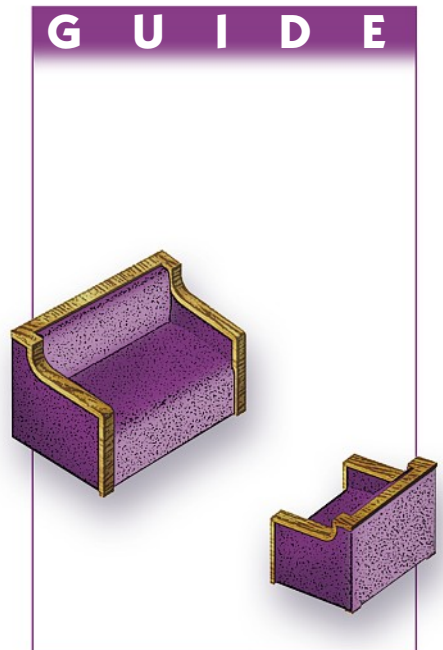


Serge et Anne GINGER

Guide pratique du psychothérapeute humaniste

Préface de
Mony Elkaïm



DUNOD

Guide pratique du psychothérapeute humaniste

Consultez nos parutions sur dunod.com

Dunod Éditeur, édition de livres, Microsoft Press, ETSF, Ediscience, IntalÉditions

http://www.dunod.com/

Recherche OK

Ediscience
ETSF
IntalÉditions
Microsoft Press

Sciences et Techniques Informatique Gestion et Management Sciences Humaines

Assail Contacts

Interviews

Réinventer les RH (urgence) !
Olivier Vermeir

Ramenez 2008 : exigez la nouvelle formule !
Thierry de Montbrial

toutes les interviews

Club Enseignants
Inscrivez-vous !

Événements

Découvrez le **volet**
Profession dirigeant

En librairie ce mois-ci

Développement personnel et coaching : découvrez le **BOUILLON DES**
IntalÉditions.com !

les libraires

Bacchus 2008
Dripes, stratégies et pratiques dans la filière vitivinicole
Jean-Pierre Couélic, Hervé Harmin, François d'Hautville, Étienne Montaigne

Profession dirigeant
De la conception du changement à l'action
Gérard Roth, Michal Kurjka

PYTHON
Petit guide à l'usage du développeur agile
Tarek Ziade

150 petites expériences de psychologie du sport
pour mieux comprendre les champions, et les autres
Yvan Papet, Pascal Legrain, Elisabeth Rosnet, Stéphane Rusinek

LES BIBLIOTHÈQUES DES MÉTIERS

Bibliothèque du DSI
Gestion industrielle
Métiers de la vigne et du vin
Marketing et Communication
Directeur d'établissement social et médico-social
Toutes les bibliothèques

LES NEWSLETTERS

Action sociale
Psychologie
Développement personnel et Bien-être
Entreprise
Expertise comptable
Informatique et NTIC
Industrie
Toutes les newsletters

bibliothèques des métiers newsletters MicrosoftPress ediscience.net expert-app.com

Notice légale

Serge et Anne GINGER

Guide pratique du psychothérapeute humaniste

Préface de Mony Elkaïm

DUNOD

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

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

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

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2008
ISBN 978-2-10-053523-1

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

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

SOMMAIRE

<i>PRÉFACE</i>	VII
----------------	-----

<i>AVANT-PROPOS</i>	IX
---------------------	----

1. Ils décident de s'installer	1
2. Le premier client	9
3. Le diagnostic et la prise en charge	17
4. Se déclarer et se faire connaître	27
5. Les premières difficultés	33
6. Chasse aux idées reçues	39
7. Psychothérapie et société	49
8. Au fil de la thérapie...	57
9. Déontologie	73
10. Outils et techniques	85
11. Une large palette de clients	105
12. Travail en groupe	121
13. Travailler avec les couples	135

14. La profession de psychothérapeute	153
<i>ANNEXE</i>	157
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	211
<i>REMERCIEMENTS</i>	221
<i>INDEX DES MOTS CLÉS</i>	223
<i>INDEX DES NOMS PROPRES</i>	231
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	235

PRÉFACE

Ce Guide pratique du psychothérapeute humaniste n'est pas seulement un guide pratique, il est aussi le fruit de l'expérience psychothérapeutique de deux personnes exceptionnelles : Serge et Anne Ginger. J'ai eu le privilège de les rencontrer régulièrement depuis de nombreuses années dans le cadre de l'Association européenne de psychothérapie (EAP) et j'ai ainsi eu le plaisir de pouvoir bénéficier de leur amitié et de leur générosité. J'ai également pu apprécier leur dévouement, leur enthousiasme, leur ouverture d'esprit et leur compétence scientifique.

Cet ouvrage, de deux auteurs à la carrière impressionnante, reflète une longue expérience internationale dans plusieurs méthodes telles que la psychanalyse, le psychodrame, la Gestalt-thérapie — qui leur doit beaucoup — et l'EMDR.

Infatigables, ils ont enseigné dans une vingtaine de pays et pratiqué dans des structures institutionnelles aussi bien qu'en cabinet privé, développant de nouveaux outils psychothérapeutiques pour les thérapies de groupe, de couple et les thérapies individuelles.

Serge Ginger, par-delà son apport théorique et pratique à la psychothérapie, est aussi la cheville ouvrière de différentes associations psychothérapeutiques telles que la Fédération française de psychothérapie et de psychanalyse (FF2P) ou l'Association européenne de psychothérapie, basée à Vienne. Il y intervient avec brio, tant au niveau technique que politique.

Plus d'une fois, alors que le débat au sein d'une de ces associations vire à la confusion, c'est l'intervention de Serge Ginger qui permet de réorienter la discussion. Pour paraphraser ce qu'il écrit dans ce guide (p. 53) à propos de toute suggestion qu'il ferait, on peut se rallier à ses propos ou les mettre en cause : d'une manière ou d'une autre, ils invitent à une réflexion originale et n'ont pas d'autre prétention.

Ce guide vient à point au moment où apparaissent en France, comme dans d'autres pays européens, de nouvelles réglementations pour l'exercice de la psychothérapie.

Il constitue un *vade mecum* pratique pour le psychothérapeute débutant mais invite en même temps ses collègues expérimentés à partager des réflexions profondes issues d'une longue carrière de psychothérapeutes et de formateurs. De surcroît, il existe, à ma connaissance, peu de manuels concrets répondant aux nombreux questionnements soulevés par la pratique quotidienne de la psychothérapie.

J'ai aimé particulièrement la définition que les auteurs donnent des psychothérapies humanistes : ils insistent sur la personne considérée dans l'interaction de toutes ses dimensions, perçue dans son environnement, communiquant au niveau verbal comme au niveau non verbal, sensible à son présent et à son futur et pas seulement à son passé, et enfin, disposant d'une liberté permettant la responsabilité.

J'espère que cet ouvrage rencontrera le succès qu'il mérite dans les pays de langue française et qu'il ne tardera pas à être traduit en plusieurs langues pour rendre ces réflexions et conseils accessibles à tous les jeunes praticiens aussi bien qu'aux psychothérapeutes chevronnés.

Il sera particulièrement utile pour les écoles de formation à la psychothérapie.

Je souhaite que cet ouvrage donne au lecteur autant de plaisir que j'ai eu à le lire.

Mony Elkaïm

*Professeur honoraire de l'Université libre de Bruxelles,
Ex-président de l'Association européenne de thérapie familiale,
Président de l'Association européenne de psychothérapie (EAP).*

AVANT-PROPOS

CE LIVRE, nous avons longtemps tardé à l'écrire : à vrai dire, nous étions quelque peu réticents à l'idée de prendre le risque de donner des conseils pratiques dans un domaine aussi délicat — où chaque psychothérapeute, chaque client, chaque situation sont différents et originaux, dans un domaine relevant bien plus de *l'art* que de la science ou de la technique.

Cependant, nous avons désiré partager notre longue expérience de plus de quarante ans de psychothérapies — notamment en psychanalyse, psychodrame, Gestalt¹ et EMDR — et plus généralement notre implication profonde dans les psychothérapies « humanistes » ou « existentielles », dont voici les caractéristiques principales :

- l'homme est considéré dans l'interaction de toutes ses dimensions : physique, émotionnelle, cognitive, sociale et spirituelle (*cf.* le Pentagramme de Ginger, p. 99) ;
- travail non seulement intra-psychique, mais inter-psychique, prenant en compte l'individu, mais aussi ses relations avec son environnement, dans le *champ* global ;
- l'expression du client n'est pas pas exclusivement verbale : il peut se mouvoir ;
- le présent et le futur importent autant que le passé ;
- la part de liberté, et donc de responsabilité personnelle, est essentielle.

1. La Gestalt-thérapie est devenue aujourd'hui l'approche psychothérapeutique la plus répandue au monde, après la psychanalyse (ou les approches dites « psychodynamiques ») et les thérapies comportementales (ou « cognitivo-comportementales, dites TCC »). Elle prend actuellement la succession de l'approche « centrée sur le client » (Carl Rogers) comme prototype des psychothérapies humanistes.

Nous avons remarqué que certaines questions étaient récurrentes dans nos groupes de supervision¹ et nos supervisions individuelles. Nous avons suivi, pendant plus de vingt ans, près de deux cents psychothérapeutes en supervision régulière (tous les quinze jours ou tous les mois)², certains pendant deux ou trois ans, d'autres pendant plusieurs années, parfois durant huit à dix ans de leur pratique³.

Au total, c'est ainsi près de cinq mille cas de clients que nous avons été amenés à superviser.

Avant de rédiger ce *Guide pratique*, nous avons attentivement relu des centaines de pages de notes confidentielles prises au cours de ces séances : certaines questions — problèmes pratiques ou plus théoriques — reviennent régulièrement, même si les conditions sont souvent quelque peu diverses, selon les cas :

- comment faire connaître l'ouverture de son cabinet ?
- que faire en cas d'absence du client à une séance ?
- les problèmes de paiement : tarifs réduits, crédit ?
- les menaces de suicide ?
- implication personnelle et gestion du contre-transfert ; points aveugles ;
- le secret partagé avec un psychiatre ?
- les questions des parents lors de la psychothérapie d'un enfant ?

Nous partageons ici quelques-unes de nos réflexions tirées de notre expérience, avec l'espoir que chacun saura les *transposer* à sa situation particulière. Bien entendu, nous ne nous posons aucunement en modèle, mais nous n'hésitons pas à évoquer explicitement notre manière de faire, notre pratique, nos questionnements, nos tâtonnements, cela dans une subjectivité assumée.

1. Serge Ginger avait créé, en 1959 à Paris, le premier groupe de supervision pour éducateurs spécialisés, le SPES (séminaire de perfectionnement pour éducateurs spécialisés) — auquel ont participé notamment Jacques Salomé, Jean Ughetto, Guy Dréano, Maurice Capul, etc.

2. Par goût personnel, Anne assure essentiellement des supervisions *individuelles*, et Serge des supervisions *en petit groupe*.

3. Nous suggérons habituellement une durée de supervision de *deux années au moins* avec le même superviseur, puis il nous semble enrichissant de *changer* de superviseur. Cependant, dans la pratique, nombreux sont ceux qui restent beaucoup plus longtemps ; certains nous quittent... et reviennent quelques années plus tard, pour une nouvelle « tranche » de supervision.

Nous avons limité volontairement les considérations théoriques et philosophiques, bien qu'elles nous paraissent essentielles, mais on pourra les trouver dans d'autres ouvrages ou articles¹. Nous avons délibérément adopté ici un style simple et direct, un langage de tous les jours, en prise avec les problèmes *pratiques* quotidiens. Bien qu'il soit de bon ton, à juste titre, de s'élever contre tout « truc ou recette », nous constatons, en réalité, une quête fréquente de conseils très pratiques, et nous avons donc assumé le risque d'écrire en toutes lettres ce qui se dit le plus souvent à demi-mot ! Il est clair qu'un manuel de recettes ne fait pas un bon cuisinier... Mais les débutants — tout comme les « MOF ² » — ne dédaignent pas d'en consulter !...

Un certain nombre de considérations sont reprises plusieurs fois, dans des chapitres différents, présentées sous des angles complémentaires. De même, on retrouvera dans cet ouvrage quelques passages inspirés de certains de nos livres précédents, reprenant des idées qui nous sont chères.

Les premiers chapitres de ce livre s'adressent tout particulièrement aux psychothérapeutes débutants³ ; les chapitres suivants concernent aussi bien les praticiens chevronnés — qui pourront confronter leurs propres choix à nos suggestions. Ils cherchent à répondre aux questionnements de praticiens *de diverses approches humanistes-existentielles*, telles que l'analyse transactionnelle, la Gestalt-thérapie, l'approche centrée sur la personne (C. Rogers), l'hypnose ericksonienne, la PNL *thérapeutique* (PNLt), la psychosynthèse, l'analyse psycho-organique, le psychodrame, la thérapie familiale, etc. Il concerne aussi bien la psychothérapie individuelle que la psychothérapie en groupe.

Dans nos groupes de supervision, nous accueillons régulièrement des praticiens de ces diverses méthodes, et leur cohabitation n'a jamais

1. Voir notamment :

– Ginger S. et A. (1987). *La Gestalt, une thérapie du contact*, Paris, Hommes et Groupes, 8^e éd. 2006 (traduit en 5 langues).
 – Ginger S. (1995). *La Gestalt, l'art du contact*. Guide de poche Marabout n° 3554, 9^e éd., Paris 2007 (traduit en 12 langues).
 – Ginger S. (2006). *Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues*, Paris, Dunod (traduit en 3 langues).
 – Ginger S. (2006). Un regard gestaltiste sur la supervision, in *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, sous la dir. de Delourme A. et Marc E., Dunod, Paris, p. 129-147.

2. MOF = « meilleur ouvrier de France » : concours national très exigeant, longuement préparé.

3. Ces « débutants » ont tous suivi, au minimum, une formation théorique et pratique de trois à cinq années.

posé de problème ; bien au contraire, chacun s'est enrichi au contact de collègues de formation ou de philosophie différente.

En revanche, certaines de nos positions pourront surprendre des psychanalystes — peu habitués à une posture « d'implication contrôlée » du psychothérapeute, où ce dernier ne vise pas à présenter un « écran blanc » de projection, mais à exploiter la richesse d'une interaction dont les éléments contre-transférentiels sont acceptés — voire encouragés, dans la mesure où ils sont analysés et exploités dans l'intérêt du client.

Fidèles à la tradition humaniste, nous parlons de « client », soulignant par là sa liberté de demande et sa *responsabilité* de choix, tandis que le terme de « patient » évoque pour nous une attitude plus *passive*, soumise aux « ordonnances » d'un médecin.

*

Pour rendre la lecture plus attrayante, nous mettrons en scène, dans les premiers chapitres, quatre psychothérapeutes *imaginaires*, constitués chacun, en réalité, de la somme de plusieurs thérapeutes différents que nous avons longtemps suivis en supervision. Toute ressemblance ne pourrait donc être que fortuite !

Nous aurons ainsi affaire à :

- Gilles, *médecin généraliste*, depuis longtemps frappé par l'importance des facteurs psychiques dans l'évolution des troubles somatiques de ses patients. Il s'était intéressé successivement à l'homéopathie — qui prenait en considération le malade dans sa personnalité spécifique globale plutôt que sa maladie ; il avait suivi quelques *groupes Balint* qui l'avaient sensibilisé à l'importance du prescripteur et du transfert. Il a suivi une psychanalyse personnelle, avant d'entreprendre une formation complète en Gestalt-thérapie. Puis, il a débuté progressivement avec certains de ses anciens patients.

- Mireille, *psychologue clinicienne*, qui travaillait dans un CMPP, avant de s'installer à temps partiel, puis à plein-temps, en cabinet libéral. Séparée de son mari, elle vit seule depuis que ses enfants adultes assument leur vie de manière indépendante.

- Elaine, *enseignante* dans un institut privé et professeur de yoga. Elle exerce pour le moment à temps partiel, mais projette de quitter l'enseignement.

- Bruno, *éducateur spécialisé*, travaillant à mi-temps dans une institution de jeunes délinquants. Sa compagne exerce aussi comme psychothérapeute ; ils co-animent un groupe et assurent ensemble quelques thérapies de couple.

Pour alléger le texte, nous nous sommes conformés à la grammaire traditionnelle du français — dont *le masculin « englobe le féminin »* et nous parlerons ainsi « du » psychothérapeute et « du » client, même si, dans la pratique, plus des deux tiers des uns et des autres sont de genre féminin.

On trouvera en *annexes* quelques textes de référence, issus pour la plupart des travaux de l'European Association for Psychotherapy (EAP) et de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P) — où nous militons activement depuis de nombreuses années : le Code de déontologie, la Charte de la personne en psychothérapie, les conditions d'agrément des instituts de formation, etc., ainsi qu'un index, indiquant les pages où un thème est quelque peu développé ou un auteur cité.

Chapitre 1

ILS DÉCIDENT DE S'INSTALLER

Le cabinet

GILLES, MÉDECIN

Ça y est ! Gilles a terminé sa formation. Il a rédigé et soutenu son mémoire de fin d'études — sur un cas d'infertilité d'origine psychologique. Ses formateurs l'ont plusieurs fois supervisé au cours d'exercices de *practicums* — où il accompagnait des camarades d'études dans leur problématique quotidienne. Ils ont souligné ses points forts (beaucoup d'intuition et un excellent contact favorisant la confiance) et ses carences (il a tendance à trop expliquer, à justifier chacun de ses gestes, et il est très protecteur) ; ils l'ont aidé à dégager un style personnel — qu'il va tenter de développer délibérément. Ils l'ont autorisé à prendre ses premiers clients, sous réserve d'une supervision très régulière.

Gilles a donc commencé par chercher un superviseur, avant même d'accepter un client en thérapie. Il a d'ailleurs déjà en tête plusieurs de ses patients dont les fréquentes maladies lui paraissent, en grande partie, des somatisations. Compte tenu de sa formation initiale de médecin, il préfère commencer par une supervision *individuelle* où il pourra disposer

de tout son temps et partager, sans honte, dans la discrétion d'un face à face, ses premières hésitations et ses erreurs éventuelles. Il ne veut pas prendre le risque de critiques publiques, lui qui a l'habitude d'évoluer avec le statut privilégié du médecin « qui sait beaucoup de choses » et à qui l'on doit faire confiance « aveuglément ». Il est impatient de se lancer et ne s'est pas posé la question du cabinet, envisageant de recevoir ses clients dans son bureau médical habituel, sa table de consultations et ses appareils de contrôle étant déjà dans une pièce voisine. Il ne se rend pas compte encore des nombreux inconvénients de cet usage mixte de son cabinet.

ELAINE, ENSEIGNANTE ET PROFESSEUR DE YOGA

Elaine, elle, n'est pas pressée de prendre des clients : elle est déjà assez occupée par son métier d'enseignante en institut privé et, consacre, par ailleurs, plusieurs heures par semaine à donner des cours de yoga. Elle est fort intimidée de prendre un client en psychothérapie et a peur de tomber trop tôt sur un cas difficile : « Comment pourrai-je diagnostiquer d'emblée la profondeur de ses troubles ? » Sur le conseil de plusieurs de ses anciens collègues, elle a décidé de s'inscrire dans un petit groupe de supervision de six à sept psychothérapeutes — qui se réunissent une journée entière par mois. Ainsi, elle pourra bénéficier de leurs questionnements et de leurs tâtonnements ou erreurs, et aura d'emblée des exemples variés d'un échantillonnage beaucoup plus large de clients divers¹ : elle sera ainsi beaucoup plus rapidement « dans le bain », avant d'affronter elle-même tous ces types de problèmes ! Elle se sent rassurée par cette proposition et n'est pas dans l'impatience de trouver un client coûte que coûte, dans un délai rapide.

De plus, son superviseur a accepté de la recevoir *individuellement*, sur rendez-vous, au cas où elle souhaiterait un entretien supplémentaire, *en plus* des sessions régulières du groupe. Ainsi, par exemple, avant d'accepter un client, elle pourra demander conseil à son superviseur pour réfléchir si elle ne s'engage pas à la légère avec un cas trop complexe pour une débutante.

1. À titre indicatif, sept thérapeutes recevant — selon leur ancienneté — de trois à trente clients par semaine, représentent en moyenne un large échantillonnage d'une *centaine de cas* suivis régulièrement dans un groupe de supervision : hommes et femmes, jeunes et vieux, petits névrosés ou psychotiques avérés...

Elle a entamé parallèlement un cours de perfectionnement en *psychopathologie appliquée*, illustré de nombreux cas concrets, tirés de la pratique des participants et du formateur.

Il faut maintenant qu'elle trouve un cabinet afin d'être à même de recevoir son premier client lorsque l'occasion se présentera. Alors seulement, elle envisagera de faire connaître son installation, à ses amis, à différents services, à quelques médecins... Elle a clairement choisi de ne pas recevoir de client à son domicile — où ses deux enfants adolescents se retrouvent souvent avec leurs copains ; elle ne veut pas mélanger sa vie professionnelle avec sa vie personnelle, ni laisser pénétrer des étrangers dans son intimité familiale.

Elaine n'a pas les moyens d'acheter ou louer un cabinet et de l'aménager, avant même de savoir si elle pourra se constituer une clientèle suffisante dans un délai raisonnable : on lui a parlé de deux ou trois ans avant de parvenir à une clientèle régulière de trente à quarante personnes, qui lui permettrait de vivre décemment de son nouveau métier et d'abandonner l'enseignement — qui lui pèse depuis plusieurs années.

Mais pour le moment, elle conserve sa profession d'origine et envisage, pour ses débuts, de consacrer simplement une soirée par semaine pour recevoir des clients. Par la suite, elle essaiera de réduire progressivement son horaire de travail au collège, puis de se réserver une journée entière par semaine pour ses activités de psychothérapeute. Après quoi, elle a envisagé de solliciter un mi-temps, avant de changer complètement d'emploi — si tout se présente bien. Elaine n'aime pas prendre de risques inutiles.

Elle a donc opté dans l'immédiat pour une sous-location auprès de l'association de yoga — qui mettra à sa disposition sa salle de travail, un soir par semaine — voire davantage par la suite. Malheureusement, l'association lui demande de la payer en espèces, sans contrat de location¹ ; ainsi, Elaine ne pourra pas déduire ces frais comme *frais professionnels*. Ce n'est donc qu'une solution provisoire de dépannage. De toute façon, elle n'y sera pas chez elle et ne pourra aménager ce local à son propre goût.

1. L'association, fonctionnant sous le régime de la loi de 1901, serait obligée, dans ce cas, de déclarer des activités *commerciales* de location et de lui facturer la TVA.

MIREILLE, PSYCHOLOGUE

Mireille habite seule et dispose d'un appartement spacieux. Elle a décidé de recevoir ses premiers clients dans la chambre de son fils qui a quitté le domicile, il y a trois ans. Le large couloir de distribution pourra faire office de salle d'attente, si nécessaire, mais de toute façon, Mireille ne veut pas de « travail à la chaîne » et elle a décidé d'espacer ses rendez-vous pour avoir le temps de souffler et de se préparer à accueillir chacun. Elle peut aménager assez librement ses vacations de psychologue à temps partiel au CMPP.

Elle décide tout d'abord d'aménager l'ex-chambre de son fils en bureau personnel et en cabinet de consultation : elle a gardé le lit comme divan, le long du mur, et conservé une petite table sur le coin de laquelle elle pourra prendre quelques notes éventuelles ou poser son coude, en angle. Elle ne veut pas de bureau massif l'isolant du client, dans un entretien de type « médical ». Elle a remplacé les trois chaises par deux fauteuils et elle a empilé dans un coin plusieurs gros coussins de tailles et de couleurs variées. Elle a retiré les posters des murs et les a remplacés par son Certificat européen de psychothérapie (CEP) et par un exemplaire décoré du Code de déontologie : elle tient à ce que les clients soient d'emblée rassurés en voyant qu'ils ont affaire à une professionnelle qualifiée. Sur les rayons de la petite bibliothèque, elle a d'ailleurs rassemblé, de manière apparente, plusieurs ouvrages de psychologie, de psychothérapie, de psychopathologie et de psychiatrie, en français et en anglais.

Elle a conservé l'armoire à vêtements de son fils pour la glace qui décore la porte et permet de se voir en pieds. Dans un coin, Mireille a installé un *bloc de papier à dessin* sur un trépied, avec un jeu de gros feutres de couleurs et une liasse de grandes feuilles vierges, sur lesquelles les clients pourront dessiner debout, le cas échéant.

Les locaux ne sont pas insonorisés, mais Mireille prendra le soin de préciser, dès le premier entretien, qu'elle habite ici seule et que personne ne les dérangera donc. Elle en profitera pour signaler qu'elle coupe le téléphone durant ses consultations et le met en mode répondeur silencieux.

VOILÀ DONC TROIS EXEMPLES DE DÉMARRAGE

Aucune des conditions d'accueil n'est idéale... mais la recherche de l'idéal camoufle bien souvent une tendance névrotique inconsciente à la procrastination¹ !

Lorsqu'ils auront atteint un régime de fonctionnement à plein-temps, nos trois psychothérapeutes réviseront sans doute leur installation, en profitant de l'expérience acquise.

Ils choisiront alors un endroit bien situé : proche du centre-ville, d'une station de métro ou d'autobus, avec des possibilités de parking à proximité.

Ils envisageront, si possible, une porte de sortie directe depuis le cabinet, afin d'éviter au client — parfois éploré — de repasser par la salle d'attente pour sortir. Les toilettes seront dotées d'un miroir, où les clientes pourront se « refaire une beauté » après avoir éventuellement pleuré, avant de regagner leur travail ou leur domicile.

S'ils reçoivent aussi des enfants, ils feront l'acquisition de matériel adéquat — que nous évoquerons au chapitre 11.

Les frais de location et d'équipement pourront être comptabilisés comme frais professionnels et déduits de leurs impôts, mais encore faut-il que les praticiens soient officiellement déclarés et enregistrés en profession libérale — ce qui n'est pas encore le cas pour tous, à ce stade expérimental de leur installation.

Il leur faudra cependant y songer assez rapidement et se mettre en règle avec l'URSSAF, les impôts, et surtout contracter une assurance responsabilité civile.

Seul Gilles se croyait en règle, couvert par son assurance médicale... jusqu'à ce qu'il apprenne que le Conseil d'État² avait confirmé une décision du Conseil national de l'Ordre des médecins autorisant les seuls psychiatres à apposer sur leur plaque ou sur leurs ordonnances la mention « psychothérapie ». Ainsi, alors que la profession n'est pas encore réglementée en France³, paradoxalement, seuls les médecins (non-psychiatres) ne sont pas autorisés à l'exercer — contrairement à une idée largement répandue dans le public... Quant aux psychiatres,

1. Toujours remettre à plus tard.

2. Arrêt du 4 avril 2001 : décision n° 205259 du Conseil d'État, confirmant une prise de position de l'Ordre des Médecins du 8 octobre 1998.

3. Une loi a été promulguée le 9 août 2004, mais elle n'est toujours pas applicable, dans l'attente d'un décret d'application.

à l'inverse, ils sont autorisés à déclarer des psychothérapies, même s'ils n'ont effectué aucune thérapie personnelle et n'ont suivi aucune formation spécifique dans aucune méthode (en France, la psychothérapie n'est enseignée dans aucune faculté publique)¹ !

EN RÉSUMÉ : UN CABINET AVENANT ET ADAPTÉ

Bien entendu, l'installation du cabinet peut varier selon la clientèle reçue (adultes, enfants, couples...) et selon les moyens dont on dispose !

« Qui peut le plus, peut le moins. » Voici donc quelques suggestions pour un cabinet polyvalent. Il peut être commode de prévoir la possibilité de recevoir des petits *groupes* (de plus, un *espace suffisant* évitera aux clients angoissés ou phobiques de se sentir « étouffés »). Dans ce cas, une surface de 20 mètres carrés ou plus sera souhaitable.

Il est nécessaire d'avoir, à proximité, des *toilettes* (avec un petit lavabo et une *glace*).

Une petite *salle d'attente* (ou un coin couloir aménagé) sera agréable, même si on a pris la précaution Sigmund Freud University (SFU) de convoquer les clients avec un quart d'heure d'écart (pour permettre au psychothérapeute une mini-détente : rédaction éventuelle de quelques notes personnelles aide-mémoire, déconditionnement, lecture des notes concernant le client suivant, consultation du répondeur...)

On peut *afficher un diplôme* — rassurant pour les clients méfiants, tel le Certificat européen de psychothérapie (ou un certificat d'institut de formation), ainsi que le Code de déontologie auquel on se réfère, ou encore la Charte de la personne en psychothérapie. On évitera cependant d'en tapisser les murs — comme cela se fait notamment en Amérique du Sud ! Une petite bibliothèque technique (ouvrages classiques et revues spécialisées) permettra aux clients de se documenter... et de voir que leur psychothérapeute se tient informé des divers développements de sa spécialité, en formation continue.

Bien entendu, une *isolation acoustique* est fondamentale : on ne doit pas entendre le moindre bruit et surtout pas la moindre conversation

1. Cf. « La réglementation de la psychothérapie » sur le site internet de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse : www.ff2p.fr. Quelques DU (diplômes universitaires) assurent une simple introduction, mais non une formation complète. La Sigmund Freud University (SFU), université privée, fait exception et prépare à un programme complet licence, maîtrise, doctorat, incluant la pratique, et reconnu dans toute l'Europe, selon les accords de Bologne.

extérieure (ce qui laisserait supposer, à l'inverse, qu'on peut être entendu soi-même).

Le sol sera couvert *d'une moquette ou d'un tapis*, permettant, le cas échéant, de s'allonger par terre.

Les murs seront décorés, mais sobrement, afin de ne pas plonger les clients dans une atmosphère prédéterminée par le psychothérapeute. Ainsi, Freud recevait ses patients dans un cabinet encombré de centaines de statuettes antiques — ce qui suggérerait d'emblée son intérêt pour les « fouilles archéologiques » dans le passé inconscient du patient !

Il est fort utile de disposer d'un *choix de sièges* : fauteuils, divan, coussins épais (posés sur le divan ou au sol). Ces derniers pourront être de diverses dimensions et couleurs afin de pouvoir symboliser éventuellement divers personnages ou thèmes (un gros coussin noir pour mes soucis, un petit coussin de couleur vive pour mes espoirs, un charmant coussin fleuri pour le bébé que je désire !...) Ces coussins seront utilement complétés par des peluches de diverses tailles (qui seront spontanément cajolées — ou maltraitées — non seulement par les enfants, mais aussi par bien des adultes !)

Une *table* de travail pourra être disposée sur le côté (et non entre le psychothérapeute et le client), permettant d'éventuelles prises de notes ponctuelles (et non régulières — ce qui couperait le contact direct). Divers petits objets pourront servir, le cas échéant, à symboliser des personnages pour une sorte de psychodrame symbolique où l'on incarne successivement des objets en interaction — ce qui permet de *visualiser* la situation évoquée.

Une *pendule* — apparente à la fois pour le client et le thérapeute — évitera à ce dernier des regards furtifs sur son poignet, et permettra au client de suivre le temps qu'il lui reste — ce qui n'empêche pas un rappel du psychothérapeute : « Il nous reste encore 10 minutes avant de terminer la séance » ou : « Maintenant, il va falloir songer à conclure... »

Nous aimons, quant à nous, réserver parfois quelques minutes de *feedback* après la séance proprement dite (mais avant la fin du temps prévu), en vue d'une certaine prise de distance ou pour favoriser un « ancrage » éventuel : « Aujourd'hui, vous avez surtout évoqué, à nouveau, vos difficultés avec votre père et j'ai ressenti, me semble-t-il, plus de distance, moins de jugement et moins de colère... Qu'en pensez-vous ? Quel est votre propre sentiment ? ». « J'ai moins perçu l'extrapolation générale contre tous les personnages d'autorité : votre patron, moi-même ? Vous m'avez plutôt considéré en témoin complice ? C'est, du moins, mon impression. Qu'en pensez-vous ?... »

Un *paper board*, avec des feutres de couleurs, permettra de dessiner debout et en grand format (ce qui mobilise les zones archaïques du cerveau limbique émotionnel, contrairement à un dessin assis, en petit format, qui mobilise l'hémisphère gauche) et de conserver ensuite les dessins (datés au verso) afin d'analyser l'évolution (on pourra apporter certains dessins en supervision). Une *corbeille* à papiers incite à se débarrasser des essais infructueux, mais aussi, symboliquement, des soucis encombrants ou des « Gestalts périmées ».

Un *miroir vertical* peut permettre au client de se voir en pieds, afin de travailler éventuellement sur son corps et ses postures.

Un petit *magnétophone* permettra, si besoin est, de sonoriser certaines séquences ou d'auditionner certains enregistrements.

Les Américains suggèrent aussi un *magnétoscope* permettant d'enregistrer le travail et de le revisualiser ensemble par la suite. Mais la clientèle française est encore peu habituée à ce genre d'équipement et peut le ressentir comme intrusif. Cependant, si le psychothérapeute lui-même est parfaitement à l'aise avec cette technique et que l'*alliance thérapeutique* est établie dans la confiance, une telle approche peut s'avérer particulièrement enrichissante. Revoir ses propres attitudes et entendre ses propres paroles, et les commenter dans le respect mutuel, peut permettre au client un recul salutaire et des prises de conscience éclairantes. Cette technique est particulièrement utilisée dans les thérapies familiales d'inspiration systémique, et aussi en EMDR.

Chapitre 2

LE PREMIER CLIENT

LA PREMIÈRE IMPRESSION

Gilles est assis derrière son bureau, sur lequel trônent un gros *Vidal* rouge et un écran plat d'ordinateur. Il est à l'aise sur son large fauteuil de cuir basculant, à roulettes.

La cliente s'est assise, écrasée, sur l'un des deux fauteuils bas qui font face au bureau.

Elle est prête à l'interrogatoire médical d'anamnèse :

— Qu'est-ce qui vous amène, Madame ?

— Il faut que je vous dise, Docteur : depuis six mois maintenant...

Gilles écoute attentivement et prend des notes sur son gros bloc, posé sur un sous-main de cuir.

Nous sommes chez le médecin ; nous ne sommes pas chez un psychothérapeute, encore moins chez un psychothérapeute humaniste !

La cliente est une « patiente » : elle a retrouvé d'emblée le sentiment de dépendance face à celui qui sait : il va, tout naturellement, mener l'entretien, se faire une idée de son mal, constituer un dossier et, sans doute, proposer une solution. Elle est anxieuse mais confiante ; elle a déjà abdiqué toute responsabilité, avant même que la séance de thérapie n'ait commencé.

