vous buvez, c'est qu'il y a des avantages. **ILe thérapeute insiste pour maintenir sa méthode avantages/inconvénients. Il devient trop lent.I**

**Patient** – Je ne sais pas. **IRésistance du patientI**

### ■ L'entretien simulé de supervision établit le dialogue suivant :

**Thérapeute** – Comment vous sentez-vous à ce moment-là ?

**Patient** – Je voudrais que ça ne soit jamais arrivé. Mais c'est trop tard. Je sais qu'après le premier verre, les autres suivront.

**Thérapeute** – La rechute, c'est effectivement presque toujours comme ça.

**IReforcementI** Voyons, que s'est-il passé exactement pour ce premier verre ?

**IRecontextualisationI**

**Patient** – J'étais dans la rue, j'ai croisé Mathieu qui ne va pas bien. Il m'a amené au bar et là, je n'ai pas pu refuser **ILe patient décrit bien la réalité. Il est nettement contemplatifI**

**Thérapeute** – Voilà une situation-piège. Nous avons maintenant deux problèmes : comment limiter les dégâts et ne pas rechuter totalement, et comment faire face aux situations à risque de ce type. tes-vous d'accord ? **ILe thérapeute applique les méthodes correspondant au risque de rechute, bien plus adaptées à ce stade de la thérapieI**

**Patient** – Oui. **ICollaboration du patientI**

Cette liste des pièges dans la thérapie n'est pas limitative, ce sont les huit situations les plus fréquemment reportées lors des séances de supervision. Bien les connaître

permet de mieux les reconnaître en pratique et d'adopter une meilleure conduite. Pour chacun des pièges, il est utile de repérer les effets de résistance et de réactance, d'auto-observer les émotions et sentiments, les pensées automatiques, les comportements et leurs conséquences. La méthode « avantages inconvénients risques » permet de mieux définir les solutions. Les perspectives, la manière de conceptualiser les problèmes, les actions thérapeutiques sont choisies en fonction des principes du *primum non nocere* et du principe de parcimonie. Ce sont ceux qui éliminent ou réduisent le plus le risque et les inconvénients, ceux qui favorisent les avantages.

## Exercice

### 1. Repérez dans l'extrait d'entretien suivant les pièges qui pourraient déboucher sur des résistances et réactances.

**Patiente** – Je me sens vraiment mal. Je n'ai plus envie de rien et ne supporte plus personne !

**Médecin** – Vous êtes déprimée. C'est normal dans la dépression.

**Patiente** – Ça fait des années qu'on me dit que je suis déprimée. Mais rien ne change ! Vous allez me proposer un antidépresseur, j'en ai déjà essayé beaucoup.

**Médecin** – Effectivement, je pense qu'un antidépresseur serait bien. Voyons quels médicaments vous avez déjà pris.

**Patiente** – Je crois que j'ai déjà tout essayé. Ça ne suffira pas.

**Médecin** – Voyons quand même.

Pièges pouvant renforcer la résistance ou la réactance :

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**2. Imaginez les méthodes que vous appliqueriez pour éviter ces pièges et rédigez des réponses permettant au thérapeute de rétablir un bon rapport collaboratif.**

**Patiente** – Je me sens vraiment mal. Je n'ai plus envie de rien et ne supporte plus personne !

**Médecin** : .....

.....

.....

.....

.....

**Patiente** – Ça fait des années qu'on me dit que je suis déprimée. Mais rien ne change ! Vous allez me proposer un antidépresseur, j'en ai déjà essayé beaucoup.

**Médecin** : .....

.....

.....

.....

.....

**Patiente** – Je crois que j'ai déjà tout essayé. Ça ne suffira pas.

**Médecin** : .....

.....

.....

.....

.....

### **Exemple de solutions**

#### **Pièges pouvant renforcer la résistance ou la réactance :**

**Patiente** – Je me sens vraiment mal. Je n'ai plus envie de rien et ne supporte plus personne !

**Médecin** – Vous êtes déprimée. C'est normal dans la dépression.

#### **[Diagnostic posé trop vite]**

**Patiente** – Ça fait des années qu'on me dit que je suis déprimée. Mais rien ne change ! Vous allez me proposer un antidépresseur, j'en ai déjà essayé beaucoup.

**Médecin** – Effectivement, je pense qu'un antidépresseur serait bien. Voyons quels médicaments vous avez déjà pris. **[Le thérapeute essaie de convaincre]**

**Patiente** – Je crois que j'ai déjà tout essayé. Ça ne suffira pas.

**Médecin** – Voyons quand même. **[Le thérapeute essaie de convaincre]**

**Le risque de débat et d'escalade symétrique n'est pas loin.**

#### **Que faire ?**

**Patiente** – Je me sens vraiment mal. Je n'ai plus envie de rien et ne supporte plus personne !

**Médecin** – Vous vous sentez vraiment mal. **[Reformulation permettant de se centrer sur la réalité que vit la patiente]**

**Patiente** – Ça fait des années qu'on me dit que je suis déprimée. Mais rien ne change ! Vous allez me proposer un antidépresseur, j'en ai déjà essayé beaucoup.

**Médecin** – Vous avez déjà essayé beaucoup de traitements sans bon résultat. Cela me paraît normal que vous vous découragez... **[Renforcement empathique]**

**Patiente** – Je crois que j'ai déjà tout essayé. Ça ne suffira pas.

**Médecin** – C'est certainement un problème difficile à traiter. Nous allons prendre le temps de comprendre.

**[Le thérapeute ralentit l'entretien, favorise la collaboration avec la patiente et ne met pas a priori en doute sa conviction]**