Elaine introduit son premier client dans sa salle de travail : une épaisse moquette beige recouvre le sol, trois tapis d'Orient sont disposés alentour. Elle se déchausse et invite son client à faire de même, puis elle s'assoit, les jambes en tailleur, sur un petit coussin de cuir, à même le sol. Le client ne sait où poser ses chaussures, il cherche du regard un fauteuil au fond de la pièce... puis se résout à s'asseoir, les jambes allongées et croisées, sur le cousin qui fait face à la psychothérapeute.

Nous sommes chez le professeur de yoga : *elle* est dans son ambiance habituelle ; *lui* est l'étranger, désarmé avant le premier mot échangé, honteux de ses chaussettes humides, en équilibre instable, dans un décor inattendu. Il desserre machinalement le nœud de sa cravate. Il a plus envie de poser des questions que de parler de lui-même, et de ses difficultés à rencontrer une partenaire. En fait, à quoi bon ? Sa décision est déjà prise, bien qu'il n'en soit pas encore pleinement conscient : il ne reviendra pas ! Il ne sent pas à l'aise ici, dans cette grande salle étrange, malgré son aménagement soigné, malgré le sourire avenant et la voix douce de la psychothérapeute.

Ces deux psychothérapeutes ont conservé *leurs propres habitudes*, leurs références : ils ne sont pas attentifs au *ressenti de leur client*, malgré leur évidente bonne volonté et leur écoute. Le cadre proposé induit d'emblée un mode de relation spécifique, non entièrement conscient.

LE PREMIER ENTRETIEN

Le premier entretien doit permettre à la fois un déconditionnement et une expérience nouvelle, inédite, et en même temps, laisser au client, souvent particulièrement ému ou gêné, le maximum de place et de liberté. Ainsi, par exemple, se déchausser ou s'asseoir au sol ne sont pas des attitudes spontanées dans la vie courante. Mieux vaut commencer par un fauteuil traditionnel. Il n'est pas certain qu'une position du client assis *face* à son psychothérapeute soit idéale : ce *setting* évoque pour certains une confrontation ou un interrogatoire. Une position en angle, permet plus de liberté : on ne sent pas « épié » sans cesse, on peut choisir, à son gré et selon les moments, de regarder son psychothérapeute ou de regarder l'espace libre en face de soi, sans se détourner pour autant.

La prise de notes crée de même une atmosphère d'interrogatoire, plus que d'écoute empathique. Le client a peur d'en dire trop ou, au contraire, d'omettre des détails importants — qui permettraient au psychothérapeute de « juger de son cas », en connaissance de cause.

Nous suggérons plutôt un entretien très ouvert, non systématisé, partant du ressenti ici et maintenant et permettant une prise de contact mutuelle, de part et d'autre :

- « Avez-vous trouvé facilement ? »
- « Est-ce que cela vous fait un long trajet pour venir jusqu'ici ? »
- « Qui vous a indiqué mon nom et mon téléphone ? »
- « Vous sentez-vous confortablement installé comme ça ? »
- « Qu'est-ce qui vous amène à consulter ? »

Mais aussi, des renseignements de la part du psychothérapeute :

- « Voici comment j'ai l'habitude de procéder : ... »
- « Nous prendrons le temps de voir ensemble si je peux vous aider. »
- « La méthode à laquelle je me réfère se nomme ... »

Nous n'avons pas besoin de tout savoir dès le premier entretien : le climat général de la relation établie nous paraît plus important. Comment se sent-on, de part et d'autre ? A-t-on le désir de se revoir ? Qu'a-t-on spontanément envie de dire ou de demander ?

La première séance n'est pas, pour nous, consacrée entièrement à un recueil d'informations, mais constitue les prémisses de *l'alliance thérapeutique*. Il est bon que le client sente d'emblée comment cela va se passer ici, entre nous, *qu'il expérimente discrètement* un échange de sentiments, d'impressions personnelles, avec une « implication contrôlée » du psychothérapeute humaniste — qui ne reste pas opaque, dissimulé dans un anonymat neutre, camouflé derrière sa blouse psychique de « psy » — si souvent redoutée à l'avance, dans le contexte français, largement teinté d'une distance, voire d'une froideur d'inspiration « psychanalytique ».

Il a le droit de savoir à qui il a affaire et comment on va tenter de l'aider¹.

De son côté, le psychothérapeute est en droit de savoir, à la fin de l'entretien :

- qui a adressé le client chez lui ?
- quelle est sa demande (consciente) ?
- a-t-il déjà suivi une thérapie ?
- est-il sous traitement ? a-t-il déjà été hospitalisé ?
- habite-t-il seul ? en couple ? en famille ? en communauté ?

1. Voir, en annexe, p. 182, la « Charte mondiale de la personne en psychothérapie » — qui peut, d'ailleurs, être affichée dans la salle d'attente.

- exerce-t-il une profession ? dispose-t-il de ressources suffisantes ?
- dispose-t-il de temps pour des séances régulières (une fois par semaine, par exemple) ?

Mais nous évitons tout inventaire systématique, selon un plan préétabli, et nous préférons « bavarder » en suivant les informations et intérêts spontanés du client lui-même, et en partageant, de temps en temps, notre propre ressenti :

- « En vous écoutant, j'ai l'impression que cette expérience a été très importante pour vous... »
- « Je suis touché par ce que vous me dites... »
- « Je remarque que vous me dites cela à voix basse... »

Nous évitons généralement de prendre des notes *pendant l'entretien* lui-même : cela nous obligerait à rompre le contact du regard, à ralentir le rythme des échanges, et cela induit l'impression d'un recueil d'informations, à caractère médical ou social. Nous préférons un échange direct, aussi spontané que possible, parfois même un peu « décousu » entre deux personnes en situation de première rencontre, ici et maintenant.

Dans certains cas, il peut sembler utile de consacrer dix minutes environ, *en fin d'entretien*, pour une récapitulation, un peu plus ordonnée des informations échangées tout au long de l'entretien : « Si vous voulez bien, nous prendrons quelques minutes ensemble, maintenant, pour récapituler quelques informations — que je me permets de noter. Tout d'abord, je vous demanderai de m'épeler votre nom, votre adresse et un téléphone où je puisse vous joindre, le cas échéant. Vous m'avez bien dit que vous étiez séparée depuis... 5 ans (?), et que votre fils, Adrien (12 ans, je crois ?) était en garde alternée chez vous et chez son père, à Montauban ? Vous m'avez dit aussi que vous aviez eu une période de dépression après la séparation, avec un traitement au Prozac (deux gélules par jour, soit 40 mg ?) pendant six mois ? » etc.

Cette façon de faire peut établir une sorte de « complicité » : ensemble, nous allons voir si nous nous sommes bien compris ; vous allez sentir que je vous ai écouté attentivement, mais vous pouvez aussi me corriger... C'est, en outre, une occasion de préciser éventuellement quelques informations complémentaires. Pour le psychothérapeute, cela permet des *notes contrôlées*, voire affinées, et évite les erreurs éventuelles d'une prise de notes personnelles, après le départ du client. Cette « complicité » peut même aller jusqu'à montrer quelques-unes de ces notes, notamment à des clients méfiants, tels certains adolescents.

Pendant les séances ultérieures, nous ne prenons pas de notes, mais nous écrivons éventuellement quelques phrases aide-mémoire, immédiatement après la séance : noms et prénoms mentionnés, événements évoqués, dates, et surtout *formulations* typiques employées. Nous notons aussi parfois nos propres interventions, nos hypothèses, nos projets thérapeutiques. Il s'agit là de fiches manuscrites, *personnelles, confidentielles et provisoires*, qui ne sont pas destinées à constituer un « dossier » officiel de suivi, beaucoup plus discret, généralement retranscrit sur ordinateur et susceptible d'être transmis à l'intéressé sur sa demande¹. Ces quelques notes peuvent être relues par le thérapeute, juste avant la séance suivante. Elles sont de plus en plus succinctes au fur et à mesure de l'avancement de la thérapie, car on connaît de mieux en mieux le client et l'on retient sans effort les éléments essentiels.

Le rythme et la durée des séances peuvent varier quelque peu selon les clients (plus courtes pour les enfants) et selon le rythme personnel du psychothérapeute :

Par exemple, Serge prévoit généralement, une séance par semaine de cinquante minutes, à horaire fixe, suivie d'une pause de dix minutes pour se « déconditionner » du client précédent, relire éventuellement les notes concernant le client suivant, ou plus simplement, boire une tasse de thé et se relaxer. Ainsi, les clients sont convoqués à des heures « rondes » : 14 heures, 15 heures, etc. Anne, en revanche, préfère des séances plus longues, d'une heure, et ses rendez-vous sont donc décalés en conséquence, afin de préserver ces temps nécessaires de pauses.

Dans certains cas particuliers, le rythme des séances est modifié : deux fois par semaine, dans des situations d'urgence ; une fois toutes les deux semaines, en fin de thérapie, pour amorcer la séparation. Sauf raisons spécifiques, nous n'aimons pas le rythme complexe d'une séance toutes les trois semaines (difficile à mémoriser) ou le rythme trop espacé, d'une séance par mois, et nous n'acceptons des horaires *irréguliers* — sur rendez-vous pris plusieurs semaines à l'avance — que pour des cas particuliers (voir chapitre 8).

1. Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des malades, facilitant l'accès direct au dossier médical.

FAUT-IL FAIRE PAYER LA PREMIÈRE SÉANCE ?

Certains psychothérapeutes considèrent qu'il s'agit d'une *prise de contact*, destinée à voir si l'on pourra travailler ensemble. Aucune décision n'est encore prise et les *deux parties* sont également intéressées : l'une cherche un thérapeute, l'autre cherche un client. Il s'agirait d'un entretien exploratoire préliminaire, comme lorsqu'on établit un devis, avant d'entreprendre une remise en état éventuelle. Dans cet esprit, la gratuité peut se justifier. De plus, il est parfois conseillé au futur client de prendre contact avec *plusieurs* psychothérapeutes avant de se décider, de prendre le temps de ressentir *de l'intérieur* s'il est prêt à s'engager. Ainsi, il évalue son sentiment intime de confiance et il éprouve la responsabilité d'avoir choisi lui-même son thérapeute, et non d'avoir obéi à une injonction extérieure, ou aux conseils d'un professionnel, d'un ami ou d'un collègue.

D'autres estiment la situation dissymétrique et propice à des abus : tous les psychothérapeutes ne recherchent pas des clients : certains consomment même beaucoup d'énergie à refuser du monde ! De plus, on voit des clients qui entreprennent une « tournée » d'entretiens gratuits, réalisant ainsi, en fait, une série d'entretiens « décousus », plus ou moins thérapeutiques, à bon compte !

De plus, l'offre d'une première séance gratuite peut s'apparenter à un « appât » pour attirer des clients : ce procédé est notamment utilisé par plusieurs sectes et suscite parfois, de ce fait, une méfiance légitime.

Une troisième formule consiste à ne pas décider d'avance et à juger en fin de séance : si l'on s'est contenté d'échanger des informations de part et d'autre, la séance sera gratuite ; si l'on a entrepris un travail plus profond, elle sera considérée comme un début de thérapie et sera donc payante. En ce qui nous concerne, nous estimons souhaitable que dès la première séance s'instaure un climat thérapeutique propice à des prises de conscience, parfois inattendues. Il n'est pas rare qu'un client raconte par la suite le « choc salutaire » de la première séance où il a ressenti « qu'ici ce serait différent ».

PÉRIODE D'ESSAI ?

Certains collègues préconisent plusieurs séances (de trois à cinq) *avant de conclure un contrat* de thérapie : ils estiment utile de préciser le diagnostic — ce qui n'est pas toujours possible d'emblée, par exemple avec un paranoïaque contrôlé ou un *borderline* en période stabilisée ; ils

estiment important de voir, dans la durée, si « l'alliance thérapeutique » se confirme.

Nous ne sommes guère favorables à cette pratique : elle retarde l'implication profonde du client qui se sait en « période d'observation » ; elle peut être interprétée comme un jugement : « Je ne suis pas sûr d'obtenir des résultats avec vous », ou : « Vous n'avez pas encore réussi à m'intéresser vraiment. » Dans la plupart des cas, nous croyons possible une décision éclairée à l'issue d'une ou deux séances — où l'on ne s'est pas contenté d'informations, mais où l'on a *expérimenté* d'emblée des séquences thérapeutiques, ainsi qu'un échange sur la perception mutuelle de la relation, ici et maintenant.

APPRENTISSAGE DU « MÉTIER DE CLIENT »

Cependant, il n'est pas rare que le client ne saisisse pas d'emblée les « règles du jeu » thérapeutique, avec lesquelles il n'est pas familier :

- Que ressentez-vous en ce moment ?
- Je ne ressens rien !
- Et si c'était votre dos qui parlait lui-même, que dirait-il ?
- Mais mon dos ne parle pas !
- Imaginez votre père assis sur cette chaise en face de vous...
- Mais mon père est mort : il n'est pas là. Je ne suis pas fou pour parler à un mort !
- Pourriez-vous choisir un objet qui vous évoque votre compagne ?
- Mais ma compagne n'est pas un objet !
- Pouvez-vous amplifier le mouvement spontané de votre main ?
- Excusez-moi, je n'avais pas remarqué que je bougeais la main.

Les deux partenaires parlent un langage différent. L'imaginaire et la métaphore sont étrangers à certains clients — y compris à certains diplômés des grandes écoles !

Il faut parfois plusieurs semaines de tâtonnements patients avant d'arriver à se comprendre et le jeune psychothérapeute qui faisait des *practicums* brillants avec des collègues de sa promotion, initiés et bienveillants, se trouve parfois bien dépourvu. Il lui faut parfois montrer l'exemple, en s'impliquant délibérément lui-même : « Je vous ressens un peu comme ce livre fermé, sur la table : certainement plein de richesses à l'intérieur, mais attendant patiemment que ce soit moi qui l'ouvre.

Pourrions-nous le feuilleter ensemble, dans le désordre, pour avoir une première impression, avant une lecture attentive et suivie ? »

L'apprentissage du « métier de client » est parfois aussi délicat que celui du métier de psychothérapeute !

EN RÉSUMÉ : QUELQUES THÈMES POSSIBLES LORS DU PREMIER ENTRETIEN

- Avez-vous trouvé l'adresse facilement ? stationnement ?
- Qui vous a donné mes coordonnées ?
- Quelle est votre demande ? ce qui vous amène à consulter ?
- Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?
- Pourquoi avoir choisi ce type d'approche ? Qu'en savez-vous ?
- Prenez-vous des médicaments ?
- Avez-vous été hospitalisé ?
- Vivez-vous seul ? en couple ? en famille ?
- Exercez-vous une profession ?
- Avez-vous des activités de loisir ?
- Avez-vous des amis ?
- Comment avez-vous perçu notre entretien ? Qu'est-ce qui vous a surpris ? intéressé ?
- Vous sentez-vous prêt à entreprendre une psychothérapie avec moi ? décision la prochaine fois...
- Conditions du « contrat » éventuel : fréquence, horaire, durée des séances, tarif, absences, confidentialité, décision de fin de la thérapie ;
- Éventuellement, prise de notes résumées, en commun, en fin de séance ;
- Prochain rendez-vous à confirmer éventuellement par téléphone (après temps de réflexion).

Chapitre 3

LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE

LE DIAGNOSTIC psychopathologique du client n'est généralement pas une préoccupation majeure dans les thérapies humanistes : on évite de classer les personnes dans des « grilles » préparées à l'avance, estimant que le comportement et la personnalité sont en perpétuelle évolution et dépendent largement de l'environnement — du *champ* — notamment de l'interaction avec le psychothérapeute et de son regard spécifique. Chacun est considéré comme une personne originale, unique et libre, susceptible de modification permanente. Cette position idéologique souligne la spécificité et la responsabilité de chaque *sujet* et le prémunit contre sa réduction en *objet* de diagnostic d'un tiers « supposé savoir ».

De même, un élève peut être considéré par un de ses professeurs comme particulièrement dissipé, voire insolent, tandis qu'un autre professeur le considère comme très éveillé, toujours curieux d'apprendre, plein d'initiative et d'autonomie.

Tel client peut sembler méfiant et paranoïaque à l'un, tandis qu'un autre psychothérapeute le jugera prudent et avisé.

RESTER SOI-MÊME, DERRIÈRE « LES GRILLES »

Cependant, cette position théorique, fort sympathique au demeurant, ne tient pas la route dès qu'on a affaire à des troubles avérés : les nombreuses expériences de jugements comparatifs sur les mêmes patients, à partir de grilles classiques, telles que le DSM-IV ou CIM-10¹, montrent, bien au contraire, une corrélation satisfaisante entre les diagnostics de plusieurs juges indépendants, et l'expérience confirme que, malgré l'immense diversité des profils individuels et leurs variations selon les circonstances, les maladies psychiques existent bel et bien, et peuvent être décrites en termes relativement objectifs — au même titre que la plupart des maladies physiques.

Un malade atteint de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) qui se lave les mains jusqu'à cent fois par jour, un paranoïaque délirant qui se croit suivi dans la rue et agresse le conducteur de la voiture qui le suit, le bipolaire en phase maniaque qui interpelle les passants et leur fait des propositions, l'autiste qui ne réagit pas à l'appel de son nom... ne peuvent être raisonnablement considérés comme « normaux », en interaction spécifique provisoire avec un environnement donné !

Bien entendu, les cas courants en psychothérapie libérale sont généralement moins « typés », mais ces exemples limites soulignent, de manière indiscutable, la réalité des troubles mentaux.

Pour nous prémunir contre les dangers d'une « étiquette » trop rapide, simpliste et indélébile, nous avons proposé par ailleurs, l'établissement d'un profil personnalisé et provisoire sur une « Roue de la personnalité² ». Cette procédure évite de classer un client dans une catégorie déterminée (« c'est un paranoïaque ») : on repère plutôt, pour chacun, une série de *traits de personnalité*, plus ou moins accentués et l'on obtient un « profil » individuel nuancé, à multiples facettes, modulable tout au long de la thérapie : « Il présente des traits paranoïaques accentués, mais aussi des traits hystériques et séducteurs qui camouflent sa rigidité, sur un fond *borderline*, avec propension aux passages à l'acte. » Le schéma

1. DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual*, 4^e révision, publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA) en 1996. Recueil statistique des troubles mentaux, à partir de leurs symptômes, sans *a priori* théorique. CIM-10 : 10^e révision de la Classification internationale des maladies, établie par l'OMS, en 2006.

2. Voir p.114 et Ginger S. (1995). *La Gestalt, l'art du contact*, Paris, Marabout, coll. « Guide de poche », 9^e éd., 2007, chap. 10 : « Le profil de notre personnalité », p. 173-190 ; et plus loin, le chap. 11, p.114. Voir aussi Deshays C. (1998). *La Boussole des personnalités*, documents EPG et Ginger S. (2006). *Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues*, Paris, Dunod.

obtenu souligne aussi les *polarités* opposées, à équilibrer le cas échéant, et s'avère un guide pratique pour une stratégie thérapeutique.

À QUOI SERT LE DIAGNOSTIC ?

Son utilité première est une hypothèse d'appréciation sur la difficulté du cas : pourrai-je faire face aux problèmes qui risquent de survenir, et accompagner efficacement mon client ?

Quelques contre-indications pour un débutant : les suicidaires, les *borderlines* et les paranoïaques. En cas de doute, un entretien avec son superviseur s'impose.

Le diagnostic pourra servir aussi à un partage éventuel avec d'autres professionnels (médecins, psychologues, institutions), ainsi qu'avec le client lui-même, le cas échéant, souvent inquiet des mots techniques qui désignent ses troubles.

DÉPRESSIFS CHRONIQUES ET SUICIDAIRES

Pour un psychothérapeute débutant, quoi de plus déstabilisant que d'avoir à affronter, dès son premier client, une tentative de suicide (voire un suicide réussi) ? On sait qu'en France le taux de mortalité par suicide est de vingt pour dix mille habitants, soit un taux relativement élevé par rapport aux autres pays occidentaux. Les *tentatives* de suicide sont quinze fois plus fréquentes que les *décès*, leur nombre se situant entre cent cinquante mille et deux cent mille par an (voir chapitre 8).

Par conséquent, en début de pratique, mieux vaut s'abstenir de prendre en charge un client que de vivre dans l'angoisse d'un accident ou d'un échec. En cas de doute, ne pas hésiter à poser la question directement au client (« Avez-vous parfois songé à vous suicider ? »), dès le premier ou le second entretien, avant de s'engager dans une thérapie, et l'orienter vers un psychothérapeute expérimenté, voire vers un psychiatre — qui pourra prescrire, le cas échéant, un traitement médicamenteux concomitant, notamment pour les cas de dépression grave ou de troubles bipolaires.

BORDERLINES

En fait, les personnalités dépressives ne sont pas les seules à se suicider : les personnalités-limites ou *borderlines*, sont caractérisées notamment par des passages à l'acte impulsifs, agressifs ou auto-agressifs, émergeant brusquement en cas de contrariété ou de déception, amoureuse ou professionnelle. De plus, elles interrompent fréquemment leur thérapie, sans avertissement, et critiquent volontiers leur psychothérapeute publiquement — après l'avoir encensé — ce qui ne favorise pas le développement d'une clientèle, ni le minimum de confiance en soi, nécessaire aux débutants !

Enfin, ils peuvent être à l'origine d'incidents, préjudiciables à la bonne réputation de celui qui s'installe. En voici un exemple spectaculaire — heureusement exceptionnel !

Une jeune psychothérapeute venait de s'installer, après de longues recherches, dans un studio au 6^e étage d'un immeuble. Une de ses clients *borderline*, dans un accès de rage pendant une séance, s'empare d'un vase de fleurs et le balance par la fenêtre ! Ce dernier s'écrase avec fracas dans la cour centrale de l'immeuble et explose au sol, précipitant de nombreux locataires sur leur balcon. Par chance, personne ne passait alors dans la cour, mais le scandale fut tel que la psychothérapeute — qui n'avait pas explicitement déclaré son type d'activité — dut déménager rapidement, sous la pression des colocataires, qui refusaient de devenir « la cible de fous » !...

Pas trop de *borderline* donc, en début d'exercice, si vous préférez éviter des incidents publics !

Mais comment les repérer dès le, ou les, premiers entretiens ? Quelques signes peuvent donner l'alerte :

- nombreux changements de partenaires, de résidence ou de travail dans le récit de sa vie ;
- épisodes de dépendance (alcool, drogues, boulimie) ;
- plusieurs accidents (ou tentatives de suicide) ;
- discours volubile avec de fréquents passages « du coq à l'âne », changements inattendus de thème, de rythme ou d'humeur ;
- investissement immodéré du psychothérapeute : « J'ai déjà vu plusieurs thérapeutes : vous êtes ma dernière chance. »

... Ce n'est pas le lieu de développer ici des notions de base de psychopathologie, mais il est clair que le psychothérapeute débutant doit approfondir les connaissances pratiques de psychopathologie appliquée

acquises durant sa formation et bénéficier d'emblée de conseils de son superviseur : psychopathologie et supervision, il s'agit de deux investissements importants, en finances et en temps, mais « l'assurance ne coûte cher qu'avant l'accident ! »

PARANOÏAQUES

Ceux-là aussi sont parfois difficiles à repérer de prime abord. En pratique, peu d'entre eux sollicitent spontanément une thérapie individuelle !... Mais certains succombent à la pression de leur entourage. Attention à ne pas considérer comme paranoïaque le client prudent et avisé, qui demande à s'informer avant de s'engager et s'estime, à juste titre, en droit de s'entourer d'un minimum de garanties : à ce sujet, la Charte mondiale de l'usager en psychothérapie¹ (2002) encourage le client potentiel à s'informer sur la méthode pratiquée par le psychothérapeute, sur ses certificats et diplômes, son affiliation à un organisme doté d'un code de déontologie. Le praticien devra donc se garder d'un excès de méfiance face à de telles questions — rendues indispensables par de trop nombreux abus — et ne pas projeter ses propres traits paranoïaques sur son interlocuteur !

On sera cependant attentif à la *forme* des questions : demande d'informations claires et objectives ou méfiance agressive ; simples questions ou enquête approfondie, assortie de demande de « preuves ». On se méfiera aussi des clients qui se plaignent de leurs thérapeutes précédents « qui ont abusé de leur confiance », ou qui négocient exagérément les horaires de rendez-vous ou les honoraires, avec des justifications trop nombreuses. Mieux vaut éviter de s'engager avec un paranoïaque que d'avoir à s'en débarrasser par la suite, au prix de plaintes, critiques, voire de poursuites.

Mais alors, qui reste-t-il ? Si l'on refuse les suicidaires, les *borderlines* et les paranos, ne risque-t-on pas de perdre une partie de ses premiers clients potentiels ? Peut-être, mais c'est « reculer pour mieux sauter » et ne pas « démarrer du pied gauche » !

Rassurez-vous : il reste bien des cas courants qui permettront de « mettre la main à la pâte » ou « le pied à l'étrier » :

- les dépressions légères, ou réactionnelles à une séparation, à un deuil, au chômage, au départ en retraite ;

1. Voir *Annexes*, p.182.

- les conflits familiaux (parents abusifs et surprotecteurs, ou, au contraire, rejetants, violents ou... violeurs, etc.)
- les difficultés conjugales et sexuelles courantes (anaphrodisie¹, différence de rythme) ;
- les problèmes professionnels (peur de prendre la parole en groupe, jalousie, harcèlement, réorientation) ;
- les phobies (agoraphobie, éreutophobie², etc). Plusieurs de ces problèmes psychosociaux pourront d'ailleurs être volontiers abordés en petit groupe³.

LES MOTIVATIONS ALLÉGUÉES

Bien entendu, on ne se contentera pas toujours des motivations *conscientes* ou des prétextes élaborés du client pour venir consulter. De nombreux dysfonctionnements apparaîtront souvent, derrière la façade, par la suite, parfois plusieurs mois plus tard seulement.

Ainsi, une enseignante vient me voir pour ses problèmes d'autorité en classe : « J'ai beaucoup de mal à me faire respecter. » Ce n'est que trois mois plus tard qu'elle me précise, en rougissant : « Je crois bien que je ne vous ai pas précisé que j'enseignais dans une école privée... et que je suis bonne sœur, en civil. » De fil en aiguille, j'apprendrai qu'elle est supérieure d'un couvent et chargée de la formation des novices. Puis, après plusieurs mois encore de thérapie régulière, qu'elle a « tendance à préférer certains élèves, de les prendre, en quelque sorte, comme chouchoutes »... Au bout d'une année, la véritable cause de sa demande de thérapie apparaît enfin : non seulement, elle a des « chouchoutes », mais elle entretient des relations homosexuelles avec elles, très investies et très culpabilisées. Il aura fallu des dizaines de séances avant qu'elle ne me dévoile, peu à peu, son passé homosexuel à l'adolescence et ses fréquentes pulsions incoercibles actuelles. Les « difficultés pédagogiques » annoncées ont alors cédé la place à des troubles profonds de l'identité sexuelle et sociale — qui l'avaient d'ailleurs poussée vers la vie religieuse.

1. Anaphrodisie : absence de désir.

2. Éreutophobie : peur de rougir en public.

3. Voir plus loin, chapitre 12.

DEUX THÉRAPIES PARALLÈLES ?

Il arrive assez fréquemment qu'un client se présente pour une thérapie humaniste ou psychocorporelle alors qu'il est déjà en psychothérapie par ailleurs — le plus souvent en psychanalyse ou psychothérapie analytique, depuis plusieurs années, avec le sentiment que « rien ne bouge ».

Généralement, nous restons réservés : « Avez-vous parlé de votre projet avec votre psychothérapeute ? Avez-vous l'intention d'arrêter votre analyse ou de mener deux démarches parallèles ? » Deux psychothérapies individuelles menées de front risquent, en effet, de se contrarier plutôt que de se compléter : comment va se gérer le transfert ? Le client saura-t-il toujours, au juste, ce qu'il a raconté — ou évité de dire — à l'un ou à l'autre ? Comment avoir une vue d'ensemble de la situation ? Risque de clivage entre différents versants de la personnalité : intellectuel ou verbal, émotionnel ou corporel, passé et présent, etc.

Par contre, nous acceptons, le cas échéant, d'entreprendre une thérapie *en groupe* avec quelqu'un qui est déjà en psychothérapie — ou psychanalyse — *individuelle*, mais à la condition que l'un et l'autre psychothérapeute soient d'accord. Il convient de sensibiliser le client à l'importance d'informer chacun des praticiens des événements principaux de la thérapie parallèle. Dans une telle situation, les enjeux transférentiels sont plus facilement décodables et le *setting* très différent permettra souvent d'expérimenter ou approfondir diverses facettes de la personnalité. Ainsi par exemple, celui qui se sent timide ou rejeté pourra analyser plus facilement en groupe, la réalité et le mécanisme de ces situations, et tenter de faire la part de l'intrapsychique et de l'interpsychique.

LES MÉDICAMENTS

Il n'est pas rare que le client soit déjà en traitement médicamenteux : antidépresseurs, anxiolytiques, voire neuroleptiques (ou antipsychotiques). Il va de soi que le psychothérapeute non médecin n'a nul droit de se prononcer sur le bien-fondé d'un tel traitement, même s'il arrive qu'il soit réservé, au fond de lui-même, sur certains d'entre eux. Il convient de savoir que beaucoup de ces prescriptions ont été faites en quelques

minutes par un médecin généraliste non spécialisé, et sur la demande, souvent explicite, du patient lui-même¹.

De même, on sait que l'observance des traitements (ou « compliance ») par les patients est proche de 50 %, et qu'ainsi la moitié d'entre eux décident par eux-mêmes d'arrêter un traitement, sans en parler à leur médecin traitant. Il en est ainsi particulièrement des antidépresseurs : soit, le patient se sent mieux et il arrête, soit il ne perçoit aucun changement... et il arrête ! Il importe d'être vigilant à ne pas apporter un soutien complice, même passif, à ce type d'initiative : en effet, l'interruption brutale de certains médicaments, tels le Prozac, par exemple, n'est pas sans danger. La perturbation d'équilibre des neurotransmetteurs (ici, la sérotonine et la dopamine) peut pousser à un suicide ou à des actes agressifs, notamment chez les adolescents (dont le lobe frontal est encore immature). Le traitement doit être arrêté de manière très progressive, sur plusieurs semaines. En tout état de cause, toute modification de posologie doit être surveillée par un médecin, si possible psychiatre.

Le rôle du psychothérapeute n'est pas négligeable pour autant : c'est lui qui voit le patient régulièrement, et qui a souvent droit à ses confidences. Il peut donc lui suggérer de retourner voir son médecin, et surtout d'aller consulter un confrère spécialisé... et favorable au principe d'une psychothérapie.

Tout psychothérapeute devrait disposer d'une ou deux *adresses de psychiatres* disponibles et ouverts — avec qui il aura établi une collaboration régulière et confiante, avec échange de quelques informations, au titre du secret professionnel partagé. Le médecin pourra préciser un diagnostic complexe, et surtout prescrire un traitement, voire une hospitalisation en cas de besoin (risque de suicide, décompensation grave, etc.). Inversement, il pourra envoyer chez le psychothérapeute qu'il connaît et apprécie, des patients nécessitant un suivi régulier — qu'il n'est pas à même de proposer.

1. « L'usager dicte sa prescription au médecin dans 57 % des cas », in *Rapport Zarifian* au Premier ministre (1996) — où l'on apprend que les psychotropes sont prescrits à 83 % par des généralistes, après un temps moyen de consultation de quelques minutes. Ces médicaments seront ensuite consommés pendant une moyenne de sept ans et demi... alors que la loi les limite à trois mois ! Cela du fait d'une dépendance, entraînant des prescriptions successives par divers praticiens. Dans la moitié des cas, le prescripteur n'est pas celui qui a initié le traitement. On y lit aussi qu'en France, on prescrit cinq fois plus de tranquillisants qu'en Allemagne et huit fois plus qu'en Angleterre.

La situation reste très voisine si le psychothérapeute est lui-même médecin, puisqu'il est déconseillé que la même personne assume ces deux fonctions très différentes : prescrire une ordonnance (un « ordre ») dans une position hiérarchique, et offrir une écoute responsabilisante, dans un dialogue *herméneutique*¹ de recherche en commun. Le psychothérapeute médecin s'adressera donc généralement à un de ses collègues, pour toute prescription médicamenteuse.

1. *Herméneutique* : qui cherche à découvrir le sens caché.

Chapitre 4

SE DÉCLARER ET SE FAIRE CONNAÎTRE

1, 2, 3... C'EST PARTI !

Le premier client est forcément surinvesti : chaque échec comme chaque succès est survalorisé. On y pense souvent tout au long de la semaine : on attend le rendez-vous suivant avec impatience, mêlée d'une certaine anxiété. Viendra-t-il ? Fera-t-il des remarques sur la séance précédente ? Apportera-t-il des problèmes nouveaux embarrassants ?

On se souvient souvent des débuts de sa propre thérapie et l'on s'identifie volontiers à ce client, en partie semblable, en partie si différent.

Et que dire à mon superviseur : lui montrer que je m'en sors bien ? lui faire part de mes doutes ? avouer mes erreurs ? Que pensera-t-il de moi, et surtout que penseront les collègues plus avancés du groupe de supervision ?

Il n'est pas souhaitable que le psychothérapeute s'en tienne trop longtemps à ce seul premier client : il risquerait de prendre d'emblée des habitudes inappropriées, alors que ses interventions, attentivement élaborées et analysées, sont en réalité, spécifiques à ce client. S'il rencontre des difficultés, il risque de se décourager (« Je n'étais pas prêt »)

ou de s'installer dans l'anxiété chronique. Si tout semble « baigner dans l'huile », il risque de se laisser aller à ses intuitions, sans les remettre constamment en question. *Gare au premier pli* — qui laisse souvent des traces, comme un premier amour ou un premier échec...

Nous conseillons généralement de rechercher rapidement un deuxième client, si possible, différent (en sexe, âge, profession, troubles...). Donc, « recruté » de préférence par une autre filière. Mais alors, on sera tenté de les comparer sans cesse :

Fred est silencieux et réservé, tandis qu'Émilie parle sans cesse et pleure à la moindre occasion. Elle accepte avec enthousiasme toutes les propositions de Bruno, tandis que Fred les conteste systématiquement, n'en voyant pas l'intérêt.

Que faire pour le rendre plus coopérant ? Comment lui faire comprendre que la thérapie n'est pas une simple réflexion, ni la ratiocination perpétuelle d'un passé révolu ? Bruno lui répète pourtant à chaque séance que la compréhension et l'analyse ne suffisent pas pour changer, mais Fred a besoin de trouver les « causes profondes » de ses difficultés et de sa solitude chronique : il est convaincu que c'est « sûrement parce qu'il était fils unique et que sa mère était phobique et surprotectrice, qu'il n'a jamais eu de camarades et s'est réfugié très vite auprès de son ordinateur ». Il est d'ailleurs devenu informaticien... mais il vit toujours seul et « n'a jamais eu l'occasion de trouver une compagne ». Sa mère estime aujourd'hui qu'il est en âge de se marier, mais Fred « n'a pas le temps ni le goût de fréquenter des boîtes » et « aucune fille ne lui a fait des propositions ». Bruno, psychothérapeute-éducateur, est convaincu, sans rien en dire, qu'il faudrait aider Fred à se socialiser et qu'une vie de couple serait un facteur d'épanouissement...

Par ailleurs, Émilie lui conte chaque semaine, en pleurant, ses déboires avec son compagnon : « Il n'a aucun égard pour moi. Il rentre de son travail, lassé et mutique, et se plonge dans la lecture du journal ; puis il sort retrouver des copains pour une partie de cartes — qui s'éternise tard dans la soirée. Moi, je l'attends bêtement, alors que j'étais tellement plus heureuse et moins solitaire, avant de m'installer avec lui : je sortais souvent m'amuser, danser, j'avais tout un groupe d'amies, mais il ne veut pas les voir... » Au fond de lui-même, Bruno, le psychothérapeute-éducateur, imagine encore, de manière préconsciente, qu'il pourra aider progressivement Émilie à transformer le comportement de son compagnon, à goûter les joies et la richesse du couple — comme cela a été le cas pour Bruno lui-même.

Bruno sait pourtant qu'ici, il est psychothérapeute ; il sait que les gens sont tous différents ; il sait qu'il doit respecter la personnalité de chacun... Mais il n'est pas conscient du fait que les normes sociales l'ont imprégné à ce point, à son insu. Il compare ses deux premiers clients et il se désole,

même si son optimiste foncier lui fait espérer que l'un et l'autre évoluent « dans le bon sens ».

Un troisième client viendra faire rupture avec les problèmes sociaux et conjugaux des deux premiers : il s'agit, cette fois, d'un garçon de dix ans, dyslexique et anxieux. Bruno ne s'identifie pas à son jeune client... mais il se réjouit que son propre fils soit, quant à lui, un élève studieux et réfléchi. À nouveau, il se sent concerné, dans un « contre-transfert » complexe, mal élaboré.

Trois clients limitent la focalisation sur l'un et la comparaison des deux ; ils ouvrent à la diversité, même s'ils ne permettent pas encore la saine distance de « l'implication contrôlée », entre la « neutralité bienveillante » et l'implication excessive — où les émotions du psychothérapeute « empiètent » sur celles de son client.

Nous encourageons donc pour les débutants une « plongée » assez rapide, avec trois clients différents, puis une période de quelques mois pour « apprendre à nager » dans l'océan de la réalité, et non plus dans la piscine protégée d'un groupe de formation. Et nous insistons pour qu'ils suivent pendant plusieurs mois une supervision intensive avant d'accepter de nouveaux clients.

En effet, la réalité est complexe et l'on y retrouve rarement les cas types évoqués pendant les cours théoriques. Ainsi, la supervision se présente parfois comme une « anti-formation » et le jeune thérapeute doit souvent nuancer certains de ses acquis schématiques :

- on lui avait appris à encourager l'expression de l'émotion ... et voici qu'avec ce client, il lui faut sans cesse la limiter, car il s'y complaît manifestement, sur un mode hystérique !
- on l'avait formé à une écoute patiente, et voici qu'il lui faut souvent interrompre ce client logorrhéique, qui fuit ses émotions dans la parole ;
- il avait été séduit par la richesse des échanges psychocorporels, et voici un client qui reste sourd à tout ce qui n'est pas purement verbal.

Chaque cas est unique, chaque cas est une exception. La pratique effective ne correspond pas toujours à la théorie générale enseignée !

SE DÉCLARER

La première étape est donc une période d'*engagement* dans la pratique de la thérapie, avec *trois clients* (environ), suivis de près pendant quelques mois, sous la garantie de l'oreille attentive d'un *superviseur*.

Pour ne pas perturber d'emblée l'ensemble de l'emploi du temps du psychothérapeute débutant, il lui est suggéré, par exemple, de les recevoir tous les trois, le même soir de la semaine, et de s'habituer soi-même à un rythme régulier et assez soutenu, avec des moments « sacrés », auxquels on ne peut toucher : « Non ! Impossible ! Tous les mardis soirs, je reçois mes clients, de 19 à 22 heures. »

Dès que ce rythme est établi et que ce type de travail semble possible, il est temps de régulariser la situation — ce qui permettra au nouveau thérapeute de s'installer officiellement et d'entreprendre la publicité nécessaire.

Il pourra trouver une liste détaillée des démarches utiles, avec les adresses correspondantes, soit auprès de son école d'origine, soit auprès du Syndicat national des praticiens en psychothérapie¹, soit auprès de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse² ou encore, dans le n° 13 (juin 2006) de la revue *Somatothérapie* de la FF2S³.

Ces démarches administratives peuvent se résumer ainsi :

- choix du local (achat, location ou co-location, bail professionnel) ;
- statut juridique ;
- aide à la création d'entreprise (ACCRE) ;
- ASSEDIC (en cas d'allocation-chômage) ;
- publicité légale ;
- URSSAF ;
- retraite (de base et complémentaire, CIPAV, PERP) ;
- assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) et assistance juridique ;
- impôts et taxe professionnelle, TVA ;
- centre agréé de gestion.

Il existe plusieurs variantes de statut professionnel, et chacune présente des avantages et des inconvénients ; le choix dépendra de la fiscalité, des ressources et du volume d'activités de l'intéressé :

- micro-entreprise (bénéfices non commerciaux)/déclaration contrôlée ;

1. SNPPSy : 27 ruelles Archives, 75003 Paris. Tél. : 01 44 54 32 00 Fax : 01 44 54 32 01 E-mail : info@snpsy.org ; site : www.snpsy.org

2. FF2P : 2bis rue Scheffer, 75116 Paris. Tél. : 01 44 05 95 50 Fax : 01 47 04 36 86 E-mail : contact@ff2p.fr ; site : www.ff2p.fr

3. Revue *Somato* : EEPSSA, 67640 Lipsheim. Tél. : 03 88 68 56 54. E-mail : ascal.foucault@neuf.fr ou dr.meyer@eepssa.org ; site : www.eepssa.org

- salarié d'une association *ad hoc* ;
- salarié d'un organisme existant, privé ou public ;
- portage salarial¹ ;
- vacataire ;
- profession libérale ;
- assujétissement ou dispense de la TVA.

ME FAIRE CONNAÎTRE

Le moment est venu de me faire connaître afin d'augmenter graduellement ma clientèle, car tant que je travaillais provisoirement « au noir », il me fallait rester discret !

Les moyens sont nombreux et généralement complémentaires :

- la classique « tournée des médecins » est loin de s'avérer une panacée pour trouver de futurs clients, mais elle aide à s'affirmer dans son nouveau statut de psychothérapeute ;
- je signale mon installation, avec adresse et téléphone du cabinet, à mon institut de formation, à mes amis et collègues ;
- je fais imprimer une carte de visite, que je pourrai distribuer largement ;
- je prépare des tracts annonçant mon installation et précisant mon approche — sans me faire d'illusion sur le très faible rendement de ce type de publicité (de l'ordre d'un ou deux clients pour cent tracts distribués de manière « ciblée ») ;
- je téléphone pour solliciter un rendez-vous et laisser quelques documents, auprès de :
 - médecins généralistes, homéopathes, gynécologues, dermatologues, etc. ;
 - dispensaires publics et privés ;
 - pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, ...
 - services sociaux de la mairie, proviseurs des écoles publiques et privées ;

1. Aujourd'hui, plus de quinze mille personnes utilisent le « portage salarial » en France — qui permet au consultant ou au thérapeute de facturer ses entretiens ou interventions de formation sans avoir à créer une structure et surtout en conservant son statut de salarié. Le « porté » n'a plus qu'à trouver ses clients. Les déclarations à l'URSAFF, les démarches administratives, le calcul et le règlement de la TVA sont effectués par l'entreprise de portage. En général, la rémunération nette se situe entre 47 % et 50 % du montant facturé.

- associations d'éducation populaire, maisons de jeunes et de la culture ;
- prêtres, pasteurs, aumôniers ;
- librairies, magasins diététiques ou d'alimentation biologique, etc.
- je demande mon inscription sur les « pages jaunes » de l'annuaire (fort consultées — bien qu'elles soient essentiellement commerciales, et ne constituent donc, en aucun cas, une référence de compétence ou de qualité) ;
- je demande à figurer dans divers annuaires professionnels ;
- je publie des annonces dans des revues spécialisées ;
- j'ouvre un site *internet* ;
- j'organise des conférences publiques.

QUATRE CANAUX PARALLÈLES D'INFORMATION

En résumé — comme chaque fois qu'on veut faire connaître une information — il convient d'utiliser *parallèlement* quatre canaux *complémentaires* : individuels et collectifs, oraux et écrits, et cela notamment si, en plus de sessions individuelles, on envisage d'organiser des groupes ou des stages.

Tableau 4.1. Quatre canaux d'information

	Individuels	Collectifs
Oraux	téléphones, entretiens	réunions, conférences
Écrits	lettres ou <i>e-mail</i> personnels	tracts, affiches, circulaires, <i>e-mails</i> collectifs, site web

En pratique, selon son implantation, ses relations et son sens de l'initiative, il faut compter de deux à trois ans pour terminer son installation et établir une clientèle satisfaisante (soit entre vingt et trente-cinq clients en moyenne par semaine, pour un plein-temps de thérapies individuelles ; moins, si l'on réussit à mettre en place des groupes ou assurer parallèlement des formations ou des interventions en entreprise).

Chapitre 5

LES PREMIÈRES DIFFICULTÉS

À PEINE suis-je installé, les premières difficultés ne se font pas attendre !

MON CLIENT N'EST PAS VENU AU RENDEZ-VOUS FIXÉ

Pas d'excuse préalable ; pas de message d'explication *a posteriori*.

A-t-il déjà renoncé ? A-t-il oublié ce qui n'est pas encore devenu une habitude ?

Je suis contrarié et vaguement inquiet : aurait-il été hospitalisé après une tentative de suicide ?

Peut-être s'est-il tout simplement trompé de date ?

Après 48 heures de silence, j'ai besoin d'en avoir le cœur net : je décide donc de l'appeler. Mais vais-je tomber sur son conjoint — qui n'est peut-être pas au courant de sa démarche ? Si je l'appelle au bureau, comment vais-je me présenter ? Peut-être n'y est-il pas seul ? Suis-je trop intrusif ?

Finalement, je me résous à attendre le rendez-vous suivant (encore un avantage des rendez-vous à heure fixe)...

Et voici qu'il arrive, le plus naturellement du monde : « Je vous prie de m'excuser pour la dernière fois, mais j'étais très fatigué après une succession de rendez-vous et de réunions... Je n'ai pas rappelé pour ne pas vous déranger en cours d'entretien et j'ai horreur des répondeurs. Rassurez-vous, je vais vous payer cette séance manquée, comme nous en étions convenus.

Il n'exprime aucune culpabilité puisqu'il va payer sa place retenue. Dois-je lui souligner l'importance de la régularité des séances et la place centrale de la thérapie, en général, dans sa vie actuelle ? Manifestement, il ne l'a pas encore investie... ou bien, au contraire, il hésite déjà à s'impliquer trop vite ? De toute façon, nous allons reparler du sens profond de sa démarche, des hauts et des bas de toute thérapie, et de l'importance d'un engagement réel. Je lui glisserai que je l'ai attendu, que j'ai été surpris de n'avoir aucune nouvelle et que je me suis même fait un peu de souci. Je tiens à ce qu'il sache que ces rendez-vous ne sont pas anodins pour moi, que je pense à lui et me sens engagé, moi aussi.

Mireille est plus patiente. Le client ne vient pas : elle attend !...

Mais il ne vient pas non plus à sa séance suivante !

— Je vais donc l'appeler, en restant discrète... Je tombe sur un répondeur :

— Ici Mireille X... Je vous ai attendu la semaine dernière, et à nouveau, hier. Pourriez-vous me rappeler pour que nous fassions le point ?

Je crois que je n'ai pas été adroite : pourquoi avoir dit « Mireille » ? Si sa compagne tombe sur le message, elle peut penser à une petite amie clandestine !... D'autre part, je ne peux lui dire que je suis sa psychothérapeute : il n'a peut-être pas annoncé à sa compagne qu'il venait d'entreprendre une thérapie...

Un message met fin à mes interrogations, dès le lendemain.

— Excusez-moi, Madame, mais finalement, j'ai décidé d'arrêter ces entretiens ; je crois que je me suis trompé ; je suis toujours aussi fatigué et déprimé : je ne sens pas de différence depuis un mois. Les séances me tourmentent plus qu'elles ne me remontent le moral. En plus, je me rends compte que cela me coûte très cher. J'aurais dû vous prévenir, mais je ne savais comment vous l'expliquer. J'ai pensé que vous comprendriez. Désolé de ce changement d'avis... et merci encore pour votre disponibilité.

Je lui avais pourtant expliqué que l'arrêt de la thérapie impliquait un accord mutuel et un temps de préparation ; que les effets étaient souvent lents ; en plus, il me doit les deux dernières séances manquées... Mais que faire ? Si j'insiste, j'aurai l'air attachée à mes honoraires ! De toute façon, cela semble sans espoir : d'ailleurs « deux raisons valent moins qu'une » : il m'a dit, à la fois, être déçu et n'avoir pas d'argent. Est-ce ma faute si je n'ai pas su le mobiliser d'emblée ? Peut-être l'ai-je écouté trop passivement m'énumérer tous ses soucis ?

Je me console en songeant aux statistiques américaines : outre-Atlantique, on prétend que près de la moitié des clients abandonnent avant la huitième séance¹ !

« L'alliance thérapeutique » est parfois lente à s'établir. La confiance se mérite !

FAUT-IL RÉAGIR EN CAS D'ABSENCE ?

Bien entendu, cela dépend de la relation en cours avec chaque client. Mais, d'une manière générale, contrairement à la règle « d'abstinence » psychanalytique, nous ne sommes pas opposés à ce que le psychothérapeute *humaniste* se manifeste (après avoir attendu quelque peu un signe spontané). Un SMS ou une petite carte sont généralement moins intrusifs qu'un coup de fil. Le thérapeute marque ainsi son intérêt pour la personne du client. Il n'est pas « neutre », voire indifférent ; il est lui aussi, partie prenante dans la relation interhumaine qui se tisse ; il peut aussi soutenir exceptionnellement le client par téléphone, si nécessaire.

De même, en cas d'hospitalisation, il n'est pas exclu qu'il passe voir son client malade, à l'hôpital.

LE TUTOIEMENT

Cette relation humaine, chaleureuse et accueillante, n'est pas pour autant égalitaire ou amicale : elle demeure une relation *professionnelle* qui obéit à un cadre déterminé, même si les règles ne sont pas rigides, établies une fois pour toutes et pour tout le monde. Ainsi, on pourra se montrer plus proche de certains clients, les tutoyant éventuellement par la suite, ou les embrassant à leur arrivée ou lors de leur départ. Tout naturellement, lorsqu'on a travaillé *en groupe* avec un client, on pourra poursuivre en thérapie individuelle le tutoiement généralement pratiqué dans ce type de groupes.

En revanche, on hésitera à instaurer d'emblée le tutoiement en relation individuelle, afin de bien souligner la relation professionnelle et non l'échange amical. D'ailleurs beaucoup de personnes hésitent à tutoyer leur psychothérapeute, et l'asymétrie crée un sentiment ambivalent de dépendance.

1. Les rares statistiques françaises sont beaucoup plus optimistes.

On s'appellera souvent par le prénom, mais pas toujours. La *distance relationnelle* sera, en tout état de cause, discutée avec le client, voire analysée, puisqu'elle fait partie de son système relationnel, et que ce dernier constitue un axe important de toute psychothérapie humaniste ou « relationnelle » : relations aux parents, au conjoint, aux amis, aux enfants, relations sexuelles, relations professionnelles, relation à l'argent, relation au pouvoir, relation au psychothérapeute...

IL ME TÉLÉPHONE SANS ARRÊT

Je lui avais bien dit, lorsqu'il a quitté la séance : « Si cela ne va pas bien, n'hésitez pas à me téléphoner »... mais je ne pensais pas qu'il me prendrait au mot ! Depuis, il m'appelle chaque jour, et parfois même, tard le soir, lorsqu'il est dans une période d'angoisse !...

En réalité, cette suggestion du psychothérapeute répondait sans doute à sa propre inquiétude. En dehors d'un risque réel de suicide, il n'est pas recommandé d'accepter *a priori* des appels d'un client. Cela entretient un état de dépendance mutuelle, aliénant de part et d'autre, et cache un message impliqué : « Tu es fragile. » Mieux vaut, le cas échéant, prévoir deux séances par semaine. De toute manière, le psychothérapeute doit protéger sa vie privée et doit pouvoir se sentir « libéré » de ses clients, en dehors de ses heures de travail. Sinon, il ne tiendra pas longtemps et succombera au *burnout* professionnel !

En cas de besoin, il peut être utile, au moins, de fixer des créneaux horaires d'appel : par exemple, si l'on a pris l'habitude de recevoir ses clients toutes les heures, pour des séances de 45 à 50 minutes, on pourra suggérer, en cas d'urgence, des appels à « moins cinq ». Ainsi, on ne sera pas dérangé en pleine séance (pendant lesquelles il est recommandé de mettre le téléphone sur répondeur), ni le soir après le travail. De plus, les conversations seront limitées à cinq minutes, afin de ne pas empiéter sur le temps d'un autre client qui est supposé arriver. On évitera ainsi des similis séances par téléphone.

POURQUOI ET COMMENT REFUSER UN CLIENT ?

Lorsqu'on débute, il est préférable de ne pas s'encombrer d'un client trop difficile : cela ne rendrait service ni à l'un ni à l'autre. Il importe donc que chacun connaisse et accepte ses limites actuelles. Comme on

l'a déjà souligné, en cas d'hésitation sur le diagnostic et sur l'opportunité d'entreprendre une psychothérapie proprement dite, il est souhaitable de consulter son superviseur. Mais comment refuser sans porter préjudice au demandeur, déjà souvent anxieux ?

Les prétextes allégués peuvent être variés :

- Je ne suis pas certain d'être le mieux à même de vous accompagner dans la problématique que vous m'avez exposée... Je vous suggère de vous adresser, de ma part, à X... qui est plus spécialisé dans ce type de difficultés...
- Peut-être serait-il préférable que vous traitiez ce problème avec un collègue femme (ou l'inverse !) ?
- Je crains de ne pouvoir trouver un créneau disponible dans les horaires qui vous conviennent...

Il est inopportun de dire à un dépressif que l'on est inquiet, ou à un paranoïaque qu'on le craint !

Une autre raison de s'abstenir de prendre en charge un client — assez fréquente en province — peut tenir non au client lui-même mais à son environnement : ainsi on peut suivre déjà en psychothérapie (ou avoir suivi) un de ses proches (parent, ami ou partenaire sexuel, voisin, collègue ou patron) et se trouver de ce fait moins objectif, partiellement aliéné par des préjugés, voire « ligoté » dans un réseau complexe de relations officielles ou secrètes. La situation s'avère très différente de celle d'un médecin qui peut parfaitement suivre tous les membres d'une famille, des amants, des amis... ou des ennemis. Afin d'éviter de telles complications, on aura intérêt à s'informer au préalable : dès le premier appel téléphonique (« Qui vous a suggéré de me contacter ? ») et, au plus tard, à l'occasion du premier entretien.

LE PAIEMENT, LE CRÉDIT

Peut-on *exiger* d'être payé en espèces ? Certains psychanalystes développent une théorie selon laquelle seul ce mode de paiement implique réellement le client. Remplir un chèque serait abstrait, voire anodin : on ne « ressent » pas la valeur de la séance. Ces arguments sont fallacieux, et plusieurs études n'ont pas montré de différence d'implication selon le montant des séances, en espèces ou en chèques. D'ailleurs, la même somme est loin d'avoir la même valeur pour chacun ! En réalité, le client imagine plutôt que son thérapeute ne veut pas déclarer toutes ses recettes aux impôts... et cela crée un soupçon préjudiciable à la confiance

nécessaire pour le développement de l'alliance thérapeutique. De toute manière, la réglementation française interdit de refuser un chèque. Mieux vaut donc d'emblée, laisser le choix au client.

S'il paye en espèces, certains s'autorisent à ne pas tout déclarer aux impôts, et assurent que le fisc estime qu'un psychothérapeute en libéral dissimule, en moyenne, un tiers de ses revenus... et que le montant de l'impôt est calculé en conséquence !

Quel tarif pour les honoraires ? Pour le montant « de base », il convient de rester dans la moyenne pratiquée par les collègues *de l'endroit* (demander à son superviseur) ; trop bon marché suggère un débutant peu qualifié, et les clients ne se sentent pas pris au sérieux. Trop cher fait fuir aussi ! Il convient de se fixer un tarif de base « normal », et de consentir éventuellement des tarifs spéciaux aux personnes en difficultés économiques : étudiants, chômeurs, familles nombreuses ou monoparentales... mais avec parcimonie. Les gens apprécient peu le statut « d'assisté », et cela retarde leur conquête d'autonomie — l'un des objectifs de la thérapie. D'autre part, on sera parfois surpris de constater qu'une cliente à qui l'on a consenti des tarifs spéciaux part en vacances au Club Méditerranée, ou se présente à chaque séance avec des vêtements de marque...

Si l'on connaît déjà bien son client et qu'il éprouve des difficultés financières *passagères*, on pourra envisager un crédit, mais la dette aliène le client et le rendra souvent agressif plutôt que reconnaissant ! Le paiement sous forme de services rendus (secrétariat, rangements, etc.) pose souvent des problèmes aussi : il crée une relation parallèle à la relation thérapeutique, ce qui fausse cette dernière. Mieux vaut donc carrément consentir un rabais provisoire. On peut aussi envisager éventuellement une réduction de la durée des séances ou leur espacement.

Chapitre 6

CHASSE AUX IDÉES REÇUES

LA PSYCHOTHÉRAPIE ne vise évidemment pas à changer les événements, mais à changer le *regard* sur les événements. Elle ne transforme objectivement ni le passé, ni même le présent, mais permet une « ré-vision » subjective du présent comme du passé. On ne voit plus le verre à moitié vide, on le voit à moitié plein ! (cf. le « recadrage » en PNL, la « restructuration cognitive » en TCC, le scénario de vie en analyse transactionnelle, les « contre-valorisations » en psychologie de la motivation, etc.).

Nous vous proposons maintenant une petite promenade au hasard dans le jardin de notre quotidien, avec un regard neuf, sans *a priori*, pour découvrir de nouvelles facettes de notre décor familial, de certaines de nos idées reçues — et parfois « introjectées » sans remise en cause¹...

1. Voir aussi Ginger S., *Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues*, Paris, Dunod, 2006.

ARRACHER LES MAUVAISES HERBES...

Pour entretenir son jardin, il faut certes, arracher les mauvaises herbes et retirer la pierraille qui envahit les plates-bandes.

L'ennui est que les herbes repoussent inlassablement ! On a beau retirer les pierres, il en reste toujours : plus on creuse, plus on en trouve, la terre en est lardée !

Plutôt que de m'écorcher les doigts à gratter la terre, à la recherche des cailloux superflus, je ferais mieux de planter des fleurs... y compris sur la rocaille ! Arroser mes fleurs, plutôt que nettoyer éternellement le terrain...

Tel Sisyphe, nous cherchons sans trêve — mais sans espoir — à nous débarrasser de nos fardeaux, de nos faiblesses et de nos défauts, des souvenirs obsédants, des habitudes enracinées, des rêves fallacieux. Nous cherchons à purifier notre existence, à filtrer nos pensées, à élaguer notre comportement, pour atteindre un objectif idéalisé... et bien souvent, hors de notre portée : être heureux et léger, satisfait de nous-même et de notre environnement.

Si l'on a entrepris une psychothérapie, c'est généralement pour pallier une souffrance psychologique, une dépression, une angoisse, un manque, un traumatisme pesant. Quel n'est pas alors l'étonnement de nos clients lorsque nous leur signalons qu'ils peuvent aussi évoquer leurs joies et analyser leurs réussites, et interrompre pour un temps les lamentations qui ont été, bien souvent, à l'origine de leur consultation. Ils pensaient n'être là que pour parler sans cesse de leurs problèmes !

Analyser nos difficultés ne suffit pas toujours à les dissiper : cela peut même les entretenir et les dramatiser. Ratiociner sa dépression sur le divan, la nourrit plus que cela ne la tarit. En comprendre les causes lointaines ne suffit pas toujours à les effacer : « L'interprétation nourrit le symptôme », reconnaissait d'ailleurs lui-même le psychanalyste Jacques Lacan.

Si j'explique l'agressivité de David par ses conditions difficiles de survie durant les années de guerre, cela la justifie... sans l'apaiser : il est bien normal qu'il soit devenu agressif ; c'était même nécessaire ! Son comportement se trouve donc expliqué et justifié par le passé... mais nullement modifié pour autant !

Si je « comprends » que l'impuissance sexuelle de Christian peut avoir pour origine une surprotection de sa mère « castratrice », qui lui interdisait toute initiative, toute expérience nouvelle et toute prise de risque, accompagnée d'une identification à un père falot, écrasé sous l'autorité

de sa femme, alors je peux expliquer une telle impuissance — bien « normale » dans un tel environnement. Dans ce cas, l'analyse, même (et surtout) si elle s'avère partiellement exacte, n'aura fait que « nourrir le symptôme », l'entretenir au lieu de le guérir. De plus, Christian se sentira déresponsabilisé : il n'y est pour rien ; cela vient de ses parents !

Au lieu de tenter de comprendre la source des difficultés, analyser certains de ses succès s'avère souvent plus productif, et permet de les renouveler.

Là encore, entretenir et arroser ses fleurs s'avère plus gratifiant que nettoyer éternellement le terrain...

Non seulement, j'ai droit au bonheur, mais j'ai un *devoir de bonheur*... pour le rayonner autour de moi :

« Ce qu'on peut faire de plus pour ceux que l'on aime,
c'est encore d'être soi-même heureux »
(Alain, in *Propos sur le bonheur*, 1928¹).

STRUGGLE FOR LIFE

Le combat de la vie n'est pas une confrontation primitive et brutale de forces opposées où le plus fort gagne en écrasant le faible, où certaines pulsions l'emportent sur d'autres ; l'évolution est une adaptation réciproque permanente, où chacun s'ajuste en fonction des autres et du champ global de l'interaction.

Le « combat » psychothérapeutique pour l'équilibre personnel et l'harmonie s'apparente davantage aux arts martiaux orientaux : c'est un compromis de chaque instant entre la force, l'intelligence et l'ajustement à la réalité du moment. Ainsi en judo, si un adversaire plus puissant et plus lourd que moi, me pousse, je ne puis résister ; je vais plutôt exploiter sa force à mon propre avantage, et je vais le tirer vers moi, tout en m'esquivant pour le faire chuter : j'aurais ainsi ajouté mon poids au sien et utilisé les circonstances en les retournant à mon profit.

Il en est de même en psychothérapie : on ne peut toujours s'opposer aux événements de la vie, mais on peut inciter le client à chercher un angle de vue sous lequel il puisse en tirer un bénéfice. Mes parents me

1. Des sociologues avaient fait une large enquête auprès d'enfants de maternelle : les enfants devaient choisir ce qu'ils préféreraient entre plusieurs propositions très alléchantes pour des petits. Parmi elles, celle de « voir leurs parents heureux »... et ils choisirent celle-ci à 90 %. Il n'est donc pas égoïste d'être heureux !

délaissent ; quelle occasion pour développer mon autonomie. Elle m'a trompé ; interrogeons-nous sérieusement ensemble sur notre relation... Ce client m'énerve particulièrement ; j'exploite mon contre-transfert négatif pour mieux comprendre ce qui induit ses difficultés relationnelles habituelles, tout en analysant en supervision mes points de fragilité personnelle.

Toute difficulté, voire tout échec, devient ainsi une source d'enrichissement.

FAUT-IL « SOUFFRIR POUR ÊTRE BELLE »

On nous a inculqué l'idée que le bonheur se mérite, qu'il faut gagner le paradis à la sueur de son front. « On n'a rien sans peine ! » Nombreux sont les patients — voire les thérapeutes — qui sont convaincus qu'une « bonne » psychothérapie implique beaucoup de souffrances et de larmes. Cette notion de *rédemption par le sacrifice* est profondément enracinée dans l'âme humaine, depuis les civilisations primitives, et entretenue par bien des religions — voire par la psychanalyse. Il faut payer cher et longtemps pour obtenir beaucoup !

« Pas cher, pas bon ! » « Pas long, pas profond ! » Ce préjugé ne résiste pas à l'expérience : certains font de gros efforts prolongés en vain, tandis que « la chance » sourit d'emblée à d'autres... Certains sont malades sans l'avoir « mérité », tandis que d'autres jouissent d'une « insolente » bonne santé ! Certaines thérapies s'éternisent dans la douleur, tandis que d'autres sont rapidement efficaces, dans le plaisir. La Nature ignore la justice.

On peut être belle sans souffrir... et souffrir sans devenir belle !

L'ARGENT... C'EST DE L'OR !

Tout en valorisant l'argent (« payer cher son analyse pour qu'elle produise un effet profond »), notre éducation française nous a volontiers répété que « l'argent, c'est sale ! » Il faut s'en méfier. Il ne faut guère en parler, ne pas dire ce que l'on gagne ou ce que l'on possède. Contrairement à l'Américain qui en est fier, le Français est plutôt honteux d'être riche.

Freud a rattaché l'argent à l'analité, au besoin primitif d'accumuler... Alors, l'argent est-il de la « merde » ou de l'or ?

Quoi qu'il en soit, ce thème ne peut être négligé pendant une psychothérapie : il importe d'en parler ouvertement — ce qui implique que le psychothérapeute soit lui-même à l'aise avec ce thème. Or il n'est pas rare qu'il se demande si « sa » séance d'aujourd'hui valait bien ce qu'il a perçu ! La séance ne s'évalue pas au résultat immédiat : elle se paie au temps passé, et d'ailleurs, ce n'est pas « sa » séance, mais celle de son client ! La culpabilité du jeune thérapeute se traduit souvent par la « rage de guérir », l'impatience de constater des progrès, voire de les susciter. Mais à force de tirer sur la plante pour la faire pousser, on risque fort de l'arracher !

LES RACINES VIENNENT DE L'ARBRE !

Et puisque nous voici rendus au jardin, jetons un coup d'œil sur le saule vigoureux qui étire son abondant feuillage devant ma fenêtre. La croissance éperdue de ses branches foisonnantes qui caressent le gazon, me fascine chaque matin. Mais il y a aussi ce qui n'apparaît pas au regard : les racines souterraines qui s'étendent et s'approfondissent chaque jour, lui permettant de conserver son équilibre, parallèlement à l'extension de sa ramure. J'avais toujours pensé que l'arbre venait de ses racines... Et voici que je réalise, que parallèlement, les racines viennent de l'arbre : elles croissent chaque jour !

J'avais toujours pensé que l'effet provenait de sa cause, mais j'oublie que bien souvent, l'effet « produit » la cause ou, tout au moins, l'entretient : la tristesse provoque les larmes, mais les larmes induisent la tristesse. L'appétit me fait saliver, mais la salive aiguise mon appétit.

J'avais appris à l'école que les causes sont généralement *passées*, et voici que j'en découvre autant qui sont présentes... et plus encore qui sont *futures* ! Si je me couche tôt ce soir, ce peut être parce que je suis fatigué d'une journée passée, bien remplie ; mais ce peut être aussi bien parce que je tiens à me reposer, avant d'aborder une journée délicate, demain. La cause est alors future. Notre comportement, qu'il soit normal ou pathologique, est déterminé par des causes passées, mais aussi dicté par des objectifs futurs. Équipés pour le « tout-terrain » d'une vie chaotique, nous roulons en 4 × 4, poussés par le moteur arrière de notre histoire, et tirés par le moteur avant de nos projets, de nos désirs et de nos craintes. La psychothérapie doit permettre à la fois de débroussailler le passé et de tracer les sentiers de l'avenir, dans une heureuse synthèse d'archéologie et de prospective. Gardons-nous de tout enlisement *excessif* dans les marécages confus de la première enfance.

FAUT-IL TOUT COMPRENDRE ?

Un des buts de la psychothérapie est de mieux se connaître soi-même et de mieux comprendre les autres.

De là, à s'imaginer qu'il est bon de tout comprendre, il n'y a qu'un pas !

Or il n'est ni possible — ni souhaitable pour le psychothérapeute — de tout savoir, encore moins de tout comprendre ! L'illusion d'avoir compris rassure notre esprit, mais voile souvent la complexité de la réalité sous des hypothèses réductrices : la plupart des causes — comme des résultats — sont « polysémiques », avec diverses significations simultanées, à divers niveaux.

Si un enfant est dyslexique, cela est dû peut-être à une méthode globale d'apprentissage de la lecture, mais aussi au fait que ses parents ne l'ont pas assez accompagné de leur côté ; cela est dû à des raisons biologiques congénitales (une couche de neurones surnuméraires dans certaines zones de l'hémisphère droit), à un excès de production de testostérone de la mère durant la deuxième partie de la grossesse, et ainsi de suite : les *causes* sont multiples, parfois indépendantes, parfois interconnectées. Les *résultats* sont complexes, eux aussi, puisque parallèlement à sa dyslexie, il a développé des dons pour la musique et pour une perception intuitive de l'autre...

LE MYTHE DE LA TRANSPARENCE

Soit ! On ne peut tout comprendre, ni tout expliquer.

Mais, au moins, on peut tout dire. On m'a toujours enseigné les valeurs d'authenticité et de vérité. « Une faute avouée est à moitié pardonnée ». Voire... Encore une vision simpliste, héritée du catéchisme maternel de mes premières années. Combien de couples gâchés, voire détruits, par l'aveu naïf d'une aventure passagère¹ !

Amélie, 19 ans, téléphone à son ami. Son père la surprend et l'accable de questions : « Qui appelais-tu ? Depuis combien de temps le connais-tu ? Que faites-vous ensemble au juste ?... » Il s'agit d'un abus évident de pouvoir, d'un véritable viol de son intimité.

1. Voir aussi chapitre 13, p. 141.

Chacun a droit à son « jardin secret », dans un couple, dans la famille, mais aussi — quoi qu'on en pense — dans la thérapie.

Qui a décrété qu'il fallait *tout* dire ? La Nature n'est pas transparente : si l'on dénude les racines de l'arbre, il ne peut que s'écrouler ! Lorsque je regarde mon client, je ne vois ni son cœur, ni son estomac, et pas davantage ses pensées ou ses sentiments profonds...

Le psychothérapeute non plus n'est pas tenu de connaître toute la vérité. Il respecte l'autonomie du client, son libre choix de ne dévoiler que ce qu'il désire, lorsqu'il le désire, mais aussi de dissimuler délibérément... Au moins pour un temps.

Il n'est ni un juge, ni un détective.

LA RÈGLE ET L'EXCEPTION

Parfois, il est bon de parler ; parfois, il est préférable de se taire. Il n'y a pas de règle générale. La loi est faite pour servir l'homme, et non l'homme pour servir la loi.

Et puis, il n'y a pas de règle sans exception... à l'exception d'une seule — que voici : « Il n'y a pas de règle sans exception ! » Même une loi aussi générale que la gravitation universelle ne s'applique plus dans certaines conditions (vols spatiaux, etc.).

Que dire alors des règles, consignes ou suggestions étudiées pendant la formation du psychothérapeute ? En étant quelque peu provocateurs, nous pourrions aller jusqu'à dire qu'elles sont rarement valables ! En effet, les « cas types » n'existent pas dans la réalité : chaque cas est un cas particulier, concernant un client spécifique, à un moment donné de son itinéraire, dans un environnement original — dont le psychothérapeute, à ce moment précis de son propre itinéraire¹ !

« On ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve » (Héraclite).

Qui dit « toujours » se trompe toujours ! Ne dites jamais « jamais » !

Et pourtant les repères sont nécessaires, sur les chemins du territoire, comme dans les méandres de notre esprit et de notre cœur. Mais les détours, les imprévus, les exceptions sont les particularités qui pimentent l'itinéraire et nous permettent d'échapper à l'ennui et à la fadeur.

1. Il s'agit là de principes de base en Gestalt-thérapie.

Nous n'encourageons pas pour autant l'improvisation permanente et l'anarchie du psychothérapeute, mais plus simplement sa souplesse d'adaptation à tout moment et sa créativité en éveil. C'est bien ce qui transforme la science de la psychothérapie en art. Mais, si l'exception est nécessaire et salutaire, elle doit rester... une exception ! Concrètement, cela veut dire ne pas dépasser 5 % à 10 % des cas environ : 5 % à 10 % de génies ou de fous, 5 % à 10 % de chômeurs ou d'illettrés, 10 % d'absences aux cours ou aux séances de thérapie, 10 % de ruptures du contrat thérapeutique sans débat préalable... Au-delà, il convient de s'interroger.

L'HYPERTÉLIE

Ainsi, un conformisme excessif aux règles nuit à la richesse de la thérapie. Pas de règle et c'est l'anarchie ; trop de règles, et c'est la rigidité mortifère. « Le mieux est l'ennemi du bien. » Il en est ainsi dans tous les domaines : pas assez d'amour et les enfants risquent l'abandonnisme ou la délinquance ; trop d'amour, et c'est la surprotection aliénante, entraînant la dépendance ou la révolte¹. Pas assez de nourriture et c'est la maladie ; trop de nourriture, et c'est encore la maladie.

Tout progrès entraîne des déchets ; tout excès se retourne en son contraire : c'est la loi de « l'hypertélie » (du grec *hyper* et *télos* : le « but », l'« objectif visé »). La sexualité favorise l'épanouissement ; une sexualité débridée et c'est la perte d'identité. La liberté élargit nos possibles ; trop de liberté, et nous sommes perdus et anxieux. Le prototype traditionnel de l'hypertélie est fourni par les mammouths — dont les défenses recourbées se sont développées progressivement, et au lieu de les défendre, ont fini par les tuer, en leur perforant le crâne !

La prolifération cellulaire permet la croissance et la cicatrisation, mais son excès provoque le cancer et la mort.

Cette loi d'*hypertélie* est très générale, bien que rarement évoquée. Elle s'applique à la matière comme à l'esprit. Ainsi, par exemple, trop d'information tue l'information : on est noyé et on ne retient plus rien. Trop de psychothérapie, tue la psychothérapie : on devient dépendant de la thérapie ou du thérapeute, alors que l'objectif premier était l'autonomie et l'indépendance ! On rencontre ainsi des patients très « patients » qui poursuivent une psychothérapie ou une psychanalyse pendant dix ans ou vingt ans, dans une addiction pathologique, toute interruption les plongeant dans un *état de manque* insupportable.

1. Winnicott parle ainsi d'une mère « suffisamment bonne ».

De même, relater ses difficultés ou un traumatisme permet généralement de le « déposer » et de se sentir soulagé, alors que ressasser sans cesse son problème aboutit, au contraire, à le renforcer. Il en est ainsi du « débriefing » après un accident ou une catastrophe, consistant à raconter l'événement en détail aux sauveteurs : il apporte un soulagement à court terme, par le partage et le sentiment d'être écouté et compris ; mais trop répété, il incruste au contraire le traumatisme et renforce son engrammation cérébrale, aboutissant à l'effet contraire et renforçant *l'obsession* du drame. Voilà encore un exemple d'hypertélie thérapeutique.

Un autre exemple dramatique — qui a fait d'importants ravages aux États-Unis — est la recherche « zélée » d'abus sexuels subis pendant la première enfance. Les questions répétées du psychothérapeute finissent par induire des doutes, puis par inscrire, dans les couches profondes du cerveau, des événements supposés, des souvenirs approximatifs, voire totalement imaginaires, progressivement réélaborés. Le remède s'avère pire que le mal. Les recherches de laboratoire montrent qu'il existe bien peu de souvenirs « purs » : ils sont sans cesse remaniés inconsciemment, et l'on estime que *plus d'un tiers* des souvenirs sont finalement faux — surtout s'ils sont anciens !

L'INCONSCIENT NE CONNAÎT PAS LA GRAMMAIRE

L'inconscient fonctionne sur un mode *analogique* et non pas sur un mode logique. Il procède par associations et non par déductions. Il retient les images et les actions, les noms ou les verbes, et non les conjonctions ou les adverbes. Il ne connaît guère le négatif, le passé ou le futur. Comme un enfant spontané, l'inconscient vit dans le présent, sans trop distinguer le réel de l'imaginaire, le négatif du positif. L'inconscient ignore la grammaire ; il voit, il vit, il ressent... et il retient dans sa mémoire émotionnelle.

Lorsque je dis : « Ne pensez plus à votre grand-père », il entend « grand-père ». Si je dis : « Aviez-vous souvent des disputes lors de vos premières années de mariage ? », il entend : « disputes » et « mariage ». Attention donc à ne pas *induire* par des questions ou remarques maladroites, des inquiétudes, voire des convictions injustifiées qui risquent ensuite de « s'incruster » et de peser sur l'humeur ou le comportement. Les questions, parfois malencontreuses, sur des abus sexuels éventuels subis pendant la première enfance sont aujourd'hui prohibées dans plusieurs pays anglo-saxons. On se contente d'écouter, le cas échéant, les évocations *spontanées* du client, cela avec attention et avec prudence.

Chapitre 7

PSYCHOTHÉRAPIE ET SOCIÉTÉ

LA PSYCHOTHÉRAPIE, ÉMERGENCE DE NOTRE TEMPS

Comment se fait-il que la psychothérapie se répande d'année en année dans la plupart des pays dits civilisés¹ ?

Une enquête nationale de 2006, menée par l'institut national de sondages CSA, a montré qu'en France 8 % de la population adulte de plus de 15 ans (soit 5 millions de personnes) suivait — ou avait suivi — une psychothérapie ou une psychanalyse. Ce chiffre s'élevait à 5,2 % lors de l'enquête précédente, entreprise en 2001, à l'occasion des états généraux de la psychothérapie, auprès d'un échantillon représentatif de huit mille adultes, par l'Institut BVA, la Fédération française de psychothérapie (FF2P) et le magazine *Psychologies*, sous la responsabilité de Serge Ginger.

Pourquoi une telle augmentation — de plus de 50 % — en cinq ans seulement ?

1. Voir notamment « Psychothérapie, culture, société », n° 35, *Revue de psychologie de la motivation* (2003).

Il y a, tout d'abord, les circonstances locales : élaboration, à l'initiative du député Bernard Accoyer, d'une loi sur la protection du titre de psychothérapeute, qui a donné lieu à de longs débats parlementaires et à une centaine d'articles dans la grande presse, accompagnés de plus de vingt reportages et interviews sur de nombreuses chaînes télévisées, publiques et privées. Ces débats ont attiré l'attention de tous sur cette activité — qui se développait jusqu'alors discrètement, dans le secret des cabinets de spécialistes.

Mais on peut constater une augmentation parallèle du recours à la psychothérapie dans de nombreux pays occidentaux — avec un taux atteignant même 10 % dans certains pays comme l'Autriche ou les États-Unis, ainsi qu'une augmentation spectaculaire dans les pays de l'Europe de l'Est — où toute démarche psychothérapeutique était interdite par le régime soviétique, pendant des décennies.

De nombreuses explications psychosociologiques ont été avancées :

- élévation du niveau de vie matérielle, laissant plus de place aux soucis psychologiques, conformément à « la pyramide des besoins de Maslow » (1943) : lorsque les besoins élémentaires de la vie quotidienne présente sont assouvis (alimentation, toit, sécurité matérielle), émergent des besoins, puis des désirs, d'un nouvel ordre (appartenance, autonomie, responsabilité, avenir) ;
- urbanisation rapide, menant à l'éclatement de la famille traditionnelle : la cellule familiale se restreint progressivement ; les grands-parents n'habitent plus le foyer où ils assuraient souvent une modulation des conflits et une présence sécurisante auprès des jeunes, tandis qu'aujourd'hui les deux parents sont souvent absents (au travail, dans 85 % des familles) ;
- insécurité de l'emploi, source d'inquiétude et de chômage dévalorisant ;
- immigration dans des conditions précaires, profondément déstabilisantes ;
- libération sexuelle, liée notamment à la généralisation de la pilule et autres moyens contraceptifs, favorisant une instabilité des liens et une insécurité des couples (dont *plus de la moitié (55 %) divorcent* actuellement, dans la région parisienne) ;
- diminution des références religieuses qui permettaient souvent un accompagnement psychologique et spirituel individualisé et confidentiel (confession), un soutien moral sécurisant ;
- multiplication des sources d'information générale : la télévision nous inonde chaque soir de guerres, catastrophes et faits divers angoissants,

survenant dans tous les coins du globe, entretenant un sentiment diffus et permanent d'insécurité ou de culpabilité — nourri, par ailleurs, par l'abondance de films policiers et de films d'horreur ;

- multiplication des informations psychologiques : magazines « féminins », proposant des tests d'auto-analyse et des témoignages autobiographiques de « stars sur le divan », prolifération de sessions de développement personnel, cultivant une aspiration au « bonheur », parfois mythique ;
- développement de la mode du *coaching* dans les entreprises, débouchant souvent sur une remise en cause plus générale du mode de vie personnel et relationnel.

Quoi qu'il en soit, le besoin de soutien personnel et de sécurité s'avère de plus en plus prégnant face à l'angoisse et à la dépression — qui atteint en France, 10 % à 25 % des femmes, et 5 % à 12 % des hommes, à un moment ou l'autre de leur existence. La psychothérapie apparaît comme un nouvel espoir : elle se généralise et se démocratise. Elle n'est plus réservée aux « intellectuels bourgeois »... ou aux « fous » ! Elle n'est plus seulement un *dernier recours* en cas de souffrance mentale insupportable ; elle est devenue aussi un moyen de *prévention* et d'épanouissement personnel pour les bien-portants. « Ma méthode est trop bonne pour être réservée aux malades et aux fous », aimait à répéter Fritz Perls, le fondateur de la Gestalt-thérapie.

Mais alors comment distinguer la psychothérapie du « développement personnel », du *coaching*, de l'hygiène de vie, de l'éducation individuelle, familiale et sociale ?

THÉRAPIE OU CONSEIL ?

Bien des clients de nos cabinets viennent chercher un soutien, une écoute bienveillante, des conseils pour sortir de leur peine, aplanir leurs ennuis, voire pour « cultiver ou retrouver le bonheur ».

Comment le psychothérapeute peut-il répondre à cette demande, explicite ou implicite, sans tomber dans le « conseil » — le *counseling*, qui veut dire en anglais, tout aussi bien « donner des conseils » que « tenir conseil », réfléchir ensemble — comme dans un conseil municipal, paroissial ou familial ?

D'ailleurs, Freud ne se privait pas — surtout au début de sa pratique — de donner des suggestions, de conseiller des lectures, voire de prêter ses

propres ouvrages ; il proposait de nombreuses explications ou interprétations, et n'hésitait pas à proposer de l'aide, parfois même financière, à ses patients dans le besoin.

Aujourd'hui, psychanalystes et psychothérapeutes tentent, la plupart du temps, de se cantonner dans une certaine « neutralité bienveillante », écoute ouverte et tolérante, plus ou moins chaleureuse, mais dépourvue de tout conseil, de toute suggestion, de toute influence.

Béatrice vient consulter Anne — qui l'avait suivie déjà quelques années plus tôt : elle est enceinte d'une relation de passage et elle hésite à garder l'enfant. Le père a disparu ; elle n'a aucune situation, pas de domicile personnel ; elle est psychologiquement très fragile. Anne l'écoute très attentivement, et entend son désarroi. Elle n'a pas la moindre position arrêtée sur cette situation ambiguë : elle estime que Béatrice est peu à même d'élever seule un enfant de manière convenable, mais d'un autre côté, elle a dépassé les 40 ans et a peu de chance de rencontrer prochainement un partenaire sérieux, et de réaliser son vieux rêve de devenir un jour mère... Anne reste donc très neutre, tant dans ses convictions intimes que dans ses propos.

Quelques jours après trois entretiens successifs sur ce thème, Béatrice lui téléphone : « Vous allez être contente : j'ai décidé de le garder ! » Elle a projeté manifestement sur sa thérapeute une image maternelle traditionnelle, indépendante des échanges réels dans l'ici et maintenant de la séance.

La neutralité du psychothérapeute n'est pas toujours perçue comme telle ! De plus, elle n'est pas systématique. Il convient de respecter l'indépendance de chaque client, ses options personnelles, son idéologie philosophique, religieuse ou politique, ses hésitations, voire ses errements ou ses fantasmes semi-délirants d'autonomie ou de conquête, sexuelle ou sociale ; mais aussi son auto-dépréciation ou sa complaisance dans l'échec... Il convient de respecter certains de ses symptômes et de ses mécanismes de défense — longuement élaborés, à son insu, pour faire face, tant bien que mal, aux difficultés de son existence.

Faut-il pour autant l'accompagner inconsidérément dans une « acceptation inconditionnelle » — largement prônée par Carl Rogers — et le laisser ruminer inlassablement sa dépression, ou élaborer avec complaisance ses rêveries de grandeur ou de toute-puissance ?

Nous pensons, quant à nous, indispensable de pouvoir tout entendre... mais pas tout accepter ! *L'écoute n'est pas synonyme d'approbation !* Pourtant, ne jamais prendre position est volontiers interprété comme une prise de position : « Mon thérapeute est d'accord avec moi » — selon le vieil adage : « Qui ne dit mot, consent ! » En réalité, c'est respecter le client comme un véritable « partenaire » que de lui faire

part, le cas échéant, de notre ressenti ou de notre opinion, et non de le traiter comme un enfant, tellement suggestible qu'il ne saurait résister à notre point de vue, sans le moindre droit au partage, écrasé sous le poids d'une soumission transférentielle inconditionnelle à la parole du « Maître » ! Notre position rejoint ici partiellement celle développée dans ses nombreux ouvrages¹ par le célèbre psychothérapeute existentialiste américain Irvin Yalom — qui n'hésite pas à s'impliquer personnellement avec authenticité face à ses clients, relatant volontiers ses propres expériences, son vécu actuel et passé, ses hésitations et ses doutes.

Le client fragile (psychotique, dépressif, *borderline*...) a souvent besoin de s'appuyer sur son psychothérapeute et n'est pas toujours capable de tout décider par lui-même... Et s'il l'est, alors il pourra, le cas échéant, s'opposer à l'avis de son thérapeute ! Ainsi, dans les deux cas, je peux me risquer à partager une suggestion discrète : soit, il ne peut s'en passer et en a un urgent besoin, soit il est capable de s'y confronter et, dans un cas comme dans l'autre, il sera sécurisé par un cadre ferme, souple et chaleureux.

Il en est d'ailleurs, de même pour vous, lecteur de ces lignes : vous pouvez vous rallier à notre expérience et à ces propos, ou bien les remettre en cause : d'une manière comme de l'autre, ils vous invitent à la réflexion et n'ont pas d'autre prétention !

On ne peut échapper au phénomène d'influence² : l'important en est la prise de conscience régulière par chacun des protagonistes (client et psychothérapeute).

Il s'agit de n'être ni passif, ni directif : je ne suis ni dans l'attente interminable, ni dans la prise de décision, mais dans la vigilance permanente face aux nombreux chemins possibles, à tout instant de l'itinéraire. Je ne décide pas de quoi on va parler au cours de cette séance, et ne rappelle pas non plus une question, apparue en fin de la séance dernière : je laisse l'initiative à mon client, au lieu de le « traîner » le long de l'itinéraire imposé d'une « stratégie thérapeutique », même « logique », que j'ai moi-même élaborée.

Mais je puis utilement m'autoriser à relever des redites incessantes ou des évitements durables :

1. *Le Bourreau de l'amour ; Mensonges sur le divan ; Apprendre à mourir ; Et Nietzsche a pleuré*, Éd. Galaade.

2. Voir Roustang F., *Influence*, Paris, Éd. De Minuit, 1991 ; Julier C., *Propos sur l'influence en psychothérapie*, Documents EPG, 1997.

- « Il me semble que vous m'avez déjà fait part, à plusieurs reprises de cet épisode (ou de vos hésitations)... En quoi est-ce important pour vous d'y revenir aujourd'hui ? »
- « À ce propos, je me permets de vous faire remarquer que vous avez souvent parlé de votre mère, et que vous n'évoquez jamais votre père ».
- « Je remarque que vous me parlez souvent de vos sentiments envers Arnaud, et jamais de votre sexualité... »

Une attitude trop directive est manifestement une aliénation de la liberté du client, mais la « non-directivité » totale et permanente n'est pas, pour autant, une prescription générale, gravée dans le marbre !

Si mon client mijote une agression sexuelle pédophile ou rumine une tentative de suicide, je me dois, bien entendu, d'intervenir ! Dois-je réserver une attitude d'intervention uniquement pour de tels cas extrêmes ? Pourquoi ne pas m'interroger avec lui sur l'opportunité d'un changement de travail ou de résidence ? Mais aussi sur l'éventualité d'une séparation ? Où situer la limite entre l'intrusion et l'indifférence ? Entre la projection, la manipulation et la complicité passive ? Chaque client pose, à chaque instant, la question de l'opportunité de chacune de mes interventions, verbales ou non verbales, parmi lesquelles le silence ou l'impassibilité, silence mûrissant, d'intégration, de respect ou d'attention chaleureuse et non silence froid, indifférent ou angoissant. À tout moment, le psychothérapeute est riche de son expérience, de ses connaissances, de son intuition, de son ressenti : l'art prend le pas sur la science, et une supervision régulière me permettra d'évaluer mon attitude, dans le calme de l'après-coup. Ai-je parlé ou agi pour lui ou pour moi-même (projection ou contre-transfert, plus ou moins inconscient) ? Qu'aurais-je pu faire d'autre, à ce moment précis, avec ce client donné ? Et avec quel objectif explicite ou implicite ? Suis-je atteint de « la rage de guérir » ? Qu'ai-je besoin de prouver ?

La psychothérapie est souvent une exploration hésitante, avec de fréquents virages et des retours en arrière. Une évolution trop rapide s'avère même parfois suspecte : s'agit-il surtout de faire plaisir à son psychothérapeute ? Les progrès peuvent être superficiels et fragiles, et les brusques régressions, en « dents de scie », ne sont pas exceptionnelles — pouvant aller jusqu'à une tentative de suicide inattendue, au moment même où l'on se réjouissait des progrès — appel inconscient désespéré face à une angoisse d'abandon à l'approche de la fin de la thérapie.

Notre client avait pourtant fait des prises de conscience encourageantes et se montrait capable d'expliquer avec finesse son comportement actuel

et passé, à la grande satisfaction de son psychothérapeute... Mais *comprendre n'est pas guérir* : comme nous l'avons déjà plusieurs fois évoqué, l'explication peut justifier le symptôme et l'entretenir. De plus, l'analyse du passé, même lorsqu'elle s'avère exacte, ne suffit pas à déterminer l'avenir : « Une lanterne placée à l'arrière du véhicule, n'éclaire pas la marche en avant » (Lao-Tseu), et remuer sans cesse la vase du fond, ne permet pas à l'eau de s'éclaircir.

Gonzague Masquelier¹ distingue ainsi ce qu'il nomme les « thérapies de l'amont », qui recherchent le *pourquoi* ou le traumatisme initial (psychanalyse, cri primal, *rebirth*), les « thérapies de l'aval » qui laissent de côté les origines des blocages et cherchent à « libérer le comportement, à déboucher la rivière et nettoyer les berges » (TCC), et les « thérapies du courant », telles la Gestalt-thérapie, qui s'intéressent au *comment* coule la rivière, en se focalisant sur le *processus*.

1. Masquelier G. (1999). *La Gestalt-thérapie aujourd'hui. Vouloir sa vie*, Paris, Retz, 2^e éd., 2008.

Chapitre 8

AU FIL DE LA THÉRAPIE...

THÉRAPIES BRÈVES, THÉRAPIES DE SOUTIEN

La thérapie n'est pas toujours un sentier tortueux sans fin, sans issue apparente pour s'extraire de la forêt vierge des soucis quotidiens, de l'ombre pesante d'une souffrance diffuse et persistante. Ce n'est pas même une expédition par étapes successives, de clairière en clairière, ponctuée de sources rafraîchissantes. Ce peut être aussi un simple gué à traverser, un col à franchir pour découvrir de nouveaux vallons verdoyants, qui nous étaient provisoirement dissimulés par un obstacle naturel — dont la hauteur avait été exagérément surévaluée.

La pression culturelle de la psychanalyse, la surestimation de leur mission et le perfectionnisme culpabilisant de psychothérapeutes bien intentionnés ont développé l'idée, devenue courante, de traitements interminables jusqu'à l'obtention d'un équilibre mythique ou d'une sagesse à toute épreuve, susceptible de résister au pire tremblement de terre... D'où l'apparition de thérapies de plusieurs années, cinq ou dix ans, voire davantage !

Ce fantasme, assez répandu parmi les professionnels consciencieux et chevronnés, ne résiste pas à la froide réalité des statistiques : celles-ci montrent que, dans la pratique, 20 % seulement des psychothérapies

et psychanalyses dépassent trois années, alors que plus de *la moitié d'entre elles ne dépassent pas une année*, soit une quarantaine de séances hebdomadaires (compte tenu des périodes de vacances et des absences pour des motifs divers)¹. Oui, bien sûr, tous les problèmes n'ont pas été réglés et l'interruption est apparue, bien souvent, prématurée... Mais tels sont les faits, les faits « têtus », et cela dans tous les pays du monde !

L'interruption ou l'arrêt ont été motivés par la lassitude, les difficultés économiques, la pression de l'entourage, les circonstances de la vie (déménagement de l'un des protagonistes, par exemple), un départ en « passage à l'acte » après un moment douloureux, ou par toute autre raison triviale, souvent au grand dam du psychothérapeute, déçu de n'avoir pu mener sa tâche jusqu'à son terme idéal.

Mais quel est donc ce terme ?

Est-il l'illusoire espoir d'avoir aplani tous les soucis de l'existence et de l'avoir réduite ainsi à « un long fleuve tranquille »..., voire ennuyeux ? Est-il l'idée « contre nature » d'émousser les émotions et la souffrance, et d'accéder à une « sagesse » désincarnée ?

Ce terme n'est-il pas plutôt l'idée que s'était forgée le psychothérapeute sur les objectifs qu'il s'était *lui-même* fixés, consciemment ou pas — lui qui se targue généralement de ne surtout pas « désirer pour son client » !

Cela me rappelle cet homme entrant dans un magasin de vêtements pour s'acheter une cravate. Après en avoir comparé plusieurs, il s'entend proposer par le marchand « une chemise qui irait parfaitement avec cette cravate », puis une veste assortie, et enfin un complet « parfaitement à la mode »... Le client, entré libre, s'est transformé ainsi, à son insu, en « patient », soumis aux idées — voire aux intérêts — de son vendeur ! Ne devenons pas des zélés de notre passion personnelle, des inconditionnels de la psychothérapie pour tous et pour tout le temps. À chacun de manger selon sa faim du moment, et non selon le menu du restaurateur...

Certains consommateurs immodérés de psychothérapie se sont installés à jamais dans le confort douillet du cabinet, où ils ont enfin rencontré quelqu'un qui s'intéresse à eux, entièrement disponible à leurs misères comme à leurs rêves, « la seule personne à qui ils peuvent parler en toute liberté » — oubliant parfois qu'ils le paient pour cela ! Ils désirent préserver à tout prix cette relation unique, et ne sont pas conscients de leur addiction à cette pratique artificielle. Dans ces cas, non

1. Voir enquêtes nationales des instituts de sondage BVA (2001) et CSA (2006).

exceptionnels, il appartient au psychothérapeute de préparer le sevrage et une relève des relations « dans la vraie vie ».

Ainsi, dans la très forte majorité des cas (à l'exception de quelques cas graves qui ne peuvent évoluer sans l'appui d'un tuteur permanent), nous préférons des psychothérapies à durée limitée (de quelques mois à quelques années)¹ ; quitte à reprendre par la suite — et à plusieurs reprises si nécessaire — une ou plusieurs « tranches » de thérapie, à durée limitée, elles aussi. Cela, habituellement avec le même thérapeute, mais parfois avec un autre (pour freiner une éventuelle addiction ou apporter des éclairages complémentaires), voire même parfois dans une méthode différente, selon la spécificité des problèmes du moment (conflit, séparation, deuil, solitude, crises d'angoisse, retraite...).

LA FRÉQUENCE DES SÉANCES

De même, pour éviter l'accoutumance et la dépendance, nous préconisons généralement le rythme d'une séance (de 45 à 60 minutes) par semaine et cela, à jour et heure fixes. Ainsi, le client n'est pas coupé de sa vie réelle, de sa famille, de ses relations, de son travail, de ses loisirs. Il n'est pas clivé entre deux vies parallèles : l'une *externe et actuelle*, l'autre *interne* et en grande partie *passée, imaginaire ou à venir*. Nous nous écartons ainsi clairement de la posture psychanalytique traditionnelle, accordant délibérément une prééminence à la psychanalyse sur la vie sociale, et allant même jusqu'à « freiner toute décision importante pendant la durée de l'analyse ». Rappelons que Freud recevait chacun de ses patients *chaque jour*, et que ce rythme prégnant de cinq séances par semaine reste pratiqué dans certains pays anglo-saxons, afin de plonger volontairement le patient dans la « névrose de transfert », lui permettant de revivre intensément les relations et les fantasmes de sa première enfance. Ce n'est pas l'objectif premier des psychothérapies *humanistes* — où l'on préfère, au contraire, confronter la vie psychique interne aux aléas de la vie sociale actuelle et en analyser les interdépendances.

1. Certaines formes de thérapies brèves permettent des résultats sensibles et durables en quelques séances, parfois moins de dix — soit quelques semaines.

LA RÉGULARITÉ

La relation au psychothérapeute doit devenir une habitude, ancrée dans le quotidien : il s'agit d'un temps « sacré » que le client doit respecter à tout prix : « Non ! désolé ! Le jeudi à 18 heures, je ne suis *jamais* libre : c'est mon heure de thérapie. » L'horaire, fixe et régulier, doit devenir « réflexe » : il est l'un des repères de l'emploi du temps hebdomadaire.

Tout au long de la semaine, à de nombreuses reprises, le client se dit : « J'en parlerai à mon psychothérapeute *jeudi*. » Car la thérapie progresse autant *entre* les séances que *pendant* les séances, mais cela sous réserve que ces dernières soient programmées régulièrement.

C'est une des raisons qui nous font opter préférentiellement pour des séances *hebdomadaires* et non toutes les deux ou trois semaines. De même, les dates « flottantes », fixées au fur et à mesure, sont à éviter, sauf cas particuliers (déplacements professionnels inopinés, artistes en tournées, personnel navigant, voyageur de commerce, responsables politiques, emplois « postés », etc.). Elles ne permettent guère à la thérapie de s'enraciner dans le quotidien du client et d'en constituer un repère important, et la psychothérapie n'est plus qu'une occupation parmi d'autres, un rendez-vous soumis aux nombreux aléas de la vie.

Pour le psychothérapeute aussi, les rendez-vous fixes sont un repère structurant : « Cette après-midi, je reçois Marie la déprimée, puis Vincent le solitaire et enfin Nathalie, la *coach* surexcitée... » On peut tenter, si possible, d'équilibrer les journées pour éviter une longue succession de dépressifs épuisants ou plusieurs psychotiques délirants.

Si un imprévu a fait manquer une séance, la suivante est déjà fixée à l'avance, une fois pour toutes, et non déterminée au fur et à mesure, selon les aléas du client et du thérapeute. Lorsqu'un client manque son rendez-vous habituel, il doit le payer puisque sa place était réservée.

Cette ritualisation de la thérapie n'interdit pas quelques *rare*s exceptions, de part et d'autre : le praticien peut avoir à s'absenter pour un colloque, un congrès, un séminaire... ou pour ses vacances ; le client peut aussi être appelé à des déplacements professionnels ou personnels (fêtes familiales, etc.). En principe, ces absences devraient être prévues et notées longtemps à l'avance. Une absence signalée plus de huit jours à l'avance permet à chacun d'aménager son horaire hebdomadaire. Une absence signalée 48 heures à l'avance ne le permet généralement pas, et la séance reste due normalement, sauf cas de « force majeure », à négocier.

Quels sont donc ces cas de force majeure, imprévisibles ou inévitables : le décès d'un proche, une hospitalisation pour accident ou

maladie grave. Les maladies légères ou malaises passagers ne peuvent être définis et ouvrent la porte à des absences injustifiées pour « grippe diplomatique » ou fatigue psychosomatique. Elles sont volontiers des prétextes à des évitements dès que la psychothérapie atteint des zones délicates ou douloureuses, des gués à franchir, des buissons épineux à traverser... Un cas particulier à débattre est la maladie d'un enfant, lorsque personne n'est disponible pour s'en occuper.

Une grève des transports représente aussi un cas spécial. Cependant, si on l'admettait trop facilement comme excuse valable d'absence, cela reviendrait à pénaliser les psychothérapeutes unilatéralement, puisqu'ils risquent une chute de revenus importante, dont ils ne sont pas responsables.

À l'inverse, en situation d'urgence, crise psychologique ou événement imprévu, on pourra *ajouter* des séances complémentaires, voire en mettre en place provisoirement deux par semaine, pendant un certain laps de temps. On pourra aussi admettre — exceptionnellement — des *appels téléphoniques d'urgence*, mais normalement limités à des *créneaux horaires* déterminés à l'avance (par exemple, de 8 heures à 9 heures, de 13 heures à 14 heures ou de 19 heures à 20 heures...)

Une fois la thérapie terminée (ou, le cas échéant, la « tranche » actuelle), on pourra proposer diverses formules :

- un rendez-vous fixé préalablement, dans un mois, dans trois mois, dans six mois... sorte de « piqure de rappel » pour apprécier si l'équilibre atteint se maintient — sorte de bilan de la « non-thérapie » ;
- la possibilité de rendez-vous isolés, à *la demande*, pour faire le point, ou traiter un événement ponctuel ou une crise passagère (licenciement, séparation...) ;
- l'éventualité de la reprise d'une *tranche* régulière, pendant un temps limité, si le besoin s'en fait sentir.

LA FIN DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Dans tous les cas, la fin de la thérapie se doit d'être préparée tranquillement : envisagée à une date convenue d'avance — par exemple à l'occasion d'une période traditionnelle de congés : avant l'été, avant Noël, avant Pâques... Si la demande émane du client, on exigera, en tout état de cause, un minimum de deux ou trois *séances de clôture* : bilan général, liquidation des questions en cours, questions demeurant ouvertes, point sur la relation établie avec le psychothérapeute (relation

transférentielle et relation *actuelle*), ses projets à court et moyen terme... Ces conditions d'arrêt devraient d'ailleurs avoir été précisées *dès le contrat initial*.

En effet, tout arrêt brutal est préjudiciable : passage à l'acte impulsif d'évitement d'un problème délicat, évaluation trop optimiste d'un progrès partiel, agressivité non analysée envers le psychothérapeute, impatience ou déception face à des attentes disproportionnées... Une telle interruption inopinée constitue, en fait, bien souvent un réel *traumatisme*, conscient ou non, un « échec » qui pèsera lourdement sur l'équilibre intérieur, et sur la reprise ultérieure éventuelle d'une nouvelle tranche de thérapie.

Un arrêt brutal de la psychothérapie s'avère tout aussi dangereux que l'arrêt brutal d'un traitement psychotrope, qui *rompt soudain l'équilibre* biochimique obtenu (métabolisme des hormones et des neurotransmetteurs).

LES INCIDENTS DE PARCOURS

La psychothérapie est rarement linéaire : l'évolution se fait généralement en dents de scie, avec parfois, des périodes de *régression* : tendances dépressives devant la tâche à accomplir, anxiété à l'évocation d'un passé douloureux (qui avait été provisoirement enfoui), libération mal contrôlée de pulsions agressives ou sexuelles (provoquant des conflits conjugaux ou familiaux), dépendance excessive du psychothérapeute (inhibant toute initiative), désintérêt de la vie quotidienne (travail, scolarité, relations), au profit de la seule psychothérapie, etc.

Ces périodes de stagnation ou de régression préoccupent souvent les jeunes psychothérapeutes, d'autant qu'elles surviennent souvent à des moments inattendus, où justement des problèmes importants venaient d'être abordés, parfois de façon approfondie.

Ces aléas contribuent d'ailleurs à justifier une *supervision* régulière, non seulement en début d'exercice, mais *tout au long de la pratique professionnelle*.

PASSAGE À L'ACTE ET MISE EN ACTION

La psychothérapie peut être marquée aussi d'incidents mineurs plus *ponctuels*, tels que des *passages à l'acte* brusques, traduisant généralement une tension intérieure mal métabolisée ou insuffisamment traduite

en mots. Il convient de ne pas confondre, bien entendu, un « passage à l'acte » impulsif et incontrôlé — qui court-circuite la prise de conscience — avec une « mise en action » psychodramatique délibérée, qui vise, à l'inverse, une meilleure prise de conscience des mots évoqués.

Un exemple de passage à l'acte imprévu : un client, paranoïaque impulsif, furieux de se sentir cantonné par son patron dans des tâches subalternes, se lève soudain et frappe violemment du poing la porte du cabinet — symbolisant son « enfermement ». Son poing traverse la porte en contreplaqué... et reste coincé, sanguinolent, parmi les éclats du bois !

Rappel de la nécessité pour tout psychothérapeute d'être correctement assuré ! Même une chute accidentelle dans l'escalier peut lui être reprochée — sans parler de plaintes plus sérieuses pour traitement inadapté ou maladroit, n'ayant pu empêcher une tentative de suicide.

D'autres types de passages à l'acte moins violents ne sont pas rares : départ brusque en claquant la porte et sans payer, ou bien, au contraire, *refus de quitter le cabinet*.

Ainsi, par exemple, une cliente particulièrement anxieuse et revendicatrice, estime à la fin d'une séance, que son psychothérapeute, médecin, « n'a pas le droit de l'abandonner ainsi toute seule dans cet état », et refuse de s'en aller. Malgré les paroles rassurantes du thérapeute, puis une succession d'ordres de plus en plus formels, suivis de menaces, la patiente s'agrippe à son fauteuil et déclare : « Je ne sortirai pas d'ici : j'ai absolument besoin de votre présence et vous n'avez pas le droit de m'abandonner ; c'est de la non-assistance à personne en danger ! » Au bout d'une heure de tractations sans résultat, et malgré l'annonce d'une « urgence » par le praticien, les clients suivants commencent à s'impatienter dans la salle d'attente... Le psychothérapeute n'a d'autre recours que d'appeler la Police pour « violation de domicile ». Les trois policiers arrivés de suite, en uniforme, n'ont guère plus de succès et la patiente, déchaînée, mord jusqu'au sang une des policières qui tentait de la déloger de son siège. Cette dernière est paniquée à l'idée que la malade est peut-être atteinte du sida, et qu'elle vient de l'infecter !... (*sic* !)

Plus courant est le passage à l'acte banal d'une décision inopinée de *manquer la séance*, et cela sans avoir prévenu le thérapeute suffisamment à l'avance. Le contrat initial doit préciser le préavis minimal (généralement entre une semaine et 48 heures, selon les praticiens), au-dessous duquel la séance est due. Cette mesure exclut, bien entendu, les cas de force majeure — dont des exemples sont cités plus haut. En cas d'absence sans avertissement, le psychothérapeute doit rester disponible

à son cabinet (puisque son temps a été réservé et payé) et recevoir le client s'il arrive en retard, même de manière importante, sans dépasser pour autant la fin de la séance prévue, et empiéter ainsi sur le temps des clients suivants.

LE SUICIDE

L'incident redouté demeure, bien entendu, la tentative de suicide d'un client. Loin d'être réservée aux patients *déprimés* (50 % des suicides), elle peut survenir à l'occasion d'une déception ou désillusion, d'apparence relativement anodine pour le psychothérapeute : échec à un examen ou concours, rupture amoureuse, deuil ou séparation, annonce d'une maladie...

On sait que les tentatives de suicide sont *huit fois* plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, alors qu'à l'inverse, les suicides « réussis » sont deux à trois fois plus nombreux chez les hommes, les moyens utilisés étant souvent plus radicaux (arme à feu, pendaison, précipitation sous un train...), tandis que la femme (ou la jeune fille) a surtout recours aux médicaments et aux scarifications des veines.

10 % des suicidants décéderont un jour de suicide ; 20 % après deux tentatives de suicide, et 35 % après trois tentatives. L'immense majorité des suicides résultent de maladies mentales : 50 % des troubles dépressifs, 20 % de la schizophrénie, 15 % du trouble bipolaire, avec un risque majoré s'il y a association à un alcoolisme ou une toxicomanie.

Ce n'est pas le lieu ici d'entrer dans le détail des diverses motivations possibles — causes et objectifs — d'un suicide : simple appel à l'aide, chantage affectif, provocation, passage à l'acte d'une personnalité *borderline*, dépression profonde, décompensation psychotique, malaise identitaire majeur (les jeunes garçons homosexuels se suicident *quatorze fois* plus souvent que les hétérosexuels du même âge)...

Nous évoquerons plutôt quelques pistes de réflexion sur les conduites à tenir :

- tout d'abord, toute menace verbale de suicide doit être prise au sérieux, même si elle est allusive (« si je suis encore là... », « j'ai pensé faire une bêtise »...) ou qu'elle se présente comme une provocation ou du chantage. Parmi les personnes décédées par suite de suicide, 70 % avaient annoncé leur intention ;
- ne pas hésiter à *parler ouvertement du suicide* avec le client, sans périphrase ;

- en cas d'inquiétude, laisser son numéro de téléphone portable pour pouvoir être joint en urgence ;
- se souvenir qu'une menace réelle de suicide (tout comme une menace de meurtre) justifie la levée du secret professionnel, pour assistance à personne en danger. On peut donc, le cas échéant, prévenir un médecin, un service psychiatrique d'urgence, voire la famille ;
- se souvenir qu'une personne qui a déjà effectué une tentative de suicide, *récidive* dans 60 % à 50 % des cas, dans l'année qui suit.

Reste la question controversée du « contrat de non-suicide », fréquemment préconisé en analyse transactionnelle. En ce qui nous concerne, nous y sommes peu favorables : ce type de contrat sert davantage à rassurer *le psychothérapeute* que le client — qui peut le rompre justement dans une pulsion agressive contre son thérapeute qui l'a déçu.

Nous préférons une position paradoxale inverse : « Tu es responsable de ta vie. Tu es libre de décider de déménager plus loin... ou "ailleurs"... Mais puisque tu as décidé de me faire confiance pour t'accompagner, je te demande de *me prévenir avant* toute décision importante. Je ne m'opposerai pas à une décision de suicide ; tu es libre... Mais nous examinerons ensemble *si c'est bien le moment*, et si tu n'as pas quelque chose d'autre à tenter avant ! »

Durant l'un de nos premiers stages à Esalen, en Californie, dès le premier jour, Alan, un stagiaire expose sa situation désespérée : il est masseur kinésithérapeute. Il a contracté une maladie du dos qui l'empêche de continuer d'exercer et, comme beaucoup d'Américains, il n'est pas couvert par la Sécurité sociale. Il est donc ruiné. Il doit vendre sa maison. Sa femme le quitte alors, avec ses enfants. En quelques mois, il a perdu, sa santé, son métier, son argent, sa maison, sa femme, ses enfants ; il est seul et il souffre. Il a décidé de mettre fin à ses jours, mais un ami lui a conseillé avant, de tenter un stage de Gestalt-thérapie à Esalen : « Vous êtes ma dernière chance ! » Le groupe compatit et chacun lui suggère une réaction de bon sens...

C'est alors que la psychothérapeute responsable du stage lui déclare : « Alan, je crois que *tu as raison*. Tu n'as plus rien et plus personne qui te retienne à la vie : tu as tout perdu et tu n'as pas de lueur d'espoir. Si tu désires te suicider, l'endroit est bien choisi : tu n'as qu'à faire deux cents mètres et te jeter depuis la falaise sur les rochers de l'océan. Tu n'as aucun risque de te louper ! Tu peux le faire de suite ou à tout moment pendant ce stage de cinq jours. » Après un temps de silence glacial où chacun retenait son souffle, Alan répond : « Enfin quelqu'un qui m'a compris ! Tous les autres me donnent des conseils sympathiques, mais totalement inefficaces... *Tu es la première personne à m'avoir vraiment compris* ; je ne suis pas venu pour rien ! Je vais réfléchir pendant le stage à ta proposition. » L'attitude

provocatrice l'a stimulé : il s'est senti *pris au sérieux* et a réussi à développer, durant la session, un nouveau projet de vie...

LA DÉCOMPENSATION

Moins dramatique, heureusement *exceptionnelle*, mais parfois spectaculaire, est la décompensation soudaine, en cours de séminaire intensif de groupe thérapeutique. En trente-cinq ans de carrière, nous n'en avons jamais déploré en séance *individuelle*, mais nous avons assisté à quatre épisodes de décompensation soudaine, en situation de *groupe* — cela sur un total de quinze mille clients environ (soit 0,03 %, — ce qui reste, somme toute, presque négligeable). Il s'agit donc d'un accident *exceptionnel*, comparable à une hémorragie grave en cours d'intervention chirurgicale. Il s'agit d'une brusque rupture de contact avec la réalité environnante, une perte provisoire d'identité, une « bouffée » psychotique. Nous en avons observé de deux types principaux :

- *mutisme* soudain, air profondément absent, prostration, non-réponse aux stimulations extérieures, pas même de réaction à l'appel de son prénom... ;
- à l'inverse, *délire* incontrôlé, avec flot de paroles, voire de cris ou de gestes, accompagné souvent d'*hallucinations* visuelles ou auditives.

L'ensemble peut durer de quelques minutes à plusieurs heures (si la crise dépasse une nuit — avec surveillance permanente — une hospitalisation s'impose : nous n'avons, pour notre part, vécu cette situation qu'une seule fois).

Ces deux manifestations sont assez impressionnantes pour un groupe de stagiaires en thérapie, ainsi que pour un psychothérapeute qui le vit pour la première fois (c'est son « baptême du feu ! ») Rassurons nos lecteurs : ce type d'incident n'intervient guère avec un débutant car il suppose un travail émotionnel en profondeur avec un client fragile ou gravement traumatisé — ce qui implique une « opération à cœur ouvert » que n'entreprennent pas, à juste titre, les jeunes psychothérapeutes.

À titre d'illustration, voici deux cas types.

Mutisme

Pierrette, jeune assistante sociale de 30 ans, relate en détail, au cours d'un stage thérapeutique résidentiel intensif, dans une mise en scène psychodramatique, le suicide de sa mère lorsqu'elle avait 6 ans : cette dernière, debout sur le rebord de la porte-fenêtre, menace de se jeter dans

le vide. La petite Pierrette la retient de ses frêles mains par sa jupe, puis la mère pousse un hurlement, se précipite dans le vide et s'écrase au sol, morte dans une flaque de sang. Pierrette n'a conservé que la jupe dans ses mains, et se fige hébétée...

Rejouant la scène avec conviction, elle reste ainsi hébétée, mutique, paralysée de terreur, le souffle coupé.

La séquence de travail a été longue ; c'est maintenant l'heure du déjeuner, et le psychothérapeute propose au groupe de rejoindre la salle à manger... Mais Pierrette restera ainsi plusieurs minutes, figée, sans réagir aux paroles, ni à son nom, ni au contact physique chaleureux de son psychothérapeute. Elle ne peut prononcer un son, ni faire un geste et on a grand-peine à la faire asseoir.

Bousculé par le retard horaire, le praticien — bien qu'expérimenté — a commis une erreur classique : il a abrégé le temps nécessaire à la « remontée ». Comme lors d'une plongée profonde en mer, il importe de respecter des « paliers de décompression » successifs, afin de permettre au psychisme et aux phénomènes neurophysiologiques de se réadapter à l'environnement. Ce temps de remontée à la surface doit être, en pratique, comparable à celui qui a été nécessaire pour la plongée régressive. Il ne peut être instantané, au risque d'une décompensation brutale. Les mêmes précautions concernent un groupe émotionnellement fragilisé.

Le stage était co-animé par deux psychothérapeutes ; ainsi, l'un d'entre eux, évacue la salle, afin d'éviter que l'anxiété des autres participants ne s'ajoute à celle de la cliente, et il fait quelques commentaires dédramatisants. Le second thérapeute restera auprès de Pierrette le temps nécessaire (qui peut parfois durer plusieurs heures), accompagné de deux ou trois stagiaires choisis pour leur calme et leur maturité, pour prêter main-forte en cas de besoin et ne jamais laisser la patiente seule, dans un état second de conscience modifiée. On fait chercher une couverture et un *bol de lait tiède*, et on berce discrètement et chaleureusement Pierrette, comme une petite fille désespérée — qu'elle est devenue. Ce n'est qu'après deux heures de « maternage » doux et patient qu'elle revient progressivement à elle... et se met à reprendre avec le groupe les paroles d'une *berceuse enfantine* qu'on lui chante affectueusement. Les paroles lui reviennent d'abord dans un automatisme archaïque, puis elle les comprend, les articule... et nous sourit. L'évocation de souvenirs émotionnels *musicaux* semble particulièrement efficace dans de tels cas.

Et voici maintenant, un cas différent — tout aussi exceptionnel d'ailleurs.

Délire

Travail *en groupe* aussi, en stage *résidentiel*. Yasmina, une jeune femme, au centre du cercle, relate un viol collectif dont elle a été victime, adolescente, commis par son oncle alcoolique, qui avait invité plusieurs de ses collègues,

ouvriers du bâtiment. Elle crie, elle pleure, elle se débat... Le thérapeute gère l'évocation pénible de ce souvenir traumatique et incite Yasmina à le revivre *autrement* : cette fois-ci, elle saura se défendre — et même contre-attaquer — elle saura dire et faire ce qui lui paraît aujourd'hui, adéquat. Le revécu fantasmatique *positivé* la soulage profondément et elle se détend progressivement et termine même ce long travail avec une certaine fierté.

Le groupe est silencieux, profondément ému ; des larmes coulent sur plusieurs joues. Simone s'était allongée à plat ventre, la tête entre les bras et elle sanglote discrètement. À peine le travail de Yasmina terminé, et sans attendre le « créneau » de *feed-back* permettant un partage verbal et une certaine distanciation, Simone se précipite : « Moi aussi, j'ai vécu une "tournante" du même ordre et je veux travailler ! » et elle commence à relater son propre viol, avec forte émotion, sans y avoir été invitée par le psychothérapeute, pris de court. Il s'agit clairement d'une erreur de ce dernier, débordé par la situation : en effet, le premier travail n'a pas été « mastiqué », digéré, distancié ; l'accumulation successive de deux séquences, fortement chargées d'émotions violentes, constitue une « surchauffe » toxique ; la fatigue du groupe témoin (et du psychothérapeute) est évidente ; Simone avait en fait, « décroché » depuis un moment déjà (à plat ventre, la tête entre les bras), mais le thérapeute accaparé par une autre cliente, n'y avait pas pris garde ; l'heure normale de la pause repas était largement dépassée...

Résultat : le travail se termine dans un *délire* incontrôlable, accompagné d'une *hyperventilation* spontanée (qui freine le contrôle cortical), avec des phrases complètement décousues, une rupture de contact totale avec l'environnement présent, une absence de réponse à toutes les interventions du psychothérapeute. Cette phase délirante, accompagnée d'*hallucinations*, perdurera une partie de l'après-midi, nécessitant la présence rassurante — constante et contenante — de l'un des deux animateurs du groupe résidentiel (d'où l'intérêt d'une co-animation, chaque fois que l'effectif le permet).

LE DÉBRIEFING

Il nous paraît important de rappeler que l'expression — verbale, émotionnelle ou corporelle — d'un problème ne suffit pas à l'évacuer, contrairement à une croyance naïve assez répandue. Elle peut, bien au contraire, l'enraciner davantage par la répétition d'un *conditionnement négatif renforçant* ! Pour que l'*ex*-pression publique s'oppose à l'*im*-pression interne durable dans les circuits neuronaux (« engrammation »), il importe qu'elle ait lieu dans un climat *sécurisant* et avec une participation *active* du client, qui, au lieu de subir, agit et réagit de manière responsable. C'est ainsi que les *débriefings* sauvages, incitant les victimes à relater simplement les faits dramatiques vécus lors d'une catastrophe, peuvent s'avérer très préjudiciables, en ancrant l'événement dans les couches profondes du cerveau limbique.

Lorsqu'une personne a exprimé des sentiments intenses, il est bon de lui laisser un temps suffisant de « récupération », avant de la laisser partir, et cela est valable aussi bien à l'occasion de séances *individuelles*. Cela souligne l'utilité de disposer, si possible, d'un lieu de repos éventuel : salle de « détente » et non seulement salle d'attente. Éviter cependant de dramatiser la situation par une remarque telle que : « Vous ne pouvez pas reprendre le volant dans cet état-là ! », ce qui induirait la fragilité du client au lieu de le rassurer.

L'EFFET ZEIGARNIK

Il n'est pas, pour autant, possible dans la pratique de mener chaque séance au terme d'un retour au calme complet ou d'une *happy end* ! La durée limitée d'une séance et l'arrivée du client suivant ne le permettent généralement pas... et tant mieux ! Car il serait bien illusoire de laisser penser que tout problème peut être résolu en 45 minutes ou que toute séance doit constituer un tout achevé. Bien au contraire, l'essentiel de la thérapie se déroule *entre* les séances et non pendant ces dernières : c'est le fameux « effet Zeigarnik », pression de la tâche inachevée qui poursuit son travail « souterrain » de digestion, la plupart du temps à l'insu du patient, et souvent pendant les périodes de rêve.

On sait que Bluma Zeigarnik, une psychologue gestaltiste russe, avait développé cette notion à partir d'une observation des garçons de café professionnels : ils prennent une série de commandes, parfois nombreuses et diverses, et reviennent servir chacun de leurs clients, après avoir souvent fait plusieurs détours ou actions différentes (encaisser d'autres consommations, etc.). Tant qu'ils n'ont pas achevé leur tâche en cours, celle-ci reste présente dans leur esprit, alors que tout souvenir s'évapore instantanément dès qu'ils ont servi leurs clients, dégageant ainsi opportunément leur esprit pour une tâche nouvelle. Terminer la tâche à la fin de chaque séance serait priver le client de l'effet profond et durable de la maturation et amputer la psychothérapie de la richesse du « post-contact ».

LES PLAINTES

Parmi les autres soucis nettement plus courants, il faut signaler les plaintes — officieuses ou officielles, verbales ou écrites — formulées par le client, et surtout par sa famille : plaintes pour imprudence ou traitement

insuffisant (notamment en cas de *suicide*, si l'on a pas sollicité un examen psychiatrique, débouchant sur un traitement médicamenteux éventuel, voire une hospitalisation) et surtout plainte pour « dérive sectaire », notamment lors de situations de *séparation ou de divorce*. Le conjoint peut estimer que le psychothérapeute a encouragé son client à une telle décision de séparation, et considérer qu'il cherche ainsi à « déstabiliser les liens familiaux » — ce qui serait une des caractéristiques reprochées aux « sectes ». La définition de ces dernières est très floue dans la jurisprudence, et on peut aller jusqu'à considérer que toute personne en psychothérapie se trouve « sous influence », voire « manipulée » par son psychothérapeute.

Ce type de plainte n'est pas rare, malgré son côté, de prime abord surprenant, car bien des clients viennent justement en thérapie à la suite de problèmes conjugaux *antérieurs*. Le praticien peut se trouver entravé par le secret professionnel, alors que le client (le plus souvent, la cliente !) est en droit de raconter ce qu'il (elle) veut à son partenaire pour se disculper, du genre : « Mon thérapeute m'a dit qu'il n'était plus question que je reste avec toi ! » Heureusement, dans la pratique, les plaintes transmises au procureur débouchent généralement sur un non-lieu — mais cela après de longues et parfois coûteuses procédures (frais d'avocat). De plus, elles occasionnent des contrôles administratifs sur les diplômes et certificats, déclarations à l'URSSAF, baux professionnels, assurances, voire un contrôle fiscal.

Un autre type fréquent de plainte concerne les litiges sur *la garde des enfants* en cas de divorce conflictuel : un avocat peut estimer que le simple fait pour un des parents de suivre une psychothérapie indique qu'il est perturbé, voire « malade mental » et incapable d'assumer la charge d'un enfant. Ainsi, suivre une psychothérapie, au lieu d'être un « plus », risque de devenir un handicap ! *Attention donc aux certificats* : éviter d'en rédiger, par précaution ; attention aussi au secret professionnel. Si l'on se résout à remettre un papier, ne rien écrire sur le contenu ou le diagnostic, et ne pas omettre d'indiquer par écrit « certificat demandé par l'intéressé et remis en mains propres ».

LES DOSSIERS

Bien entendu, il importe de tenir un dossier pour chacun des clients, avec des renseignements de base (nom, adresse, téléphone, motif de consultation, résumé de l'anamnèse, dates importantes, hospitalisations, traitements, etc.) et un aide-mémoire des séances.

Nous évitons de prendre beaucoup de notes *pendant* les entretiens, pour ne pas rompre le contact direct du regard, mais nous préconisons une prise de notes en fin de séance (sorte de *feed-back* en commun) ou *immédiatement après* chaque séance, à l'occasion d'un « créneau » de 10 à 15 minutes entre les clients (voir chap. 2). Cela permet ensuite de se trouver plus disponible pour le client suivant (effet Zeigarnik) — dont on peut relire les notes juste avant de le recevoir, comme on l'a déjà suggéré.

Mais que noter ? Les habitudes varient beaucoup selon les psychothérapeutes : certains écrivent beaucoup (voire enregistrent tout au magnétophone, selon la mode américaine), d'autres notent juste quelques repères aide-mémoire. Un problème est posé par la loi Kouchner qui prévoit que le client peut demander à consulter son dossier (de même qu'un avocat ou un juge). Dans ce cas, on ne peut y consigner des réflexions ou questionnements personnels, ni des éventuelles maladresses que l'on croit avoir commises... Certains tiennent ainsi, en plus du dossier officiel, un cahier manuscrit *personnel* pour leurs remarques confidentielles. Ne pas oublier qu'en cas de litige ou de poursuite, l'ordinateur peut être saisi au cours d'une perquisition. Il est même parfois possible de récupérer des documents « effacés »... mais qui subsistent dans la mémoire cachée du disque dur.

Chapitre 9

DÉONTOLOGIE

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE : RESPECT ET SECRET

La déontologie est constituée de règles professionnelles de bonne conduite, propres à chaque profession. Elle est donc collective et imposée. L'éthique, au contraire, représente les choix personnels de chacun, en fonction de ses convictions propres : elle est donc individuelle et libre. Malheureusement, en anglais, on dit généralement *Ethical Code* pour *Code déontologique* — ce qui induit des malentendus.

Les principaux points des différents codes de déontologie de la profession de psychothérapeute insistent sur le respect du client, et incitent le professionnel à ne pas abuser de son pouvoir sur le plan idéologique, politique, financier, spirituel, affectif ou sexuel (règle d'abstinence).

Le psychothérapeute se doit aussi de respecter scrupuleusement la confidentialité des séances, et il peut être poursuivi pour violation du secret professionnel — en dehors des exceptions prévues par la loi.

Ce secret professionnel peut être partagé entre collègues, liés eux-mêmes par le secret, et cela dans l'intérêt du client. C'est le cas en supervision ou lors de conseils auprès d'un spécialiste ou encore, de réunions d'équipe en institution. Dans la plupart de ces cas, il n'est pas utile de divulguer le nom de famille du client, ni certains détails intimes

qui ne concernent pas les points discutés. Ainsi, une certaine discrétion s'impose toujours. Le simple fait de mentionner que quelqu'un suit une psychothérapie constitue déjà une trahison du secret : parfois le conjoint du client n'est pas au courant (attention aux messages téléphoniques de décalage de rendez-vous !). Dans une petite ville où tout le monde se connaît, bien des personnes peuvent être gênées à l'idée d'être surprises à sonner à la porte d'un psychothérapeute.

Il en est de même dans les communications écrites lors de recherches, publications, colloques ou congrès : d'une part, il est souhaitable de demander l'accord des intéressés évoqués, d'autre part, il importe de déguiser leur cas, en changeant non seulement les noms, lieux, dates, âges, mais aussi certains éléments particuliers qui pourraient favoriser une reconnaissance par des proches.

LE RESPECT DES COLLÈGUES

Il n'est pas rare qu'un client se plaigne d'un psychothérapeute précédent. Il importe de l'écouter avec attention et sympathie... mais avec beaucoup de circonspection : les commentaires peuvent être exagérés, voire inventés pour nous « séduire » (« Vous êtes ma dernière chance »). Rien dans notre attitude ne doit laisser penser que nous condamnons ce collègue ou sa méthode. Peut-être d'ailleurs, ce même client dira-t-il la même chose de nous à son prochain interlocuteur !

La diversité de styles des thérapeutes constitue un enrichissement certain qu'il convient de respecter, même si nous ne partageons pas toujours toutes leurs convictions et leurs pratiques. Dans certains cas, il peut être indiqué de changer de praticien, en fonction du sexe, de l'âge, de la méthode ou du style — ou encore, d'une trop grande similarité (ou divergence) de parcours de vie.

Un tel changement peut aussi s'imposer pour des raisons pratiques : maladie grave ou hospitalisation, déménagement. Dans tous ces cas, un contact préalable avec le collègue peut s'avérer souhaitable, mais certains préfèrent éviter toute influence extérieure et établir un premier contact sans préjugé.

LE RESPECT DU CLIENT

Le respect absolu du client et de ses options personnelles est fondamental.

Cependant, ce principe théorique n'est pas toujours simple à mettre en pratique : comment écouter un fondamentaliste, convaincu qu'il faut éliminer les « mécréants » ?

Comment réagirai-je face à un adepte du Front national, « négationniste », qui estime que les chambres à gaz sont un « détail de l'histoire », moi dont les grands-parents ont été exterminés à Auschwitz ? Comment accepter les jeux sado-masochistes extrêmes de cet homme qui aime étouffer ses partenaires dans un sac en plastique, guettant avec excitation « leur dernier souffle » ? Comment accompagner ce pédophile qui attend avidement les petits garçons à la sortie de l'école ?...

Une supervision avec un praticien expérimenté ne sera pas de trop !

Malheureusement, il n'est pas rare que les positions particulières du client n'apparaissent qu'après un certain temps de thérapie, lorsqu'une confiance suffisante s'est instaurée. La situation est alors délicate. Parfois, il me faudra bien reconnaître mon malaise intérieur, et orienter certains clients vers un autre spécialiste. Contrairement au médecin — que sa déontologie oblige à soigner tout malade ou blessé, fût-il son ennemi — le psychothérapeute n'est nullement tenu d'accepter tout client, ou de l'accompagner jusqu'au bout de sa route : il ferait du mauvais travail s'il se forçait à le faire, sans la moindre empathie, voire dans la tension, l'angoisse ou la colère réprimée.

Serait-ce respecter le client que de lui mentir sans cesse, sans aucune authenticité ?

Et d'ailleurs, le psychothérapeute se doit de se respecter aussi lui-même !

« L'IMPLICATION CONTRÔLÉE »

Faut-il alors partager les vues du client, ses principes, ses goûts, ses intérêts, son style de vie ? Dans ce cas, le risque devient une complicité excessive où je projette mes propres désirs, parfois peu conscients : je ne supporterais pas longtemps moi-même un tel mari, indifférent, voire brutal, et j'attends que Mélanie ne se contente pas de me répéter son insatisfaction, mais prenne une décision effective de rupture. Même si j'évite toute suggestion explicite, mon attitude trahira forcément mon attente intime. Or il se peut que les disputes incessantes nourrissent finalement la relation conjugale de Mélanie, et que sa palette incessante de plaintes variées lui procure des bénéfices secondaires importants (« Voyez comme je suis malheureuse, ou courageuse et dévouée... Je mérite d'être plainte, aimée, voire admirée... »).

À vouloir trop comprendre, se condamne-t-on à être trop proche ? Faut-il absolument être soi-même homosexuel pour bien accompagner un homosexuel ? Cette position résiste mal à l'extrapolation : dois-je être mourant pour accompagner quelqu'un en fin de vie ? Dois-je être femme pour accompagner une femme ? Ou enceinte, face à une cliente attendant, dans le désir et l'angoisse, son premier enfant ? Me faut-il avoir survécu à un camp pour comprendre un déporté ?

Pourtant, certains psychothérapeutes n'hésitent pas à affirmer imprudemment « qu'on ne peut accompagner quelqu'un plus loin qu'on n'a soi-même été ! » Point n'est besoin d'un tel argument pour justifier une psychothérapie personnelle approfondie ! Celle-ci doit permettre une large empathie avec la nature humaine, dans tous ses aléas.

Outre qu'il est impossible d'avoir tout expérimenté soi-même, l'expérience personnelle risque aussi bien d'être une entrave : l'écoute de l'autre pourrait réveiller trop de sentiments propres vécus, pour demeurer ouverte et sans préjugés.

« L'AUTO-DÉVOILEMENT »

Que partager de ma propre expérience ?

« L'auto-dévoilement » (self disclosure) est un thème délicat et une affaire de tact, éminemment individuel : est-il opportun que je dévoile à mon client que « je le comprends très bien », car moi aussi, j'ai perdu un enfant en bas âge, que j'ai l'expérience d'un parent atteint de la maladie d'Alzheimer, que j'ai vécu un divorce douloureux, que j'ai subi un licenciement injuste ? La tentation est souvent forte, et il arrive, de plus, que le client lui-même pose directement des questions. La première réponse classique dans ce cas est une question, avec diverses variantes, autour du thème : « En quoi est-ce important pour vous de savoir cela¹ ? »

Cependant, le psychothérapeute humaniste ne reste pas « enfermé dans sa blouse blanche de professionnel » : il est avant tout une personne incarnée, présente et sensible, et non un technicien neutre, distant ou froid. Il n'est pas une simple « surface de projection » pour le vécu transférentiel du patient, mais un partenaire à part entière, qui n'hésite

1. On connaît l'anecdote juive traditionnelle :

— Pourquoi un juif répond-il toujours à une question par une autre question ?

— Pourquoi ne répondrait-il pas à une question par une question ? »

pas à partager des éléments — mais des éléments seulement — de ses propres pensées ou sentiments, en écho aux dires du client : il s'agit de l'exploitation thérapeutique du contre-transfert, qui restitue au client ce qui peut l'aider à mieux percevoir l'impact de son comportement, verbal et non verbal.

Je ne dis pas tout ce que je ressens, mais uniquement ce qui peut aider le client ; mais tout ce que je dis, je le pense ou le ressens. Il s'agit donc, de la part du psychothérapeute, d'une authenticité contrôlée.

Je peux lui faire part de mon émotion, de ma tristesse ou de mon impatience, voire de ma colère — si j'estime que cela l'aidera à mieux prendre conscience de ses attitudes. Par contre, je tairai généralement ce qui concerne mes réactions liées à mon propre passé personnel — qui ne le concerne pas. Ainsi, par exemple, je peux évoquer à un client, angoissé devant les soins palliatifs d'un proche, que je connais cette expérience pour avoir accompagné les dernières semaines de mon père, atteint d'un cancer généralisé ; mais je m'abstiendrai de lui dire que j'ai finalement décidé d'abrégé ses souffrances — car il s'agit là d'une option idéologique personnelle...

SOUTIEN ET FRUSTRATION

Je ne suis donc pas distant, mais présent ; pas neutre, mais impliqué ; impliqué, mais centré sur le client et non sur moi-même. Je partage avec lui à différents niveaux mes sensations physiques, mes émotions affectives, mes idées intellectuelles, mes perceptions sociales, mes valeurs existentielles. Je partage, mais je ne propose pas, et j'impose encore moins. Mais je le juge digne de connaître mes sentiments ; je ne le sous-estime pas au point de penser qu'il serait esclave de mes réactions, qu'il se sentirait obligé d'y adhérer.

Cependant — comme nous l'avons évoqué précédemment — je sais aussi que mes propos ont du poids, intensifiés par les phénomènes de transfert, et je reste donc toujours modéré dans mes propos. Je ne suis pas, pour autant, dans une attitude d'acceptation inconditionnelle de tous ses actes et de tous ses projets : je peux émettre des doutes, voire une désapprobation discrète. Ainsi, je ne puis soutenir des attitudes contraires à la loi : « Je vous entends, je comprends vos arguments... mais je ne les approuve pas ! »

Tantôt, je soutiens mon client dans sa recherche et ses hypothèses, dans ses espoirs tâtonnants ; tantôt, je m'abtiens de tout commentaire, dans une position de neutralité délibérée, favorisant le questionnement et

la prise de responsabilités ; tantôt, j'exprime mes réserves, personnelles ou sociales, sur son comportement, ses interprétations, ses projets. Je m'efforce d'alterner judicieusement soutien, frustration et désapprobation, évitant à la fois le soutien systématique et le frein trop prudent à toute initiative personnelle.

Je peux l'encourager à des expériences nouvelles, mais sous réserve qu'elles soient nourries d'un minimum de conviction et ne soient pas de simples « vagabondages », désinvestis dès le départ. « To try is to lie » (« Essayer c'est mentir »), disent les Anglais : prendre ses responsabilités et non faire semblant !

Là réside l'art du psychothérapeute, nourri par sa thérapie personnelle, par son expérience et par ses réflexions en supervision. Le psychothérapeute humaniste n'hésite pas à s'impliquer, le cas échéant, mais toujours de manière contrôlée. Il s'abstient donc de l'abstention, préconisée par le courant psychanalytique, et plus encore, de l'interprétation de celui qui est « supposé savoir » : le sens réel d'une attitude ne peut émerger progressivement que d'une lente élaboration, ponctuée souvent d'insights subits, du client lui-même, accompagné ou stimulé par le thérapeute. Les « archétypes » de l'inconscient collectif n'ont qu'une valeur d'hypothèse de travail, à moduler selon le contexte spécifique de la vie de chacun. Le même phare, vu en rêve, peut évoquer, selon le cas, un désir phallique d'affirmation, la recherche de la Lumière, la solitude de ma position sociale... ou encore le souvenir d'un premier baiser, échangé sur la plage au pied du phare, lors de mon adolescence... Toute interprétation suggérée de l'extérieur ne peut être qu'une proposition, une approximation, et s'avère même parfois une induction erronée !

LA CONFIDENTIALITÉ

Cette quête tâtonnante de la vérité du client, vérité profonde souvent inconsciente de sa part et inapparente au psychothérapeute, implique une patience fondamentale, car ses détours sont innombrables. La psychothérapie est une démarche à petits pas, une démarche hésitante et prudente comme celle du spéléologue, explorant pour la première fois le gouffre obscur, unique et encore insondé de l'inconscient spécifique de ce client particulier. Quelle que soit l'expérience du guide accompagnateur, il en ignore encore les anfractuosités et les pièges ; il ne peut qu'apporter le secours précieux de sa compétence et de son équipement : lampe frontale pour percer l'obscurité, ou échelle de corde pour éviter une chute brutale dans les courants souterrains impétueux. Il s'agit d'une

exploration à deux, dans une attitude herméneutique, de découverte conjuguée de diverses pistes possibles.

« Le plus long des voyages commence par un petit pas », dit un proverbe chinois. Cette exploration se fait au gré des circonstances, parfois imprévues, et non de façon systématique, selon un plan préétabli, selon une stratégie thérapeutique artificielle, programmée a priori par le thérapeute. Comme lors d'une promenade dans une ville inconnue, il s'avère souvent plus riche d'observer et ressentir, quitte à noter ensuite sur la carte l'itinéraire parcouru, plutôt que de marcher le nez sur son plan, le long d'un circuit traditionnel proposé par le guide.

Cette recherche, à chaque fois renouvelée, demeure privée et confidentielle : elle n'appelle nulle généralisation, nul écho externe. Dès le contrat initial, le thérapeute s'est engagé à n'en révéler aucun aspect à qui que ce soit, condition indispensable de cet inventaire intérieur des richesses et des imperfections..., voire des perversions. Le client doit se sentir libre d'avouer sans honte ni crainte ses fantasmes intimes, en toute sécurité : ses idées de meurtre envers un rival, ses fantasmes érotiques débridés... Le psychothérapeute connaît la distance entre fantasme et passage à l'acte et ne s'inquiétera pas outre mesure. Il sait que l'absence de tout fantasme est plus pathologique que sa surabondance, car il témoigne d'une carence dans la gestion de l'imaginaire...

Cependant la règle de confidentialité connaît plusieurs exceptions. Comme on vient de le souligner, le psychothérapeute doit pouvoir partager certaines informations avec des collègues, eux-mêmes soumis au secret professionnel : superviseur — qui lui permettra de prendre la distance nécessaire et d'analyser ses propres réactions, éventuellement disproportionnées ; psychiatre — consulté pour avis ou pour prescription d'un traitement. La confidentialité sera plus délicate en cas de supervision en petit groupe où des collègues sont présents : il va de soi que chacun d'entre eux aura pris un engagement de confidentialité absolue.

Une autre exception à la règle du secret professionnel concerne les obligations légales de protection des mineurs (de moins de 15 ans) en danger. Le psychothérapeute est tenu par la loi de signaler au procureur de la République les cas de violence physique ou sexuelle dont il peut avoir connaissance, dans l'exercice de ses fonctions. Ainsi, il importe qu'il ait prévenu un client abusé, et surtout un client pédophile ou auteur d'inceste, de cette obligation — qui rend très délicat l'accompagnement thérapeutique de certaines personnes, à la fois malades et délinquantes, y compris si elles ont sollicité elles-mêmes une aide psychologique. Dans certains cas, le thérapeute prendra sur lui de ne pas effectuer un signalement des événements, s'il estime en conscience, compte tenu de

chaque situation particulière, qu'un mineur n'est pas en danger immédiat. En fait, on ne connaît guère d'exemple de poursuite judiciaire d'un psychothérapeute pour non-signalement d'un incident ancien ou isolé, non susceptible de se répéter. Parfois, le drame de poursuites judiciaires suivies d'un emprisonnement, s'avère particulièrement préjudiciable, surtout s'il s'agit de faits déjà anciens... Dans ce cas, l'éthique personnelle pourra éventuellement nuancer la déontologie légale.

De même, le professionnel peut rompre le secret s'il estime qu'une vie est en danger : projet sérieux et précis d'agression ou — plus souvent — risque imminent de suicide. Dans ce cas, il peut signaler ses craintes au médecin, voire parfois, dans certaines circonstances, à la famille. Le cas échéant, il peut s'adresser au SAMU psychiatrique.

Hors ces cas d'assistance à personne en danger, la confidentialité demeure une règle fondamentale, conditionnant la réussite de la thérapie.

Bien entendu, le secret professionnel, comme son nom l'indique, ne concerne que le professionnel (!) et n'engage nullement le client — lequel peut raconter ce qu'il veut, à qui il veut... et ne se prive pas, bien souvent, de « faire dire » ce que bon lui semble à son psychothérapeute, cela souvent d'ailleurs de bonne foi, ainsi que nous l'avons évoqué au chapitre 7, à propos de l'interprétation. Du genre : « C'est ma thérapeute qui m'a conseillé de prendre un amant ! »... ou : « Mon thérapeute m'a dit de ne jamais me laisser faire par mon patron ! »

Un cas particulier est constitué par les thérapies d'enfants : lorsqu'un jeune enfant est envoyé en thérapie par ses parents, lesquels ont pris la décision et paient pour lui, il est difficile de ne pas les tenir quelque peu au courant de ce qui se passe. Pour éviter la « trahison » de la confiance du jeune client, on parlera de préférence à ses parents devant lui, en termes assez évasifs, et sans rapporter le détail de ce qu'il a pu dire (ou parfois inventer !) : « Damien me parle de ses difficultés scolaires et aussi de son comportement à la maison... Je l'écoute toujours avec patience et attention — même si je sais qu'il présente forcément les choses à sa manière... Faites-moi confiance : j'ai l'habitude des enfants. On se comprend bien tous les deux, et il évolue dans la bonne direction... »

Bref, on parle en quelque sorte « pour ne rien dire », mais on ne peut décemment pas se contenter de déclarer brutalement à une mère angoissée : « Je ne peux rien vous dire car je suis tenu au secret professionnel. »

LA DISTANCE RELATIONNELLE

Le mode de relation entre psychothérapeute et client varie beaucoup selon les méthodes, les thérapeutes et les clients : certains se tutoient et sont très proches, d'autres restent distants, dans une abstinence délibérée de toute proximité : pas de baiser à l'arrivée ou au départ, voire pas de poignée de mains, pas de partage de café ou de cigarette, aucun contact en dehors des séances (neutralité psychanalytique traditionnelle). Il ne nous semble pas souhaitable d'édicter des règles rigides a priori dans ce domaine, d'autant que le style de relation peut évoluer au décours de la thérapie, et notamment si l'on entreprend parallèlement un travail en groupe (qui favorise la proximité et une certaine forme d'auto-dévoilement du praticien — surtout à l'occasion de stages résidentiels éventuels).

Dans certaines situations, le partage délibéré d'une tasse de café peut créer une atmosphère de « complicité » souhaitable, ou encore symboliser une relation de type parental. Dans d'autres cas, cela dévalorisera l'auréole du psychothérapeute et l'impact de ses paroles.

Mais, en tout état de cause, on évitera l'amalgame avec des relations extraprofessionnelles : on n'ira pas au restaurant ou au spectacle avec un client, on évitera de lui demander d'autres prestations, telles que du travail de secrétariat ou de traduction, ou des travaux d'aménagement.

Cependant, nous voyons quelques exceptions possibles, voire souhaitables dans certains cas : la visite d'un vernissage ou d'une exposition d'un client artiste, ou encore son mariage. Dans ce cas, il nous paraît possible de passer un bref moment à la cérémonie ou à la réception (dont il nous aura souvent longuement parlé pendant les séances de thérapie), mais on évitera de s'attarder dans l'intimité familiale.

On pourra aussi rendre visite à un client hospitalisé ou handicapé.

Irvin Yalom, célèbre psychiatre psychothérapeute existentialiste américain, va même beaucoup plus loin, et n'hésite pas, le cas échéant, à rendre visite au domicile de certains de ses clients, pour mieux se rendre compte de leur environnement habituel : leur appartement, le mobilier et la décoration, leurs collections, leurs proches, leurs animaux domestiques, etc., et en tenir compte dans ses interventions... Cette pratique est peu répandue en France.

Pour ce qui est du transfert, il est un outil de choix pour les uns (car il mobilise en profondeur les émotions du client), un obstacle pour d'autres (car il s'imisce dans la relation actuelle véritable et la parasite éventuellement). Mais quoi qu'il en soit, des phénomènes transférentiels

sont inévitables — qu'ils soient encouragés ou limités par une posture technique particulière.

Ce qui nous paraît essentiel, quant à nous, ce sont les phénomènes de contre-transfert — au sens large du terme — c'est-à-dire l'exploitation thérapeutique du vécu émotionnel du praticien lui-même, non seulement en réponse au transfert du client, mais aussi en écho aux résonances intimes que peut avoir la situation pour lui-même. Le client ou la situation évoquée peut lui rappeler des éléments de son propre passé, et infléchir ainsi son écoute, qui, de toute manière, n'a aucunement la prétention d'être purement objective ! Il peut garder pour lui ces échos personnels (sans révéler ce qui concerne sa propre vie), mais il peut aussi parfois partager avec son client son propre ressenti de tristesse, de colère ou d'ennui, afin d'aider ce dernier à mieux prendre conscience de ce qu'il induit, directement ou indirectement (identification projective). Ce partage ponctuel constitue une sorte de feed-back en cours de séance, analyse de la relation ici et maintenant entre les deux protagonistes. Alors que la psychanalyse traditionnelle cherche à développer le transfert du client et à limiter le contre-transfert du psychothérapeute, les approches humanistes cherchent, à l'inverse, à limiter le transfert (et donc la dépendance régressive) au profit du contre-transfert — qui peut servir, en quelque sorte, de « boussole » au psychothérapeute.

LA RELATION AMOUREUSE

Ce contre-transfert peut cependant devenir massif et envahissant : ce peut être un contre-transfert négatif, agressif ou rejetant — induit parfois par un rythme trop lent et passif, parfois par un débit rapide et stressant, mais souvent aussi par une odeur désagréable émanant du client à son insu, ou encore, par la ressemblance avec quelque personne du passé du thérapeute.

Ce peut être, à l'inverse, un contre-transfert positif, un sentiment d'amitié, de compassion ou d'admiration, un espoir tonifiant : lorsque le psychothérapeute attend une évolution positive rapide, il la favorise inconsciemment par son attente même : c'est l'effet Pygmalion (Rosenthal et Jacobson, 1968). Mais ce peut être davantage : à savoir, un sentiment d'attachement amoureux — favorisé par le partage régulier et prolongé d'une grande intimité, même si elle est unilatérale.

Que faire dans une telle situation ? Il est clair que la première chose à envisager est d'en parler, à cœur ouvert, avec son superviseur. Certains préconisent une analyse de la situation en vue d'une tentative de « mise

à plat » des sentiments et, en cas d'échec, suggèrent l'interruption de la relation thérapeutique. D'autres préfèrent une stratégie de « fuite en avant » avec partage authentique du ressenti amoureux, en rappelant explicitement que toute relation sexuelle est interdite dans le cadre psychothérapeutique. « Dommage qu'on se soit rencontrés ici... mais c'est ainsi ! »

Max Pagès, dans *Le Travail amoureux* (Dunod, 1977) n'hésite pas à écrire : « Pour qu'il y ait contact, il faut que les deux partenaires prennent plaisir à l'échange, et donc que le thérapeute soit mobilisé par un mouvement de satisfaction instinctuelle » et, plus loin : « Contrairement à ce que prescrit la technique freudienne, le plaisir qu'éprouve le thérapeute dans ses échanges avec les participants est nécessaire au changement. Il n'est pas nuisible, ce n'est pas non plus un élément suspect que l'on doit doser, que l'on accepte avec réticence et mauvaise conscience. C'est le moteur du changement. »

Ce que l'on fait dans le plaisir et le désir, on le fait mieux, et le bon psychothérapeute tire parti de ses sentiments amoureux : il les exploite et les contrôle, sans les tarir pour autant.

Si la sublimation de ces sentiments s'avère impossible et que le désir sexuel prend le dessus, alors il est nécessaire de mettre un terme à la relation thérapeutique. Il n'est pas prudent, pour autant, de glisser dans une relation personnelle amoureuse ou sexuelle car la relation s'était amorcée sur une base dissymétrique, marquée par l'argent, le transfert et le sentiment d'une compétence non partagée. Les Anglo-Saxons préconisent alors un temps de latence de six mois à deux ans, selon les écoles, sans contact entre les deux partenaires intéressés, afin de laisser s'apaiser ces conditions artificielles et contrôler si l'attirance mutuelle résiste au temps et à la distance. Les codes de déontologie français précisent rarement un temps de moratoire : certains professionnels admettent que la relation se transforme dans un délai assez rapide, d'autres au contraire, estiment que le transfert initial dissymétrique perdure toute la vie et ils s'opposent à toute relation personnelle ultérieure !

Chapitre 10

OUTILS ET TECHNIQUES

UNE LARGE VARIÉTÉ DE TECHNIQUES

Le psychothérapeute dispose pour son travail d'une large variété de techniques, constituant en quelque sorte une vaste « boîte à outils » dans laquelle il pourra puiser selon les nécessités : objets matériels (*paper board*, coussins, peluches, miroir, objets symboliques...), modes d'intervention (parole, silence, mouvement, psychodrame, monodrame, jeux et exercices corporels, massages, dessin, EMDR...), « grilles » de référence (pentagramme, roue des troubles, génogramme, triangle de Karpman...) Il pourra surtout en inventer sans cesse, selon les circonstances, et selon son inspiration créative.

L'expérience et l'art du praticien en psychothérapie — comme du menuisier ou du plombier — consistent à utiliser le meilleur « outil » au meilleur moment pour gagner en efficacité, dans la légèreté, et cela, en fonction de ses préférences personnelles et de son style spécifique.

Dans le cadre de cet ouvrage, nous ne passerons pas en revue de manière exhaustive les multiples modalités d'intervention ; nous nous contenterons de quelques remarques et suggestions, tirées de notre expérience personnelle, pendant plus de trente ans, de psychothérapies individuelles, en couple et en groupe et des témoignages de nos nombreux collègues, suivis en supervision.

Une chose nous paraît certaine : il serait fort dommage de se cantonner à un échange *verbal* et dans l'immobilité ! La mobilisation corporelle, même discrète, multiplie les possibilités et approfondit l'impact des interventions par une inscription cérébrale plus profonde.

Cependant, beaucoup de clients (et un certain nombre de psychothérapeutes !) sont réticents à tout mouvement corporel — et *a fortiori* à tout contact — compte tenu de la culture environnante.

LA CHAISE VIDE

La technique dite de la chaise vide (*empty chair*) a été popularisée par Fritz Perls, le fondateur principal de la Gestalt-thérapie, lors de son séjour à Esalen (Californie) en fin de carrière. Elle est même devenue souvent — à tort — le symbole de l'approche Gestalt, tout comme le divan symbolise la psychanalyse. Le client qui « travaille » est sur la sellette, le *hot seat* (« siège chaud ») et s'adresse à un personnage de son choix qu'il imagine sur une chaise vide, en face de lui. Il peut ainsi s'adresser *directement* à son père (même décédé !), à sa petite amie ou à son patron, et leur exprimer avec force ses sentiments d'amour, d'admiration, de peur ou de colère, plutôt que d'en parler indirectement, de manière moins impliquée. Il peut ensuite être incité par le thérapeute à changer de place pour incarner la personne absente et répondre (monodrame).

Bien entendu, la chaise peut être remplacée par un coussin ou encore par un vêtement, une paire de chaussures ou tout autre objet (lunettes, collier, bague, livre, briquet, poubelle...)

LES OBJETS SYMBOLIQUES ET LA « CONJUGAISON À L'ENVERS »

L'utilisation d'*objets symboliques*¹ improvisés constitue souvent une transition discrète et progressive entre un travail exclusivement verbal et une action plus incarnée :

— Est-ce qu'un objet de cette pièce pourrait représenter votre mère, morte lorsque vous aviez 15 ans ?

— Ce vase, par exemple... un peu fragile et à l'écart.

1. Voir chapitre 2.

— Pourriez-vous vous adresser directement à ce vase et lui dire au présent : « Je te sens à l'écart, assez fragile, et je voudrais te dire que... »

— Un autre objet du cabinet ou posé sur la table pourrait-il vous représenter vous-même ?... Que dirait-il ?...

En fait, on reste, dans un premier temps, dans un échange *verbal*, mais il est davantage « habité » et souvent chargé d'émotions. On peut favoriser l'implication croissante par ce que j'ai baptisé « la conjugaison à l'envers » : *il, tu, je*. On parle *de* l'objet (symbolisant quelqu'un), à la 3^e personne, puis on *lui* parle, enfin on *le* fait parler. Enfin, on peut progressivement « s'enhardir » et *déplacer* certains objets, amorçant ainsi une discrète mobilisation corporelle, laquelle favorise l'enregistrement du vécu dans les couches limbiques profondes du cerveau émotionnel (d'où il sera transféré vers les zones corticales de la mémoire à long terme, au cours des périodes de rêve suivantes). Chaque expérience vécue sera ainsi conservée et métabolisée, alors que les paroles seules « s'envolent » (*verba volant*). Les clients se montrent souvent intéressés par ce type de jeu, simple et quasi spontané, surtout si on évite d'annoncer à l'avance que l'on va procéder à un « exercice » !

On n'omettra pas la phase de « dérôlage » (empruntée au psychodrame), afin que le client termine dans son propre rôle. On reprend, en quelque sorte, la conjugaison à l'endroit (*je, tu, il* — suivi du *nous*). Ainsi, par exemple, après avoir parlé de sa mère morte, puis s'être adressée à elle, puis l'avoir fait s'exprimer :

« J'étais malade depuis longtemps et je n'ai pu m'occuper de toi comme j'aurais aimé... »

La cliente lui parle à nouveau : « Oui, je le sais bien, mais tu m'as beaucoup manqué quand même ; j'avais besoin d'une confidente... »

Et l'on revient à l'ici et maintenant, à la 3^e personne : « Même malade, elle aurait pu m'écouter et me parler, de temps en temps, en tête à tête »

Et enfin à la relation avec le psychothérapeute (le « nous ») : « Cette relation de confiance entre deux femmes, je n'ai jamais pu la remplacer, malgré une amie proche, avec qui nous partageons des confidences... Mais elle n'est pas un modèle pour moi... Elle est trop féministe et non pas féminine... », entamant ainsi une réflexion avec son thérapeute sur ses valeurs actuelles et son positionnement familial et social.

OBJETS TRANSITIONNELS

Lors d'une séparation prolongée entre le psychothérapeute et un client momentanément fragile ou vulnérable, notamment pendant une

période de vacances, il est possible de proposer à ce dernier un « objet transitionnel » (Winnicott, 1971), un « doudou » ou un « grigri », investi d'un pouvoir psychique « magique » de remplacement de l'être protecteur absent : ce pourra être un mouchoir qu'on serre discrètement dans sa poche, un foulard qu'on se noue autour du cou, mais aussi un bracelet, une bague, un stylo...

Le téléphone portable pourra aussi maintenir un lien sécurisant pour une personne désemparée, mais sous réserve de limiter les *brefs* appels à des moments fixés d'avance — comme nous l'avons déjà souligné — pour éviter à la fois l'envahissement aliénant du psychothérapeute et une dépendance excessive du patient.

On pourra aussi poursuivre quelque temps des échanges thérapeutiques par *e-mail* (avec même, éventuellement, l'appui de la *webcam*), mais nous ne sommes pas favorables, pour autant, à des thérapies entières à distance, car il y manque des éléments essentiels, tels que les silences, le cadre, la présence, les attitudes, le regard, voire le contact physique (sans parler des phéromones¹ !).

LE DESSIN

Une autre manière de dépasser l'expression verbale (cerveau gauche) consiste à proposer de dessiner la situation (cerveau droit), mais la réponse fréquente est : « Je ne sais pas dessiner ! » Il faut donc préciser alors que cela n'a aucune importance et qu'on restera au niveau symbolique et non dans une représentation réaliste. Plutôt qu'un petit croquis sur la table ou sur les genoux, un dessin *debout* face à un *paper board* ou un tableau blanc mural, mobilise des mouvements plus amples de la main, du bras et du corps, et donc des zones cérébrales beaucoup plus importantes, accompagnées d'une modification de l'équilibre *biochimique* de l'organisme (neurotransmetteurs et hormones), permettant une *engrammation* durable de l'expérience émotionnelle.

1. Les phéromones sont des hormones extracorporelles, traduisant nos diverses émotions (désir, colère, dégoût, tristesse...) et perçues par une personne située à proximité, à travers son 6^e sens, le sens biochimique, capté par l'organe voméronasal (OVN) et transmis par une voie neuronale directe au cerveau profond, d'une manière totalement non consciente. Elles sont en partie à l'origine des sentiments de sympathie ou d'antipathie et de l'intuition.

Ainsi, on obtient des effets thérapeutiques sensibles sans avoir recours à des mouvements importants ou spectaculaires, tels que les *catharsis* bruyantes induites par certains exercices d'analyse bioénergétique (W. Reich, A. Lowen ou J. Pierrakos) ou de thérapie primale (A. Janov).

Plutôt que de dessiner des scènes ou des personnages, on peut aussi dessiner des œuvres plus abstraites, tels qu'un *mandala* : peinture généralement symétrique symbolisant un thème existentiel important, ou un « *squiggle* » (Winnicott, 1951) : gribouillage ou dessin improvisé, exécuté à deux, en alternance entre le client et son thérapeute.

On peut encore suggérer au client de réaliser son *génogramme* ou *génosociogramme* transgénérationnel (A. Ancelin-Schützenberger) : arbre généalogique schématique représentant la structure familiale — telle qu'elle est perçue ou imaginée par le client. On pourra ensuite le commenter verbalement, s'adresser directement à certains personnages du dessin, ou les faire jouer ou incarner par des participants, selon des techniques inspirées du psychodrame (J. Moreno) ou des constellations familiales (B. Hellinger).

On peut aussi proposer des *modelages*. Dans certains cas, il est possible que le psychothérapeute conserve ces œuvres « à l'abri » dans son cabinet — s'il dispose d'une place suffisante — et les ressorte au moment opportun.

LE MIROIR

Une autre forme de travail corporel calme peut se dérouler devant un miroir mural où le client se voit *en pied* : il peut commenter sa perception de son corps, sous différents angles. Il peut aussi « dialoguer » avec son corps : lui parler et se répondre, ou le dessiner — globalement ou en partie — puis « corriger » son dessin par un corps souhaité...

Ce type de travail s'avère souvent intéressant dans les cas de dysmorphophobies, de troubles du comportement alimentaire (boulimie, hyperphagie¹, anorexie) ou de difficultés sexuelles.

1. *Dysmorphophobie* : crainte obsédante d'être laid ou mal formé (nez, seins, pénis...). *Hyperphagie* : se distingue de la boulimie par l'absence de contrôle du poids et donc l'absence de vomissements. Les crises d'hyperphagie sont caractérisées par la prise, en une courte période de temps (moins de deux heures), d'une grande quantité de nourriture. Contrairement à la boulimie, l'hyperphagie est une prise d'aliments précis et choisis. S'en suit un sentiment de dégoût, de honte, mais ces compulsions sont incontrôlables.

Une variante en est le *photodrame* (S. Tomkiewicz, G. Guasch) où des photos du client, prises à sa demande sur suggestion du psychothérapeute, sont conservées d'une séance à l'autre, et éventuellement affichées dans une salle de thérapie individuelle ou de groupe, permettent de mieux objectiver les changements et d'exploiter les échos d'éventuels spectateurs. On peut aussi apporter en séance une sélection de photos personnelles de son enfance ou de moments forts de son existence.

LE CORPS

Le corps peut être plus explicitement utilisé, surtout à l'occasion d'un travail *en groupe*. En effet, en situation individuelle, les activités corporelles, et surtout les contacts physiques, sont plus délicats à gérer — qu'ils soient tendres ou agressifs, car ils peuvent donner lieu à des interprétations abusives, à connotation sexuelle, du client lui-même ou de son partenaire à qui il aura éventuellement raconté, à sa guise, la séance.

Il peut s'agir simplement de déambuler dans la pièce, de rechercher l'endroit où l'on se sent le mieux (sa place et sa distance par rapport à d'autres), de conquérir par la force une place enviée, d'évoluer les yeux fermés, avec ou sans contact avec d'autres participants, etc. Chaque exercice donnera lieu, bien entendu, à un commentaire personnel de chacun, accompagné d'associations — soit en dyades, soit devant le groupe entier.

Une variante intéressante consiste dans une promenade silencieuse les yeux fermés, avec diverses expériences, accompagné par un partenaire qui a conservé les yeux ouverts (*trust walk*). Cet exercice est détaillé dans le chapitre sur le travail de couples. Il peut aussi symboliser la confiance du client en son psychothérapeute, perçu comme guide fantasmatique. On peut aussi se laisser tomber dans les bras du groupe, se faire bercer, ou — au contraire — essayer d'échapper à son emprise, prisonnier au milieu d'un cercle. Les variantes sont infinies et permettent souvent des prises de conscience éclairantes (*insights*).

Les *massages* favorisent aussi une perception de son corps, de son identité, de ses limites, de son type de confiance et de contact. Il en existe une large variété — dont chacune présente un intérêt spécifique : *Sensitive Gestalt Massage* (SGM, de M. Elke et U. Bandelow), massage sensitif (C. Camilli), rolfing (I. Rolf), intégration posturale (J. Painter), etc. Une variante plus « soft » consiste en un massage des *mains*, qui peut être ferme, tendre ou érotisé. Tous les massages induisent une production

d'ocytocine, hormone de l'amour et de l'attachement entre mère et enfant, mais aussi entre partenaires.

LA SEXUALITÉ

Dans la majorité des psychothérapies, la sexualité occupe une place importante, explicitement ou implicitement : difficultés conjugales à dominante sexuelle, absence prolongée de partenaire, excès de timidité ou ruptures à répétition, etc.

Lorsque la rupture est récente, nous déconseillons généralement de se « précipiter » pour amorcer une nouvelle relation : un travail de deuil et un temps de latence sont généralement souhaitables. En revanche, nous sommes vigilants sur les dommages, parfois irréversibles, d'une abstinence sexuelle prolongée chez un homme âgé. Il n'est pas rare que le fonctionnement physiologique de cette fonction complexe ne reprenne pas de manière satisfaisante après une longue interruption, même si l'homme a trouvé une nouvelle partenaire désirable.

La sexualité peut être évoquée spontanément ou sur sollicitation du praticien. Elle peut être traitée en séances individuelles ou en situation de groupe continu thérapeutique. Notre longue expérience en sexothérapie montre que — contrairement à ce qu'on pourrait craindre — le travail *en groupe* sur ce thème sensible est souvent plus facile : on ne se sent pas seul, on éprouve le soutien des autres membres, on profite de leurs questionnements et de leurs expériences (voir plus loin chapitres sur le travail en groupe et le travail avec des couples).

De plus, des *exercices* peuvent être éventuellement proposés. En voici un bref aperçu, non exhaustif :

- se présenter avec un objet symbolisant sa sexualité ;
- déambuler dans la salle, sans se toucher, en se regardant, en se frôlant, en s'enlaçant...
- promenade « aveugle », guidé par un partenaire ;
- se laisser tomber dans les bras de membres du groupe, se faire bercer, masser...
- s'échapper d'une « prison » corporelle, constituée par le groupe ;
- s'extraire d'un « amas » de corps, dans une prise d'autonomie symbolisant la naissance ;
- interagir au centre du groupe, à deux, à trois, à plusieurs.

LE TRAVAIL DU RÊVE¹

Chacun se souvient du fameux songe du Pharaon : les sept vaches grasses et les sept vaches maigres. Pour avoir su l'interpréter, Joseph sortit de prison et devint Premier ministre d'Égypte.

À vrai dire, de tout temps, le rêve a intrigué les hommes et ceux-ci ont toujours cherché à en décoder les messages : 3 000 ans avant notre ère, on pratiquait déjà l'interprétation prophétique et l'application thérapeutique du rêve en Mésopotamie. On sait qu'à cette époque, l'interprétation des rêves constituait un *métier* vénéré. La légende raconte ainsi qu'à la cour du roi de Babylone étaient attachés vingt-quatre onirologues (spécialistes des rêves) réputés. Un jour, le roi fit un songe qu'il pressentait important. Chacun des onirologues lui donna une interprétation différente et le roi était bien embarrassé... Mais en fait, les vingt-quatre prédictions se réalisèrent toutes, démontrant ainsi brillamment la polysémie² de tout langage inconscient.

Chez les Grecs, quatre cent vingt temples d'Esculape étaient spécialement dévolus à l'*incubation* : on y dormait à même le sol, enroulé dans une peau de bête sanglante, parmi les serpents sacrés, en implorant un songe, censé guérir la maladie !...

Les Juifs considéraient qu'un rêve non interprété était comme une lettre non lue, c'est-à-dire une offense à l'auteur.

Mais, au fait, qui en est l'auteur ? Le rêve est-il l'expression de l'inconscient du rêveur (Freud) ou bien un message venu d'ailleurs ? inconscient collectif (Jung), message « transpersonnel » (Grof, Des-camps), qui expliquerait les rêves prémonitoires ?

Ou bien n'est-il qu'un phénomène biologique naturel (Jouvet, Dement, Hobson) ?

Freud, Jung... et les autres

Pour Freud, le rêve était « la voie royale » vers l'inconscient. Perls, le père de la Gestalt-thérapie, ne désavoue pas son maître — au moins sur ce point — et il déclare même que l'analyse détaillée d'un seul rêve pourrait nourrir toute une thérapie !

1. Voir Ginger S., *La Gestalt, l'art du contact*, Paris, Marabout-poche, Hachette, 1995, 9^e éd. 2007.

2. *Polysémie* : qui a plusieurs significations différentes ou « superposées », comme les textes sacrés ou les contes de Grimm.

Freud considérait que « les rêves ont un pouvoir de guérison, de soulagement » et son disciple Ferenczi leur attribuait un rôle « traumatolytique » (ils étaient chargés de dissoudre et « digérer » les traumatismes). Cela serait particulièrement vrai pour les rêves récurrents — qui viseraient à effacer progressivement le halo affectif entourant un souvenir stressant.

Pour Freud, le rêve n'est pas un message transcendant d'en-haut, mais un message *immanent d'en-bas*, en provenance du « continent noir » des pulsions inconscientes.

Jung va lui redonner une valeur plus élevée en lui attribuant non seulement des causes psychologiques ou biographiques, mais une perception inconsciente du *fonds culturel commun* de l'humanité. Pour lui, les rêves s'étendent sans discontinuité vers le passé, mais aussi vers *l'avenir* : le rêve ne *cache* pas quelque désir refoulé, mais au contraire *révèle* des données de l'*inconscient collectif* et peut même revêtir une signification ésotérique.

Les recherches récentes

L'approche psychanalytique a dominé entre les années 1900 et 1960 ; mais il n'en est plus de même aujourd'hui — notamment à la suite des travaux du Français Michel Jouvet (1961).

On sait aujourd'hui que seuls les animaux supérieurs rêvent. Les animaux à sang froid (poissons, reptiles) ne rêvent jamais, mais leur système nerveux se régénère tout au long de leur vie (neurogenèse permanente), renouvelant ses neurones tout comme les autres cellules plus « vulgaires » de leur organisme. Ainsi, ils en sont réduits aux instincts innés, mais ne peuvent acquérir et conserver des apprentissages. En effet, c'est pendant le rêve que s'enregistrent les souvenirs.

Pendant le rêve, l'animal est particulièrement vulnérable : il est provisoirement aveugle, presque sourd et paralysé. Quoi d'étonnant alors que le rêve implique tout d'abord un sentiment de *sécurité*. Ainsi, les vaches rêvent-elles jusqu'à trois fois plus à l'étable que dans les prés ! Et les grands carnassiers, sûrs d'eux-mêmes, se permettent de rêver durant 40 % de leur temps de sommeil, tandis que les pauvres animaux pourchassés n'osent y consacrer que 5 % de leur temps.

À mi-chemin entre les prédateurs et les victimes, l'homme rêve, en moyenne, pendant 20 % de son temps de sommeil, soit environ *cent minutes chaque nuit* — cela qu'il s'en souvienne ou pas. On sait que *tout le monde rêve*, mais les recherches ont montré qu'en moyenne, huit minutes après le réveil, 95 % du contenu des rêves a déjà été oublié !

Le fœtus commence à rêver *in utero*, dès le septième mois de la grossesse (donc, bien avant d'avoir des souvenirs conscients « censurés » à refouler — selon l'hypothèse périmée de Freud) et le nouveau-né continue de construire ainsi son cerveau pendant 60 % de son temps. La femme enceinte double d'ailleurs son temps de rêve pour accompagner la neurogenèse de son enfant. Ainsi, il n'est pas exclu qu'une partie de ces rêves permette la transmission inconsciente de certaines expériences de sa vie, contribuant à la fameuse hérédité des caractères acquis.

On a baptisé le rêve « le cordon ombilical de l'espèce » : il transmet les comportements fondamentaux nécessaires à la survie. Mais, il les enrichit et les met à jour par l'enregistrement des acquis de l'expérience, permettant ainsi « l'individuation » et la construction de la personnalité — somme de l'inné et de l'acquis.

Perls résume ainsi l'approche du rêve en Gestalt : les différents éléments du rêve sont des fragments de la personnalité du rêveur qu'il lui convient de se réapproprier, en donnant successivement la parole à chacun des éléments. Plutôt que de l'analyser, il suggère de redonner vie au rêve, en le jouant au présent. Son disciple Isadore From s'intéresse, lui, au rêve comme « rétroflexion¹ » d'un message destiné inconsciemment au psychothérapeute à qui le patient envisage de raconter son rêve.

Concrètement : dix approches du rêve

En ce qui nous concerne, nous travaillons à partir d'au moins *dix aspects thérapeutiques* du rêve — qui peuvent se combiner harmonieusement et que voici :

1. Le rêve *en lui-même*, avant toute exploitation délibérée, possède — comme on l'a vu — plusieurs fonctions « thérapeutiques » naturelles, fonctions biologiques d'adaptation et d'autorégulation qui n'impliquent d'ailleurs pas nécessairement sa remémoration consciente : révision et mise à jour de notre patrimoine génétique, mémorisation, individuation du comportement (Jouvet), dissolution progressive des traumatismes (Ferenczi).
2. Le simple *récit verbal* du rêve au réveil s'avère utile en ce qu'il permet une meilleure accession à la conscience, des associations spontanées et une dédramatisation éventuelle.

1. Rétroflexion : terme de Gestalt désignant un mécanisme inconscient de rétention.

3. *L'interprétation* du rêve par *associations* concernant son contenu ou sa forme, son décodage symbolique (Freud) permet une riche plongée dans l'inconscient individuel.
4. La référence à un symbolisme universel, à *l'inconscient collectif*, au message caché à valeur prospective (Jung), apporte une dimension transpersonnelle et spirituelle de « révélation » éventuelle.
5. Le rêve peut être rejoué, sous forme de *psychodrame* (Moreno), afin de mettre en relief certains de ses aspects et de l'enrichir des réactions éventuelles des divers protagonistes.
6. Le *groupe* peut être utilisé comme « caisse de résonance » ou écho amplificateur, le thérapeute confiant certaines phrases clés du rêveur à divers volontaires du groupe — qui vont les restituer tout haut par la suite, en fin de travail (Anne Ginger).
7. Le rêve comme *projection* du dormeur (Perls) incite à la réunification des diverses facettes de l'individu par réappropriation successive d'éléments, *a priori* disparates.
8. Le rêve comme *rétroflexion* d'un message au psychothérapeute (Isadore From) permet d'enrichir l'échange thérapeute/client qui demeure au cœur de toute psychothérapie.
9. Le rêve peut être traité comme une *Gestalt inachevée* (Serge Ginger) : en effet, la nature a prévu qu'il survienne au cœur du sommeil et par conséquent, hors de la conscience — tout comme la digestion. Si cette dernière devient consciente (lourdeurs d'estomac, etc.), c'est que quelque chose ne se passe pas bien. De même, *si le rêve affleure spontanément* à la conscience lors du réveil, c'est qu'il n'est pas entièrement « digéré ». Dans ce cas, on va l'aider à achever son travail interrompu. On pourra ainsi proposer au client de le raconter au présent, puis de le *terminer* à sa guise, en en prenant la responsabilité (son rêve lui appartient !) et en l'*agissant* (monodrame ou psychodrame), afin de liquider la tension psychique inconsciente d'une *situation inachevée* et de construire lui-même son avenir.
10. Enfin, on peut utiliser le rêve comme simple *prétexte* (et non comme *texte* à décrypter). Il sert alors, en quelque sorte, d'*entame* et le thérapeute se centre ensuite essentiellement sur la forme, c'est-à-dire sur le *comment* et non sur le *quoi* (le contenu) : il est attentif au ton de la voix, à la posture, aux gestes, etc. ; il travaille dans l'ici et maintenant de la relation avec le psychothérapeute, allant même jusqu'à négliger éventuellement le rêve lui-même.

L'EMDR

Lors de l'évocation d'un traumatisme psychologique, d'emblée ou au décours de la thérapie, on aura volontiers recours — sous réserve d'y avoir été formé¹ — aux techniques de l'EMDR (Shapiro, 1987), qui se combinent aisément avec de nombreuses autres approches. Ces techniques ont été développées en France, notamment sous l'impulsion de David Servan-Schreiber (2003).

EMDR sont les initiales de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, mais en réalité, la technique a évolué depuis quelques années, et il serait sans doute moins limitatif et plus judicieux de parler aujourd'hui de « stimulation bilatérale alternée » (SBA), puisqu'on peut remplacer (ou compléter) les mouvements oculaires par des stimulations auditives (alternées devant les deux oreilles) ou kinesthésiques (*tapping* sur les mains, les genoux, les épaules)... voire par des stimulations spontanées de la plante des pieds... telles que celles provoquées par un banal jogging (ce qui pourrait expliquer en partie son effet apaisant et harmonisateur, en plus de la production d'endorphines !)

On sait que pendant chaque phase de « sommeil paradoxal » (phases de rêves), les yeux sont animés de mouvements rapides (*Rapid Eye Movement*, ou REM) sous les paupières closes. L'explication scientifique précise des REM, tout comme l'effet produit par différentes SBA est toujours en débat, et les recherches scientifiques de laboratoire se poursuivent régulièrement. Ces stimulations sensorielles superficielles entraînent indiscutablement une stimulation de diverses zones du cerveau (notamment du cerveau émotionnel limbique profond) et une potentialisation de son activité — dont le détail nous est encore mal connu. Je me contenterai donc, pour le moment, de quelques hypothèses, accompagnées d'analogies ou de métaphores — que j'utilise souvent pour sensibiliser mes clients ou patients.

On peut supposer que ces stimulations induisent des associations synaptiques entre les deux hémisphères et entre des structures profondes du cerveau limbique émotionnel — où sont engrammées et traitées les émotions vécues : amygdale, zones orbito-frontales d'interprétation et de décision, etc.

Entre chaque séquence de « balayage », d'une durée ne dépassant pas une minute, le client est invité à exprimer spontanément « ce qui lui

1. Voir le site d'*EMDR-France* : <http://www.emdr-france.com/>

vient » à la conscience : images, sons, paroles, mouvements, sensations physiques, etc.

Ce « balayage cérébral » accélère, de manière souvent spectaculaire, des associations d'idées et de sentiments, parfois inattendues, associations entre certains événements dramatiques et d'autres, en apparence anodins, éventuellement espacés dans la vie du sujet. Par exemple, un sentiment massif d'*impuissance* lors d'une agression physique, sexuelle ou d'une menace de mort, et des sentiments d'impuissance — plus discrets et moins conscients, mais parfois répétitifs — subis dans la vie quotidienne face à ses parents, son partenaire, ses enfants adolescents, ses collègues de travail...

On assiste ainsi, en quelque sorte, à une « défragmentation¹ du disque dur » de notre mémoire émotionnelle, rassemblant et reclassant les séquences enregistrées, dans un ordre nouveau. C'est un peu comme si on rangeait complètement notre *bibliothèque de souvenirs* (conscients et inconscients), ce qui procure un sentiment certain d'apaisement : tout ce dont je peux avoir besoin est maintenant à ma portée, sans effort. J'ai rangé mes dossiers personnels archivés, rassemblé les éléments comparables, séparé les informations parasites, mis de côté les documents inutiles ou périmés, et mis en apparence sur le dessus du dossier, les informations essentielles. Je n'ai pas vraiment jeté des souvenirs importants, mais les ai *reclassés* d'une manière fonctionnelle. J'ai mis de l'ordre dans mon stock d'informations, modifiant ainsi ma perception cognitive de ma place dans le monde.

On peut encore assimiler métaphoriquement ces mouvements latéraux rapides des yeux, d'une part, au « surlignage » des passages importants de mon roman intérieur, avec des feutres de diverses couleurs, et d'autre part, au « gommage » de la composante émotionnelle de passages traumatisants, devenus obsolètes, inutiles, voire encombrants. Le texte devient ainsi plus clair, plus accessible et mieux exploitable.

L'EMDR — dont je ne détaillerai pas ici davantage les techniques et procédures — s'apparente par plusieurs aspects à diverses approches plus traditionnelles de psychothérapie :

- Comme la psychanalyse, elle favorise les *associations libres* et réveille de nombreux souvenirs, enfouis dans l'inconscient. Le patient est invité à évoquer ces associations dans le désordre, telles qu'elles émergent à

1. On sait que les données enregistrées sur le disque dur informatique le sont dans un ordre chronologique, ce qui répartit chaque version successive d'un même document en plusieurs séquences séparées. La « défragmentation » consiste à rassembler les fragments dispersés, à remettre de l'ordre dans les « souvenirs » imprimés.

son esprit. Par contre, elles ne font l'objet d'aucune interprétation en référence à aucune théorie préétablie. On constate avec surprise que le processus associatif est considérablement « boosté ».

- Comme dans l'approche centrée sur le client de Carl Rogers, le psychothérapeute s'abstient de toute interprétation et de toute directive sur le contenu, laissant l'entière initiative à son client.
- Comme l'hypnose ericksonienne, l'EMDR favorise un *état de conscience modifiée*, et exploite la « dissociation » mentale entre divers niveaux de perception de la réalité.
- Comme les TCC, elle implique des *procédures* précises et une évaluation périodique chiffrée du vécu intérieur subjectif : estimation personnelle de l'intensité du désarroi (SUD, ou *Subjective Units of Disturbance*, développé par J. Wolpe) et validité des convictions positives du sujet (VOC, ou *Validity of Cognition*). Elle propose une alternance entre une « exposition » ou immersion mentale dans la problématique, et une désensibilisation progressive (Joseph Wolpe, 1915-1997).
- Comme en *analyse transactionnelle*, elle distingue les divers « états du moi » : Parent, Adulte, Enfant, et tend à transformer les « scénarios de vie » enregistrés dès l'enfance.
- Comme la *Gestalt-thérapie*, l'EMDR encourage l'expression des *émotions* et le revécu du trauma, dans le cadre sécurisant d'une *alliance thérapeutique* chaleureuse, induite par l'empathie du thérapeute. Elle tend souvent à clore les « Gestalts inachevées » de la vie passée du client. Elle exploite les « polarités » de ses choix — délibérés ou inconscients — polarités opposées, ou plutôt complémentaires, telles que l'image négative de soi (« cognition négative ») ou l'image idéalisée que le sujet désire atteindre.

Ainsi, le protocole EMDR et ses techniques spécifiques de retraitement de l'information s'insèrent fort bien dans diverses autres approches — auxquelles ils ajoutent une dimension neurophysiologique, non encore entièrement élucidée. Rappelons que l'EMDR n'est enseignée qu'à des professionnels déjà psychothérapeutes par ailleurs, et il n'est donc pas surprenant que la plupart des praticiens combinent leur méthode de référence habituelle avec les techniques originales de l'EMDR — qui les potentialisent d'une manière parfois spectaculaire.

LE PENTAGRAMME DE GINGER

Quels que soient les outils et techniques utilisés, il nous semble important d'aborder *simultanément* les différentes dimensions de la personne humaine qui sont en interaction permanente, plutôt que d'*alterner* les approches verbales ou intellectuelles, les approches corporelles ou émotionnelles, les éléments du champ social ou culturel. C'est ce que j'ai voulu traduire par le symbole du Pentagramme (1983).

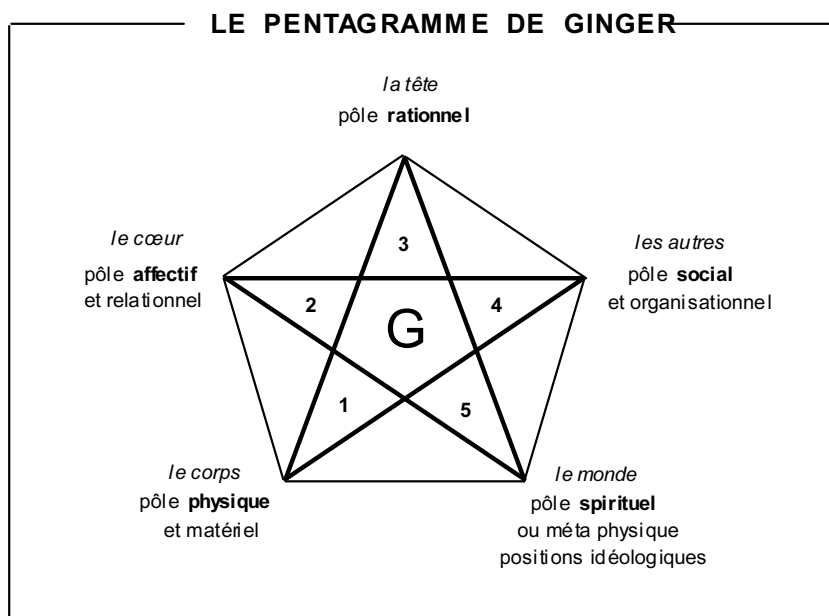


Figure 10.1. Le Pentagramme de Ginger (© S. Ginger 1983.)

Le symbole¹ est un véritable *esperanto mental*, langage universel, à la fois infra-verbal et supra-verbal, communiquant directement avec les couches profondes de notre être, ce qui lui confère tout à la fois

1. Rappelons que « sym-bolique » s'oppose à « dia-bolique » ! En effet : *dia-ballein*, en grec, veut dire « jeter à travers, séparer, désunir ». Tandis que *sym-ballein*, signifie : « jeter ou mettre ensemble », d'où *symbolon* : « signe de reconnaissance » (objet coupé en deux dont deux hôtes conservaient chacun une moitié : le rapprochement des deux prouvait leur relation antérieure).

une fonction médiatrice, une fonction socialisante et une fonction thérapeutique.

Le pentagramme symbolise l'homme selon une très large tradition, remontant à Pythagore — et vulgarisée, notamment, par le célèbre dessin de Léonard de Vinci.

Précisons que selon la tradition, le pentagramme « actif » avec une pointe en haut représente l'Homme debout, avec sa tête, ses deux bras écartés et ses deux jambes. Inversé, avec la pointe en bas, il représente le Diable (homme déchu), sous la forme d'une tête de bouc, avec ses deux cornes, ses deux oreilles et sa barbiche : il est, dans ce cas, considéré comme « passif » et maléfique¹.

Pourquoi une étoile à cinq branches ? La polysémie du nombre cinq est particulièrement riche et sa signification symbolique est universellement admise, que ce soit en Chine, en Inde ou au Japon, que ce soit dans les terres d'islam, chez les Amérindiens (Aztèques, Mayas, Incas...), ou encore chez les Celtes, les anciens Grecs ou les francs-maçons.

Partout, le cinq représente l'Homme, synthèse vitale du principe de vie, de l'énergie de rayonnement et de transformation des forces complémentaires : femelle (le deux, nombre pair et femelle de l'équilibre) et mâle (le trois, nombre impair et mâle du dynamisme).

Il évoque, bien sûr aussi, les cinq sens classiques qui relient l'homme au monde, ainsi que les cinq doigts de la main — symbolisant l'intégration de l'individu au groupe².

Dans le symbolisme pythagoricien, repris notamment par les maçons dans les cathédrales gothiques, le pentagramme ou « Étoile flamboyante », se situe au centre de la croix des autres éléments : il en est la quint-essence, la « cinquième essence », c'est-à-dire le principe essentiel et pur³.

Le cinq symbolise l'accomplissement, l'union équilibrée et l'harmonie. Il est le nombre du Centre, situé entre les quatre points cardinaux du Monde.

1. Le pentagramme *actif* (et rouge) avait été choisi comme emblème par l'URSS, tandis que l'Armée rouge avait pour emblème un pentagramme *inversé* ! Les États-Unis ont choisi pour symbole le pentagramme *blanc*. J'ai dénombré la présence d'un ou plusieurs pentagrammes dans le drapeau national de... cinquante-trois pays !

2. En persan, le même mot (*daste*) signifie à la fois « main » et « groupe ».

3. Voir Jules Boucher, *La Symbolique maçonnique*, Paris, Dervy, 1948.

Au centre de l'étoile à cinq branches représentant l'Homme, on place, selon les traditions, soit le cœur, soit le sexe, soit la lettre « G »¹.

Chez les anciens Grecs, le pentagramme étoilé était consacré à Hygie, la déesse de la santé et du bien-être, et l'on débutait volontiers son courrier par une étoile à cinq branches en guise de salutation — avec une lettre du nom de la déesse à chacune des pointes — tradition reprise par les Latins avec les cinq lettres de « SALVE » (« salut » ou « porte-toi bien »).

Emporté par cet élan, j'y note aussi pour ma part, *les cinq dimensions principales de l'activité humaine*² :

- la dimension *physique* : le corps, la sensorialité, la motricité, la sexualité... ;
- la dimension *affective* : le « cœur », les sentiments, la relation d'amour, l'autre... ;
- la dimension *rationnelle* : la « tête » (avec ses deux hémisphères !), les idées et l'imaginaire créateur... ;
- la dimension *sociale* : la relation aux autres, l'environnement humain, culturel... ;
- la dimension *spirituelle* : place et sens de l'homme dans l'environnement cosmique et l'écosystème global.

Au centre de l'étoile, je place le « G » (initiale, pour moi, du mot *Gestalt*), symbolisant *l'interrelation* des cinq dimensions fondamentales.

Bien entendu, l'ordre dans lequel j'ai disposé les différentes « dimensions » n'est pas fortuit : sur mon schéma, l'homme repose sur ses deux *jambes* : physique et *méta*-physique³, la matière et l'esprit — qui assurent son « ancrage » sur la Terre et dans le monde.

Ses deux *bras* lui permettent d'entrer en relations avec « l'autre » et avec *les autres*, relation privilégiée *affective* avec le bras *gauche* (côté du cœur), et relations *sociales* plurielles, au moyen du bras *droit* (plus actif).

On notera que la partie *gauche* du pentagramme concerne la vie *intérieure* de l'homme (son corps, son cœur, sa tête), tandis que la partie

1. 5^e consonne de notre alphabet — qui représente, selon les auteurs, la Terre (Géo), Dieu (God), le Graal, la Génération, etc. et, pourquoi pas, la Gestalt !

2. Voir Ginger S. et A., *La Gestalt, une thérapie du contact*, Paris, H et G. Éditions, 1987 ; 8^e éd. 2006

3. Si j'ai situé la dimension métaphysique et spirituelle *près du sol* et non « à la tête », c'est afin de souligner que, pour moi, il s'agit bien là d'une *racine* fondamentale *immanente* et non d'une force transcendante à l'homme.

droite concerne son *environnement* proche, le *champ* (social) ou global (cosmique).

Si l'on passe d'une branche à l'autre, dans le sens des aiguilles d'une montre, on rencontre *successivement du Un au Tout* :

1. ma relation à mon propre corps, qui n'implique que moi (solitude) ;
2. ma relation affective à une personne privilégiée (couple) ;
3. mes échanges intellectuels (avec plusieurs personnes) ;
4. mes échanges sociaux plus larges avec des groupes humains (communauté) ;
5. enfin, mon appartenance au Tout (l'univers).

C'est-à-dire, une relation qui *s'élargit progressivement* : un, deux, plusieurs, beaucoup, tout. L'homme doit s'efforcer ainsi de maintenir, toute sa vie durant, un *équilibre* entre des *temps* :

- de relation à soi (réflexion, lecture, méditation...) ;
- de relation à deux (amitié, amour, sexualité...) ;
- de relations de groupe (études, travail, loisirs, culture...) ;
- de relations à la société (économie, politique...) ;
- de relation au Monde (écologie, philosophie, spiritualité, religion...).

C'est aussi l'ordre de l'*ontogenèse*, selon lequel se développe l'homme, de sa naissance à sa mort :

1. le nourrisson est surtout centré sur son propre corps ;
2. puis le bébé établit des relations affectives privilégiées avec sa mère ;
3. le jeune enfant élargit ensuite ses relations à l'école, à « l'âge de raison » ;
4. puis, l'adolescent et l'adulte participent activement à la vie sociale ;
5. enfin, l'homme âgé et confronté à sa mort s'ouvre de plus en plus à la vie spirituelle.

Bien entendu, mon comportement est induit par *l'ensemble de ces cinq dimensions* : par mon organisme et mes sensations, par mes désirs et relations, par mes idées ou décisions, ainsi que par le milieu social qui m'entoure et qui m'a partiellement conditionné ; il est aussi en interdépendance avec l'écosystème, avec l'univers entier : le climat, la saison, la gravitation de la Terre ou la lumière du Soleil... pour ne pas parler de l'inconscient collectif ni de Dieu.

Je voudrais souligner enfin que la mise en évidence des cinq pôles principaux que j'ai ainsi répartis aux cinq branches de ce pentagramme

étoilé ne concerne pas que le développement harmonieux de l'homme *isolé*, mais que cette représentation peut être *extrapolée* à bien d'autres situations — telles que, par exemple : le couple, la famille, une institution, une entreprise, la société tout entière, voire encore un simple objet — comme ce livre que je suis en train d'écrire ou que vous êtes en train de lire : il suffit de *transposer chacun des cinq thèmes* en conservant ce qui en constitue l'essence fondamentale.

Il ne s'agit pas là, pour moi, d'un simple jeu de l'esprit, ni même d'un schéma *pédagogique* d'explication à l'usage de nos étudiants, mais bien d'un *outil fonctionnel* de travail — à valeur *heuristique*¹ certaine — et qu'on peut utiliser tant pour le diagnostic que pour le traitement de toute situation individuelle, de couple ou de groupe.

LE TRIANGLE DE KARPMAN

Il s'agit là d'un concept classique en *analyse transactionnelle* : nous passons tous par ces trois phases, la plupart du temps inconsciemment.

Nous voulons aider spontanément notre voisin... qui ne nous avait rien demandé ! Il nous le reproche : nous devenons alors la victime de ses remarques. Puis, nous lui reprochons son ingratitude : et nous voilà devenu persécuteur ! Ce triangle dramatique se conjugue parfaitement dans les deux sens, et à partir de n'importe lequel des angles. Ces trois rôles successifs s'enchaînent très facilement à notre insu et leur prise de conscience est le meilleur moyen d'échapper à ce cercle vicieux — qui s'insinue notamment dans la vie conjugale...

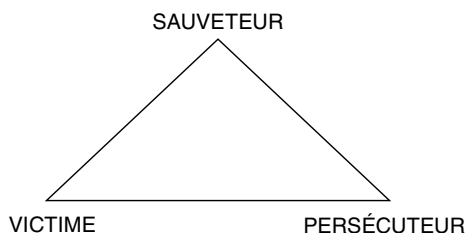


Figure 10.2. Le triangle de Karpman

1. *Heuristique* : qui favorise la découverte et confère du sens.

Nous verrons au chapitre suivant les avantages que l'on peut tirer, mais aussi les pièges et les risques de différentes grilles classiques de lecture diagnostique, telles que le DSM ou la CIM, ainsi que la « roue des troubles », boussole qui nous permet de nous orienter — sous réserve qu'on ne marche pas le nez fixé dessus, au point de négliger le paysage !

Les outils et les techniques sont nombreux et nécessaires, mais ils ne sauraient remplacer l'art et la créativité de l'artisan psychothérapeute qui entreprend patiemment avec chacun de ses clients un ouvrage original, toujours en devenir.

Chapitre 11

UNE LARGE PALETTE DE CLIENTS

ENFANTS ET ADOLESCENTS

Point d'ennui dans ce métier de psychothérapeute — surtout si l'on n'est pas étroitement spécialisé. Les clients se succèdent et ne se ressemblent pas : enfants, adolescents, adultes ou personnes âgées, dépressifs ou excités, silencieux ou communicatifs, dépendants ou révoltés, couples, familles ou groupes nous maintiennent toujours en éveil !

Lorsque l'on consulte les différents annuaires en ligne, on trouve souvent l'indication : « reçoit enfants et adolescents ». Or il ne s'agit pas du tout de la même clientèle : les adolescents sont, sans doute, plus éloignés des jeunes enfants que des adultes. Il s'agit donc, en réalité, de *trois spécialisations* différentes, impliquant une expérience spécifique, voire une formation complémentaire particulière. Contrairement à ce qui se pratique souvent en Grande-Bretagne et en Irlande, nous ne pensons pas souhaitable de se spécialiser pour les enfants, sans avoir au préalable une formation générale et une expérience suffisante avec les adultes¹.

1. Voir notamment revue *Gestalt*, n° 4 (printemps 1993) et 32 (juin 2007).

D'ailleurs, comme nous l'avons déjà évoqué, il faudra gérer parallèlement les relations délicates avec les parents — que l'on ne peut négliger, mais avec lesquels il faudra garder une certaine discrétion, évitant une collusion excessive, qui pourrait entamer la confiance entre le psychothérapeute et l'enfant. Les parents constituent généralement le milieu de vie de l'enfant et leurs réticences ou maladresses, leurs identifications projectives (Delisle, 1996), ainsi que leur sentiment éventuel de blessure narcissique et de culpabilité (« J'ai raté l'éducation de mon enfant ») compromettent sérieusement toute thérapie et peuvent même entraîner son interruption brutale et inopinée, sur un fond de *rivalité* préconsciente parents-thérapeute. Il faut donc parvenir à gagner aussi leur confiance, même si on déplore, au fond de nous-même, certaines de leurs attitudes. Cette relation de *trois « parties »* (thérapeute/parents/enfant), dans le respect des uns et des autres, parfois proche d'une thérapie familiale (même si tous les membres ne sont pas présents simultanément) est souvent fort complexe, et il n'est pas évident qu'un(e) jeune thérapeute débutant(e) s'en tirera mieux que d'une thérapie avec un adulte, même plus âgé que lui ou elle !

Le travail avec les enfants nécessite, par ailleurs — outre une formation complémentaire spécifique — un équipement adéquat : moquette ou tapis, coussins, couvertures, peluches et poupées de diverses tailles, petits personnages et accessoires de style Playmobil, jeux ou jouets, crayons et feutres de couleurs, cartons vides, etc., sans parler d'une salle d'attente pour les parents. Les séances seront généralement plus courtes (trente minutes, par exemple).

Les thérapies d'enfants ont souvent lieu en institution (nouvelle « triangulation »), ce qui fait intervenir généralement un travail d'équipe — à la fois soutien et limitation d'autonomie, mais aussi partage nécessaire de références diagnostiques et thérapeutiques inspirées d'approches *variées* (psychanalyse, TCC, approches humanistes, *play therapies*).

L'accompagnement *d'adolescents* s'avère particulièrement délicat. Ils sont, bien souvent, ambigus dans leur demande, instables dans la régularité des séances, imprévisibles dans leurs réactions, susceptibles aux remarques ou allusions éventuelles... Le secret professionnel sera observé très scrupuleusement. Les groupes d'adolescents sont passionnants, mais difficiles à gérer. La spécialisation pour les adolescents est fondamentalement différente de celle nécessaire pour suivre les enfants prépubères. Par ailleurs, il n'est pas opportun de rassembler de jeunes ados avec des ados plus âgés. Bien entendu, la part éducative et informative ne sera pas exclue des « groupes de parole » ou des séances de thérapie.

LES FEMMES ENCEINTES ET JEUNES MAMANS

Il s'agit là aussi d'une population « fragile » et souvent en demande de consultations, voire de conseils.

Des « groupes de parole » peuvent être indiqués où les jeunes femmes pourront partager, dans la sécurité du secret et le soutien d'une « complicité », leurs inquiétudes et leurs espoirs de femmes, de mères (ou futures mères) et d'épouses.

On n'oubliera pas que les études récentes de neurosciences ont souligné l'importance fondamentale de la croissance du cerveau *in utero*, notamment pendant les cinq premiers mois de la grossesse. C'est alors que se constitue une partie non négligeable de la future personnalité de l'enfant. Les émotions fortes (peur, colère, angoisse ou dépression) modifient l'équilibre *biochimique* subtil des neurotransmetteurs et des hormones de la mère, et retentissent directement sur celui du fœtus. Le psychothérapeute évitera donc, dans la mesure du possible, les décharges émotionnelles *excessives* ou toute catharsis violente. Cependant, une angoisse ou une colère réprimées ne sont pas meilleures pour le développement harmonieux de l'enfant à naître.

Julie, enceinte de plus de sept mois, s'inscrit dans un groupe continu de thérapie avec, pour objectif, de « nettoyer tous les problèmes » qu'elle traîne depuis vingt ans avec son père et sa fratrie. Elle veut que « tout soit propre et dégagé » avant l'accouchement, et entreprend de mettre au jour les nombreuses frustrations et colères de son enfance et de son adolescence, non encore exprimées. Nous avons beaucoup de peine à la persuader d'accorder la priorité à la naissance qui s'annonce, et de remettre cette partie de la thérapie à plus tard...

On rappellera aussi les préconisations élémentaires d'hygiène, en insistant sur le fait que les toxiques (alcool, tabac, café, drogues) ont une action immédiate et indélébile sur les neurones du fœtus.

Les futures mamans sont souvent très désireuses que leur compagnon assiste à leur accouchement — comme preuve d'amour, de compassion et de joie, à la fois pour elles-mêmes et pour le bébé. Les maris s'y prêtent volontiers, voire insistent de leur côté : on partage tout ; on ne se quitte pas, pour le meilleur et pour le pire, dans une « confluence¹ » sympathique, bien que parfois naïve ou immature.

1. *Confluence* : terme de Gestalt-thérapie désignant un mécanisme inconscient de « résistance », rendant confuses les limites de la personnalité de chacun.

Et voici Éric, le futur papa, amoureux, impliqué et impatient, qui accompagne sa femme à la maternité. Il va assister à ce miracle de l'enfantement... Il a « souffert » avec sa compagne, il s'est émerveillé avec elle. Tout le monde est ravi et apaisé.

Quelques semaines plus tard, Éric confie à son psychothérapeute : « Ma femme s'est bien remise de son accouchement... mais moi, pas ! Mon désir s'est sérieusement émoussé : depuis que j'ai vu son sexe béant et sanguinolent, déchiré puis recousu, cette image me hante. Ce n'est plus une image excitante, mais dégoûtante ! Ce n'est plus un sexe de femme, mais de mère. Je ne me sens plus "chez moi" !... »

Ce qui était une évidence (accompagner jusqu'au bout sa partenaire dans ce moment fondamental) s'est transformé pour lui en traumatisme inattendu. Le sexe féminin a été désacralisé en tant qu'objet de désir.

Encore une idée reçue : le père « doit » participer à l'accouchement. Enthousiasme partagé pour les uns, drame pour les autres. Le principe est excellent, mais nous ne répéterons jamais assez qu'il n'y a pas de lois ni de règles générales : que des cas particuliers.

Les coutumes, les règles et les lois sont des cadres nécessaires, éventuellement contraignants, souvent sécurisants, mais parfois intrusifs ou inquiétants.

LES FEMMES STÉRILES

Les thérapies humanistes psychocorporelles peuvent pallier un grand nombre de stérilités féminines d'origine psychique ou psychosomatique.

Nous travaillons parallèlement à plusieurs niveaux :

- analyse et « re-vécu corporel », émotionnel ou symbolique, de la vie *in utero* supposée ainsi que de la naissance de la future mère elle-même, et travail sur ses relations (anciennes et actuelles) avec sa propre mère ;
- acceptation de son corps et de ses éventuelles modifications ;
- travail symbolique sur l'invitation d'un « étranger » dans sa « maison » intérieure : comment préparer cette dernière à recevoir agréablement un « jeune ami attendu » — avec mise en scène éventuelle, notamment si on peut travailler dans le cadre d'un groupe, ce qui élargit les possibilités ;
- identification au bébé à venir, avec échanges verbaux et physiques mutuels ;
- analyse, avec jeux de rôles, de la relation au conjoint ou futur père ;

- explicitation des fantasmes concernant l'accouchement.

Les résultats sont souvent assez rapides, voire spectaculaires.

LES JUMEAUX

Le travail psychothérapeutique avec un jumeau (et surtout un « vrai » jumeau univitellin) est souvent assez spécifique : la « présence » — explicite ou implicite — de « l'autre » est parfois encombrante, mais inévitable, inscrite dans l'inconscient dès les expériences intra-utérines. On sait aujourd'hui que ces dernières peuvent s'enregistrer durablement, dès les premiers mois de la grossesse, via l'*amygdale*, une structure du cerveau limbique profond — qui est déjà fonctionnelle pendant la gestation.

L'exploration sensorielle et émotionnelle du vécu archaïque, à travers des techniques permettant la régression (*rebirth*, respiration holotropique, Gestalt-thérapie, par exemple), pourra révéler soit un intense sentiment euphorique — mais aliénant — de fusion, soit un sentiment agressif confus de rivalité ou de colère contre l'intrus. Bien entendu, on est là devant des manifestations *infraverbales*, et les méthodes essentiellement basées sur la parole s'avèrent souvent insuffisantes.

LES PERSONNES ÂGÉES

Contrairement à ce que pensaient les premiers psychanalystes, les personnes âgées constituent une clientèle privilégiée des approches humanistes : il ne s'agit pas de les aider à modifier le cours de leur vie, ni à ressasser leur première enfance ou leurs traumatismes ; il s'agit plutôt de stimuler leur créativité, d'enrichir leurs relations sociales, de soutenir leur assertivité¹. La « gérontothérapie » est particulièrement développée en Allemagne. Le travail peut porter sur le passage à la retraite (que nous évoquerons à la fin de ce chapitre), sur le vieillissement, sur la maladie, sur l'accompagnement de la fin de vie, façon moderne de parler de la préparation à la mort — sans la nommer !

L'accompagnement psychothérapeutique des malades cancéreux — de tout âge — est très souvent demandé : il ne vise pas à guérir le cancer, mais à renforcer le système immunitaire de défense, à mieux faire face

1. *Assertivité* : affirmation de soi à sa juste valeur, sans forfanterie ni autodévalorisation.

aux traitements éprouvants (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie), à améliorer sensiblement la qualité de la vie. Il s'appuie notamment sur des techniques de visualisation positive qui mobilisent les ressources internes et stimulent les neurotransmetteurs.

LES HOMOSEXUELS

Malgré l'évolution sensible des mœurs et de l'opinion depuis quelques années, l'insertion sociale des homosexuels dans leur famille et dans leur milieu professionnel demeure souvent délicate. Tous ne sont pas prêts à un *coming out* public. Ainsi, la proportion d'homosexuels (surtout masculins) sollicitant une psychothérapie demeure très supérieure à la fois à leur pourcentage dans la population générale et à celle des hétérosexuels sollicitant une aide.

Un certain nombre de *gays* recherchent un psychothérapeute partageant leur orientation sexuelle, considérant qu'il sera mieux à même de comprendre leur problématique et leurs pratiques, parfois singulières. Il existe d'ailleurs des organisations de psychothérapeutes spécialisés pour homosexuels¹. Cependant, il peut paraître parfois regrettable, tant pour les clients que pour les thérapeutes, de favoriser ainsi un certain « ghetto », fonctionnant en circuit fermé (sauf s'il ne s'agit que d'un passage provisoire permettant de « consolider » l'orientation sexuelle de chacun, sans honte, ni forfanterie). Nous pensons, quant à nous, souhaitable de permettre à chacun de faire un choix large parmi les spécialistes — mais cela implique, bien évidemment, que le praticien soit spécifiquement formé et informé, qu'il ait dépassé tous les préjugés courants sur la question, et n'éprouve aucune réticence, consciente ou pas. Parmi les *préjugés* les plus courants, citons l'idée que les homos sont « efféminés », ou au contraire, sadiques ou violents, qu'ils sont particulièrement instables dans leurs relations sexuelles, etc. Ces idées préconçues sont loin d'être généralisables — même si chacun avance quelques exemples qui lui paraissent significatifs.

1. L'Association Gayttitude Psychologie (AGP) propose une aide psychologique aux homosexuel(le)s, bisexuel(le)s et transgenre et à toute personne concernée par une de ces orientations sexuelles. Les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes d'AGP sont des professionnels diplômés, formés et sensibilisés aux problématiques liées à l'identité sexuelle et à la *genralité*.

DIVERSITÉ CULTURELLE

Nous travaillons parfois avec des émigrés de première ou seconde génération, en provenance du Maghreb, de l'Afrique noire, de l'Europe du sud ou des pays de l'Est. Lorsqu'ils évoquent des souvenirs ou conflits familiaux, nous les invitons à s'adresser directement à leurs parents (imaginés présents) dans leur langue maternelle — même si nous n'en comprenons pas un mot. Ils retrouvent alors rapidement des expressions significatives, des mots tendres ou des injures, accompagnés souvent d'une vive émotion. Nous n'avons pas besoin de suivre mot à mot ces jeux de rôles (monodrames où le client incarne tour à tour divers personnages de sa vie). Il nous suffit d'en être le témoin, et de pouvoir recueillir ensuite le vécu intime de l'intéressé, puis de le décoder avec lui. De toute façon, c'est lui qui « travaille »... ce n'est pas nous !

Nous avons travaillé pendant de nombreuses années en Martinique, et nous avons pu constater à quel point beaucoup de nos clients antillais souffraient de problèmes transgénérationnels, liés à la période d'esclavage de leurs ancêtres. Il leur paraît essentiel d'être reconnus dans leur autonomie et leur maturité — personnelle, familiale et politique — tout en restant enracinés dans leurs traditions culturelles locales.

Le poids des souffrances, de l'oppression et des persécutions transgénérationnelles, envenime de même un certain nombre de descendants de familles juives victimes de la Shoah, développant chez eux à la fois une culpabilité inconsciente d'avoir survécu au massacre, et une méfiance généralisée sous-jacente, à tonalité parfois paranoïaque, accompagnée du sentiment de ne pouvoir être compris¹. L'ayant vécu moi-même, j'ai appris à respecter ce fardeau indicible et partiellement insurmontable, et je ne tente plus — en vain — de le dissoudre à tout prix...

LES DIFFÉRENTES « PATHOLOGIES »

Au fait, nos « clients » sont-ils des « malades » ? La plupart des psychothérapies humanistes ont développé une perspective existentialiste et libertaire, selon laquelle chaque être humain est *unique et original*. Cette optique philosophique s'oppose donc, *par principe*, à toute classification qui regrouperait les hommes par catégories, et notamment elle s'oppose à la distinction traditionnelle entre « normal » et « pathologique ».

1. Voir Zajde N., *Guérir de la Shoah*, Paris, Odile Jacob, 2005.

Pourtant peut-on estimer qu'un schizophrène halluciné et délirant est « normal » ?

Peut-on, par conviction idéologique, fermer les yeux sur certains troubles bien réels, et adopter les thèses de l'antipsychiatrie, selon lesquelles la société est responsable de la folie et doit accompagner le malade dans sa « plongée » et le soigner sans jamais l'interner ? Quoi qu'il en soit, les troubles de la personnalité *existent*, qu'on le veuille ou non, et il n'est pas raisonnable d'aborder de la même manière un dépressif suicidaire, un paranoïaque agressif ou un hystérique excité.

En pratique, chaque thérapeute, consciemment ou pas, établit son propre diagnostic, selon les catégories nosographiques¹ qui lui sont familières, et adapte ensuite sa stratégie thérapeutique à chaque cas.

Pour ma part, je développe dans mon enseignement et mes ouvrages, depuis 1985, une lecture « transversale » — qui prend en considération à la fois les travaux psychanalytiques, le DSM américain et les neurosciences².

Je tiens à tout prix à éviter « d'étiqueter » le client en le classant dans une case collective préétablie, *unique* et aliénante, voire arbitraire — telle que : « Sébastien est un obsessionnel » ou « Jeannine est une hystérique ». Je préfère élaborer pour chacun un « profil de personnalité » original et multiaxial.

En réalité, tout diagnostic psychopathologique demeure aléatoire, largement dépendant d'hypothèses provisoires³. Ainsi, les spécialistes du monde entier débattent encore pour savoir si la rupture du contact chez le fou schizophrène est provoquée par :

- un terrain génétique (chromosomes 5 et 11) ;
- un dysfonctionnement biochimique des neurotransmetteurs du cerveau (perturbation des récepteurs de la dopamine) ;
- des troubles anatomiques (du cortex préfrontal) ;
- une atteinte virale précoce (hypothèse récente — qui a la faveur de certains chercheurs) ;
- une attitude pathogène de la mère (surprotection « schizophrénigène » des psychanalystes traditionalistes, ou *double-bind* de Bateson) ;

1. *Nosographie* : description et classification méthodique des troubles ou maladies.

2. Voir Ginger S., *La Gestalt, l'art du contact*, Paris, Marabout-poche, 1995. 9^e éd. 2007, chap. 10.

3. Voir Ginger S., « Brève histoire du diagnostic », in *Être psychothérapeute*, Paris, Dunod, 2006, p. 33-44.

- ou plutôt, sans doute, par une combinaison de multiples facteurs associés...

Peu nous importe, en définitive !

Après tout, faut-il connaître tous les détails sur l'origine d'une fracture (lieu de l'accident, circonstances, intentions de la victime...) pour entreprendre de la soigner ? Même si l'enquête peut aider à la prévention future, elle n'est pas de première urgence... et risque même de retarder les soins.

LA « PERSONNALITÉ DE BASE »

Selon Freud, les deux pulsions fondamentales de l'homme sont la *sexualité* et l'*agressivité* (Éros et Thanatos, ou encore *pulsion de vie* et *pulsion de mort*). L'angoisse naîtrait de l'insatisfaction des besoins sexuels archaïques. Les névroses viendraient d'une perturbation de la fonction *sexuelle*, réelle ou symbolique.

Selon la psychanalyste Karen Horney (1937) et de nombreux existentialistes, l'homme — dès sa naissance — serait habité par une *angoisse existentielle de base*. On peut alors considérer la sexualité et l'agressivité comme deux pulsions *de vie*, ou de survie (de l'espèce et de l'individu) : se reproduire et s'allier pour être défendu, se battre pour se défendre. Les névroses et les psychoses pourraient alors être considérées comme des *mécanismes de défense contre l'angoisse de base*.

Ainsi, pour Freud et Melanie Klein, l'angoisse serait une des *conséquences* de la sexualité et de l'agressivité, tandis que pour Karen Horney, à l'inverse, la sexualité serait une des réactions saines contre l'angoisse (fig. 11.2).

Les troubles de la personnalité seraient alors des mécanismes *de défense et d'adaptation*, permettant la survie à un moment donné de l'existence. Cependant, ils s'installent et se perpétuent souvent de manière excessive et rigidifiée et deviennent alors anachroniques et encombrants : la cuirasse ne m'est plus nécessaire lorsque j'ai quitté le champ de bataille. Elle limite mes mouvements et me pèse : au lieu d'être une aide, elle devient alors une gêne. Le remède est pire que le mal.

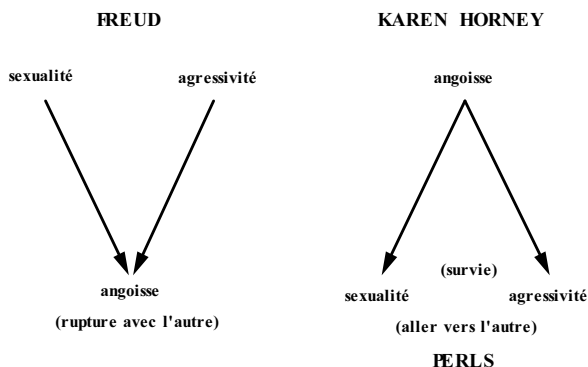


Figure 11.1.

LA « ROUE DE LA PERSONNALITÉ » (OU LE « PROFIL » INDIVIDUEL)

La thérapie consiste alors à repérer les mécanismes de défense encore utiles et *ajustés* à l'environnement du moment, et ceux qui sont *périmés* ou *rigidifiés*, en structures de « caractère », au sens étymologique du terme — qui signifie « gravé de manière inamovible ». Ces mécanismes peuvent être *assouplis*, voire *remplacés*.

Le psychothérapeute averti prend garde à ne pas priver le client de ses mécanismes de défense encore nécessaires : ainsi, par exemple, un comportement obsessionnel, très méthodique et organisé, souvent rigide et répétitif, accompagné parfois de rituels, peut utilement pallier une angoisse profonde sous-jacente. Une attaque directe des symptômes ou rituels de rangement ou de contrôle risque de faire réapparaître cette angoisse de base et de mobiliser alors des systèmes défensifs plus profonds et plus lourds — par exemple de type paranoïaque. En somme, le trouble apparent ne peut impunément être effacé sans précaution.

Concrètement, que peut-on entreprendre alors ?

On pourra, par exemple, exploiter la notion gestaltiste de « polarités » et tenter d'équilibrer les tendances : encourager « l'hystérique » à s'obsessionnaliser (horaires, programmation, organisation, notes) ou « l'obsessionnel » à s'hystériser (assouplissement, improvisation, séduction, contact, expression des émotions, activités artistiques, etc.) ; on encouragera le masochiste à exprimer sa saine agressivité, à affirmer son assertivité, etc.

Une dernière remarque : il est loin d'être prouvé que tous les traits de personnalité évoluent vers un trouble névrotique de même catégorie. Souvent, à l'inverse, des tendances discrètes servent de soupape de sécurité, justement pour empêcher l'installation d'un trouble pathologique. Par exemple, des phobies banales, comme la peur des souris ou des araignées, peuvent parfois suffire à juguler une angoisse sous-jacente en la canalisant, et un traitement symptomatique comportemental, visant la seule disparition des troubles, peut alors être contre-indiqué. De même, des manifestations hystériques discrètes, telles que le plaisir de se faire remarquer ou le désir de séduire, peuvent maintenir le narcissisme vital nécessaire, et éviter ainsi l'installation d'une excitation hystérique permanente et pathologique ; ou bien encore, des traits obsessionnels peuvent protéger contre la dépression ou la paranoïa...

Dans tous ces cas, lorsque le client « décompense », c'est-à-dire que ses mécanismes de défense habituels « craquent » (pouvant conduire à une bouffée délirante, un mutisme, une dépression — parfois suicidaire), à la suite de fatigue, traumatisme psychique, pseudo-thérapie par un charlatan, etc., on sera surpris de constater que ses troubles apparents disparaissent au lieu de s'aggraver et qu'apparaissent des troubles *nouveaux*, inattendus pour les profanes, mais souvent *plus graves*.

Ainsi, jamais je n'oublierai comment l'éducateur-chef de l'établissement que je dirigeais a abandonné son système de défense obsessionnel, hyper-organisé (qui faisait de lui un excellent chef de service), au cours d'une psychanalyse traditionnelle maladroite... et s'est retrouvé hospitalisé à vie pour une paranoïa délirante, avec passages à l'acte graves : cette psychanalyse l'avait « guéri » de ses habitudes obsessionnelles d'organisation et de contrôle !

On voit la nécessité d'une formation attentive des psychothérapeutes aux mécanismes de compensation en psychopathologie et l'importance d'une *supervision* régulière.

Le thérapeute vigilant s'attachera toujours à *évaluer* dans quelle mesure le comportement observé assure éventuellement un *ajustement créatif* spécifique adéquat ou acceptable, caractéristique de la *personnalité originale* du client, et dans quelle mesure il est *gênant* pour ce dernier — ou pour son entourage !

Voici maintenant un schéma simple permettant d'établir le profil personnel de chaque client, à partir de quelques caractéristiques de base. L'idée étant de ne pas « réduire » la personne à une seule pathologie

principale, mais d'en repérer les divers aspects avec leur importance relative, le tout dans une perspective dynamique et évolutive.

Brefs commentaires

J'ai cherché à *simplifier* au maximum, sur la base de deux croix :

- une croix grecque : + (axes dits « psychotiques ») ;
- une croix de Saint-André : × (axes dits « névrotiques ») ;

Les axes dits « psychotiques » correspondent à une *rupture avec la réalité* de l'environnement :

- dans les processus mentaux (paranoïa et schizoïdie) ;
- dans les processus affectifs (psychose maniaco-dépressive ou troubles bipolaires).

Les axes dits « névrotiques » correspondent à une *distorsion des relations* à l'environnement :

- les *phobies* ne figurent pas sur le schéma : elles se situent le long de l'axe névrotique hystérie-obsession ;
- le *borderline* (état limite) serait caractérisé par une présence *excessive* de plusieurs traits différents, avec passage *imprévisible* de l'un à l'autre : il peut apparaître, tour à tour, hystérique, dépressif ou parano... avec éventuellement des *passages à l'acte* impulsifs (ruptures, accidents, tentatives de suicide, etc.).

Suggestions d'utilisation du graphique (si vous désirez tenter de tracer votre propre profil)

Situer subjectivement l'importance de chacun de vos *traits de personnalité*, le long de chaque axe : du centre (le trait est absent), vers la circonférence (le trait est pathologiquement prononcé).

Puis rejoindre les points ainsi marqués, pour obtenir votre *profil psychopathologique spécifique*.

Voici, à titre d'exemple, un schéma du « profil » de Freud, tel que je l'imagine subjectivement, à partir de ses écrits.

La normale (personnalité saine) serait *non pas l'absence* de tous les traits (ce serait une personnalité « pauvre »), mais une présence relativement *équilibrée de chacun d'entre eux*.

Ainsi, un homme normal pourrait manifester à la fois des traits légers de :

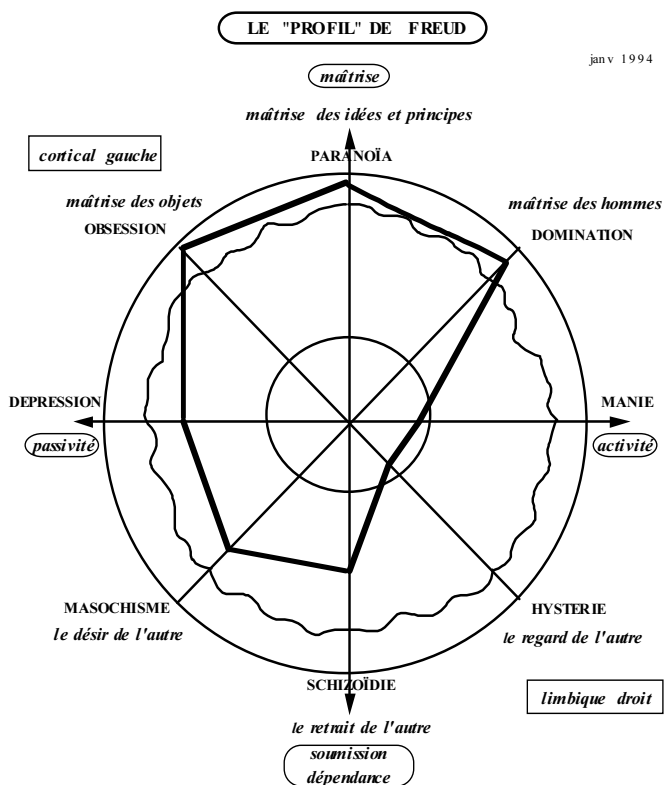


Figure 11.2. La roue de la personnalité

- « paranoïa » : être affirmé, tenir à ses idées (mais sans rigidité), défendre des principes, être prudent et vigilant (ni méfiant, ni naïf), sensible (mais pas hypersensible), défendre les opprimés, etc. Par exemple, le militant syndical ;
- « obsession » : être organisé et soigneux, attentif au temps et à l'espace, fiable, travailleur, etc. Par exemple, l'artisan ou le technicien ;
- « hystérie » : être ouvert à l'ambiance et aux autres, sympathique, à leur écoute, émotif, aimer plaire, etc. Par exemple, le commerçant ou le comédien ;
- « masochisme » : être capable de dévouement, voire de sacrifice, remettre certains plaisirs à plus tard. Par exemple, le travailleur social ou le « saint » ;

- domination « sadique » : avoir une personnalité affirmée, de l'initiative, le sens des responsabilités. Par exemple, le chef ;
- « dépression » : ne pas se réfugier dans un optimiste béat, être réaliste. Par exemple, le philosophe existentialiste.
- « manie » (au sens psychiatrique du terme) : être hyperactif, toujours en éveil. Par exemple, l'entrepreneur, le député.
- « schizoïdie » : assumer la solitude, être capable d'introversion. Par exemple, le chercheur ou le « sage ».

Bien entendu, sur ce schéma délibérément simplifié, ne figurent pas tous les types de troubles¹. Il en est ainsi notamment des dépendances : alcooliques, alimentaires, dépendances au jeu, au sexe, à l'internet... mais aussi de la schizophrénie proprement dite, des psychopathies, etc. Il n'est pas question de faire de ce guide un précis de psychopathologie !

Ajoutons simplement quelques remarques complémentaires :

En ce qui concerne les *troubles des conduites alimentaires* (TCA) — anorexie, boulimie, hyperphagie — nous combinons généralement plusieurs approches : une approche de type gestaltiste centrée notamment sur les troubles de la personnalité *borderline*, une approche TCC centrée sur une analyse cognitive du comportement, une approche EMDR centrée sur l'atténuation de séquelles traumatiques du passé et, bien entendu, une approche systémique considérant le « patient désigné » dans son réseau de communications familiales.

Pour *l'alcoolisme* et les *toxicomanies*, nous pensons nécessaire, en complément de la thérapie individuelle, un accompagnement de groupe par d'anciens malades, alcooliques anonymes, susceptibles d'interventions rapides de soutien. Il convient, bien entendu, de se montrer très ferme sur le cadre, les horaires, l'abstinence... mais sans rompre la relation pour autant, en cas de rechutes — assez fréquentes.

Pour des troubles du registre *psychotique*, des troubles bipolaires ou des dépressions graves, un suivi psychiatrique parallèle nous paraît indispensable, avec prescription éventuelle de médicaments psychotropes. Mais il est bon que le psychothérapeute, même non-médecin, s'intéresse au traitement et à son observance, car c'est généralement lui qui voit le patient le plus régulièrement. Il pourra être aidé par la consultation régulière du *Dictionnaire des médicaments* ou *Vidal de la famille* (www.vidal.fr). Une collaboration avec le médecin traitant (« secret professionnel partagé », mais en accord avec le client) sera

1. Le DSM-IV en décrit plus de trois cents !

souvent enrichissante, tant pour ce dernier que pour le psychothérapeute et pour le client.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR DES THÈMES RÉCURRENTS

En dehors des symptômes spécifiques et des troubles déjà mentionnés, certains thèmes récurrents apparaissent dans la plupart des psychothérapies — même s'ils n'avaient pas été annoncés *explicitement* au départ, notamment : l'argent, la sexualité, le vieillissement, la maladie, la mort et le deuil.

Il arrive que certains de ces thèmes existentiels ne soient pas abordés *spontanément* par le client. À notre avis, il ne faut pas hésiter dans ce cas, dès qu'une relation de confiance suffisante a été établie, à questionner discrètement le client sur ces sujets, volontiers *évités*. Il faut qu'il sache que nous sommes très habitués à en parler et qu'il peut se livrer sans honte et sous la garantie du secret (à rappeler, le cas échéant, à plusieurs reprises).

En ce qui concerne la *sexualité*, nous n'oublions pas sa parenté avec l'agressivité positive (*ad-gressere* : « aller au-devant de ») : ces deux pulsions *de vie* sont d'ailleurs gérées en partie par la même hormone (la testostérone) et par la même structure du cerveau limbique (l'hypothalamus), où elles ne sont séparées que par quelques millimètres à peine, par la zone... gérant le plaisir ! Le travail thérapeutique autour de la vie sexuelle ne négligera donc pas la gestion de la saine agressivité (voir Martel, 2004). Les *fantasmes* sont un signe de santé mentale s'ils sont accueillis comme des fantaisies libératrices et ne débouchent pas sur des passages à l'acte inconsidérés.

Pour ce qui est de la peur du vieillissement, un certain nombre de nos client(e)s commencent à s'inquiéter lorsqu'ils atteignent 40 ans — oubliant que cet âge représente actuellement à peine le milieu de la vie. En effet, depuis un demi-siècle, l'espérance de vie augmente en moyenne d'un an tous les cinq ans, dans les pays occidentaux... mais les mentalités évoluent moins vite ! Aujourd'hui, on peut diviser la vie en trois tiers de durée voisine (25 ans à 30 ans) : un tiers de « préparation » (enfance, adolescence, études de plus en plus longues, recherche d'emploi, mariage de plus en plus tardif), un tiers de vie « active »... et un tiers de retraite. Le seuil de la retraite est souvent difficile à franchir : il faut trouver un nouveau rythme de vie, personnel, familial, professionnel, éventuellement de nouveaux intérêts pour se sentir utile et non attendre la mort ! Chacun sait aujourd'hui que le

repos fatigue plus l'organisme que l'exercice des facultés physiques et psychiques qui lutte contre la « rouille ». Le calme et l'ordre s'avèrent souvent plus délétères que le chaos et le désordre, signes de vitalité (Prigogine, *Les Lois du chaos*, 1993). Une tranche de psychothérapie humaniste ou existentielle s'avère souvent utile pour négocier ce passage et rendre la retraite conforme à sa traduction espagnole : *jubilacion* !

Le *deuil* de personnes proches est souvent lourd et durable, et le travail d'un deuil pathologique (au-delà de deux ans, selon un consensus international) est un thème courant en psychothérapie — qu'il s'agisse de la mort d'un être aimé ou, plus simplement, d'une rupture définitive. Il ne s'agit ni de ruminer sans cesse un passé révolu, ni de tenter, en vain, de l'oublier. Ni éviter le sujet, ni le cultiver inlassablement. Il s'agit plutôt d'aider l'endeuillé à « classer le dossier », après l'avoir trié : extraire les bons moments passés et s'en faire un « album » psychique, à feuilleter mentalement avec plaisir, et non s'enliser dans les derniers moments et les regrets de tout ce qu'on aurait pu faire... et qu'on n'a pas fait. Nous utilisons souvent certaines techniques gestaltistes de dialogue avec l'absent, avec changements de rôle, ainsi que des rituels, à élaborer en connivence avec le client, et éventuellement dans le cadre d'un groupe.

Chapitre 12

TRAVAIL EN GROUPE

LES GROUPES CONTINUS THÉRAPEUTIQUES

Les réflexions qui vont suivre sont issues essentiellement de notre pratique de trente années, pendant lesquelles nous avons animé plus d'un millier de groupes intensifs ponctuels de quelques jours, des stages centrés sur des thèmes spécifiques (sexualité, couples, rêves, deuil, etc.), et surtout mené des groupes thérapeutiques continus (à raison de deux ou trois journées intensives par mois pendant plusieurs années, dans diverses villes françaises et étrangères, avec des groupes de participants fixes)¹.

Nous voulons souligner la richesse, parfois sous-estimée, de la thérapie en groupe, parallèlement à la thérapie individuelle traditionnelle (en face-à-face), tout en prônant, chaque fois que possible, la combinaison de ces deux formules.

Nous parlerons ici d'un travail individualisé et suivi, effectué en situation de groupe et non d'un travail *de* groupe, centré sur le processus et les phénomènes de groupe, pris dans leur ensemble.

1. Notamment au sein de l'École parisienne de Gestalt (EPG) à Paris, Toulouse, Montpellier, Lyon, Fort-de-France, Bruxelles, Rome, Saint-Petersbourg, Riga, Lviv, etc.

Notre expérience nous permet d'affirmer que pratiquement tous les problèmes peuvent être utilement abordés en situation de groupe, alors que beaucoup ne peuvent guère être traités efficacement en situation duelle (thérapie dite « individuelle »). Citons simplement d'emblée — à titre d'exemples — les problèmes de timidité ou d'inhibition dans les relations (en groupe ou avec l'autre sexe), ou inversement, une centration excessive sur soi, avec envahissement permanent du territoire des autres... Nous reviendrons plus en détail sur ces thèmes.

Le travail en groupe permet, le cas échéant, un fort engagement émotionnel et corporel qui ne soit pas limité aux seuls échanges verbaux (Ginger, 1987, 1995), alors que dans la relation duelle, le travail est plus volontiers à base dialogale.

LE CADRE ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Un petit groupe thérapeutique peut comprendre une dizaine de participants (de cinq à douze environ). Si l'effectif le permet (ou si les thérapeutes acceptent de travailler avec une rémunération moindre), il peut être co-animé par un couple de psychothérapeutes, ce qui enrichit largement les possibilités.

Nous suggérons des groupes « lentement ouverts », c'est-à-dire qu'un nouveau participant peut entrer lorsqu'une place s'avère libre, notamment à la suite du départ d'un ancien. Cette situation reproduit la vie sociale habituelle dans une famille, un groupe d'amis, une équipe sportive, un groupe professionnel.

Cela implique que la personne qui compte quitter le groupe (en moyenne après un an ou 18 mois de participation), prévienne au minimum une session à l'avance. Ainsi chaque membre du groupe a le temps de prévoir ses adieux et de régler d'éventuelles relations inachevées. Le départ peut donner lieu à diverses cérémonies ou rituels — à la charge du membre partant : tour de groupe de souvenirs, de remarques, cadeaux, chants, poèmes, etc.

Plutôt que des groupes hebdomadaires ou bimensuels de quelques heures, nous préférons, quant à nous, les groupes intensifs, d'assez longue durée : deux à quatre journées complètes, et même si possible, en séminaire résidentiel à la campagne. Cela permet un échauffement progressif, suivi d'une implication profonde, dans des conditions de sécurité affective.

Dès les premières séances, on insistera sur l'importance du secret — qui n'est pas une limitation, mais une libération : tout peut être évoqué

dans le groupe, en sécurité, que ce soit des désirs interdits (sexuels ou agressifs, par exemple), des expériences originales ou des traumatismes violents ou honteux. Tout peut être dit, voire joué — sous le contrôle du (ou des) thérapeutes, mais tout ne peut être agi ! Les passages à l'acte sexuels ou agressifs sont, bien entendu, interdits — mais cependant pas l'expression de la tendresse, ou le conflit contrôlé.

LE « DOUBLE-VERROUILLAGE »

Avec des participants susceptibles de se revoir hors du groupe en d'autres circonstances, nous avons institué un secret renforcé, que nous avons baptisé le « double-verrouillage ».

Le premier « tour de clé » concerne *l'extérieur* : rien de doit être raconté (de manière qui permette une quelconque identification des protagonistes) de ce qui s'est dit ou joué dans les séances de groupe. Nous constatons, en pratique, que cette règle de discrétion est assez facilement respectée, à de très rares exceptions près.

Le second tour de clé concerne *l'intérieur* : c'est-à-dire *le client lui-même*. Il est convenu que ce qui a été dit ou révélé en séance thérapeutique reste couvert par le secret, et ne doit jamais être évoqué en dehors des séances de travail — y compris avec l'intéressé lui-même. Lorsqu'un participant a évoqué un problème personnel délicat, par exemple : « Mon mari m'a frappée », « Ma fille se drogue », « Mon collègue me drague avec insistance »..., nul n'est autorisé à l'interpeller par la suite à ce sujet. Ainsi, le client ne se sent pas sans cesse exposé, « marqué » à jamais par un problème qu'il a « imprudemment » partagé un jour. Lui seul peut y revenir, à son propre rythme, s'il le désire, et lorsqu'il le désire. Cette règle n'est pas simple à observer car les camarades du groupe veulent souvent témoigner leur sympathie ou apaiser leur curiosité (« Alors, ton mari s'est-il calmé ? », « As-tu fini par céder à ton collègue ? », « Est-ce que ta fille va mieux ? »...), mais il nous semble essentiel de protéger chacun contre cette sollicitude — parfois ambiguë — et de ne pas « acculer » les gens à leur problème. Bien entendu, si l'intéressé évoque lui-même sa situation et son évolution, personne ne fait mine d'avoir oublié ses propos antérieurs, mais on lui laisse toujours l'initiative de ré-aborder la question lorsqu'il se sent disposé à le faire. En revanche, la question peut être rappelée, si utile, dans le cadre d'une session thérapeutique ultérieure. Cette règle constitue, de surcroît, un excellent entraînement au secret pour les psychothérapeutes.

Ces principes, nous les proposons aussi au psychothérapeute, qu'il travaille en groupe ou en tête-à-tête : il ne lui appartient pas de revenir lui-même sur un problème antérieur, y compris si la séance précédente s'est terminée sur une question ouverte (« Gestalt inachevée »). Nous considérons que c'est *au client* de décider lui-même de quoi il veut parler aujourd'hui, et quand il se sentira prêt à approfondir la question. Ce respect de l'intimité de chacun lui permet, paradoxalement, d'en dévoiler régulièrement des facettes nouvelles et de plus en plus profondes.

L'ENTRÉE DANS LE GROUPE : LA « BOULE DE CRISTAL »

Dans nos groupes continus, nous avons instauré un rituel d'entrée original et amusant — que nous partageons avec vous, ci-après : la « boule de cristal ». Il s'agit d'un jeu visant à intégrer rapidement le nouveau venu parmi un groupe déjà constitué. Au lieu de demander au membre entrant de se présenter lui-même, comme cela se fait couramment, c'est le groupe entier qui le présente ! Chacun se concentre attentivement sur le nouveau et exprime tout haut ses fantasmes à son sujet, avant qu'il n'ait parlé lui-même :

« J'imagine que tu vis seule avec deux enfants »... « J'imagine que tu es enseignant et très sévère avec tes élèves »... « Et moi, je t'imagine médecin homéopathe, très doux et patient avec tes clients »... « Moi, je te vois, à l'âge de 10 ans, habitant une ferme, toujours accompagné d'un gros chien »... « Je pense que tu lis plusieurs livres à la fois, et que tu les laisses traîner, ouverts à la page en cours, sur plusieurs meubles de ton appartement »..., etc.

Un des objectifs de ce jeu est d'accorder beaucoup d'attention au nouvel entrant : tout le groupe est centré sur lui pendant au moins dix minutes et chacun cherche à percer son mystère, à se laisser pénétrer par son allure, ses vêtements, son expression. Bien entendu, on fait ce jeu dès que possible, avant que l'intéressé n'ait eu l'occasion de s'exprimer. On ne dispose alors que d'indices non verbaux, et la plupart du temps non conscients.

La personne décrite *ne réagit pas*, que les remarques soient justes ou fausses ; elle ne prend pas de notes non plus, mais écoute simplement l'effet qu'elle produit à première impression. À la fin du jeu, elle parle librement de son ressenti, de ses surprises, des points exacts (généralement très nombreux) et inexacts, et elle complète, si elle le désire.

On a ainsi d'emblée un portrait vivant et complet, balayant un large champ personnel et professionnel, et le nouveau se sent immédiatement compris et intégré. Plusieurs mois plus tard, lorsque le client va quitter le groupe, chacun se souvient encore du portrait initial et souligne les modifications constatées. Certains demandent même... une nouvelle boule de cristal pour leur avenir et non plus pour leur passé !

Les membres anciens d'un groupe continu, entraînés à autoriser leur intuition et à limiter leurs projections personnelles, arrivent à un portrait souvent saisissant de justesse.

« Je vois, chez toi une tapisserie, fixée au mur, sur laquelle tu es en train de travailler : un paysage, avec un étang et des moutons, et un fil de laine blanc pend au mur, avec la pelote posée au sol ! » (L'intéressée est restée persuadée d'une visite secrète à son domicile !)

« Toi tu as un amant *secret* ; personne n'est au courant. C'est le potier du village ; il habite une petite maison à l'écart et tu vas le voir discrètement, la nuit tombée... » Personne n'était au courant, en effet, mais la jeune femme a cru débarquer dans un groupe de voyantes (d'où le nom de ce jeu : la *Boule de cristal*).

Et, plus surprenant encore :

« C'est ton grand-père qui a importé le Coca-Cola en Suisse »... et le nouvel arrivant, ne pouvant se retenir, rétorque : « Non ! C'est mon grand-oncle ! »

La seule explication que je puisse apporter à ce type (assez fréquent) de remarques précises, serait liée à une communication directe des inconscients, à une transmission de pensées... Mais ces phénomènes demeurent inexpliqués par la science actuelle — tout comme le fait, contrôlé en laboratoire, que les jeunes bébés rêvent en même temps que leur mère, le même type de rêve (peut-être communication via les phéromones, captées par notre OVN¹ ?).

« FLOATING HOT SEAT »

Les travaux se font ensuite à la demande de chacun, dans le désordre, selon ce qui émerge dans l'ici et maintenant du groupe. L'un travaille vingt minutes, et après un *feed-back* général, un autre enchaîne pendant quarante minutes ; certains expriment simplement quelques phrases sur l'écho personnel ressenti ; d'autres reviennent sur un problème

1. OVN : organe voméro-nasal, notre sixième sens biochimique (voir note p. 88).

important, entamé le mois dernier... Chacun est accompagné par le (ou les) thérapeute(s) ; les autres membres du groupe interviennent principalement lorsqu'ils sont sollicités par le client lui-même ou par un thérapeute. Ils s'expriment librement en fin de travail, au moment du *feed-back*.

Le participant qui travaille n'est pas invité d'emblée à changer de place, par exemple pour se mettre face au psychothérapeute ou s'asseoir sur un « *hot seat* » prédéterminé, comme le proposait Fritz Perls, le fondateur de la Gestalt-thérapie. Il commence à s'exprimer, tout naturellement, depuis la place qu'il occupait spontanément dans le cercle du groupe. C'est ce qu'il est convenu d'appeler le « *floating hot seat* » (Polster, 1973). Mais le client qui « travaille » peut être amené à se déplacer au cours de la session, le cas échéant : recherche d'une juste distance, mise en action psychodramatique d'une situation évoquée, recherche d'un objet symbolique, rencontre avec un (ou plusieurs) participant(s) du groupe, etc.

Bien entendu, le psychothérapeute aussi peut se déplacer s'il l'estime utile : ainsi, il peut se rapprocher ou s'éloigner du client et il peut l'accompagner lors de ses déplacements. Il évitera généralement de trop s'approcher d'emblée, de « se pencher » sur son client dans une attitude de surprotection, parfois envahissante. De même, il sera attentif à ne pas parler d'une voix trop basse et « confidentielle », d'une part, afin que le groupe puisse rester impliqué, d'autre part, afin que le client l'entende facilement, sans être obligé de prêter attention au thérapeute, d'être ainsi centré sur lui, au lieu d'être centré sur soi. Les mots du psychothérapeute doivent toucher le client sans effort, ni sensoriel, ni mental (il doit donc employer des mots simples et des phrases courtes, surtout si le client se trouve dans une phase émotionnelle).

En pratique, lors de la plupart des sessions, se produisent plusieurs déplacements et mises en action consécutifs. Il va de soi que toutes ces mises en situation sont beaucoup plus aisément réalisables en groupe qu'en situation individuelle.

« L'OUVERTURE LIMBIQUE »

Nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches en neuropsychologie (Changeux, 1983 ; Vincent, 1986 ; Ginger, 1987, 1995 ; Damasio, 1994 ; Goleman, 1995), que toute mobilisation corporelle sollicite *l'hémisphère droit* du cerveau, chargé notamment de réguler la dimension *spatiale* (tandis que le cerveau gauche gère le temps). Nous savons aussi que le

cerveau *droit* est plus sensible aux émotions et se trouve en relation plus directe, via la « voie perforante », avec les zones profondes limbiques — où sont stockés les souvenirs émotionnels (amygdale) et où s'élaborent la mémoire et l'apprentissage (hippocampe). On sait aussi que la mémorisation à long terme implique la présence d'une des émotions fondamentales : joie, tristesse, peur, dégoût, colère, désir ou surprise.

Ainsi, mouvement et émotion (du latin *ex-movere* = effectuer un mouvement vers l'extérieur) participent à ce que j'ai baptisé « l'ouverture limbique » (Ginger, 1987), permettant à l'expérience vécue pendant la session de s'emmagasiner durablement (s'engrammer) dans les structures cérébrales. Soulignons que les commentaires verbaux en constituent, en quelque sorte, non le moteur mais le « sous-titrage » — qui permettra *l'accès ultérieur* aux zones concernées, et donc la reprise et la poursuite du travail entamé.

Ainsi, les récentes découvertes des neurosciences expliquent et valident la succession habituelle des séquences dans plusieurs thérapies psychocorporelles : expression corporelle, trace émotionnelle, verbalisation de repérage et de partage, s'opposant à la succession traditionnelle *inverse* en psychanalyse (verbalisation associative, entraînant éventuellement un écho émotionnel, et sans mobilisation corporelle importante).

Une fois de plus, soulignons qu'il est plus facile et naturel de mobiliser le corps et l'émotion en situation de *groupe* qu'en situation d'entretien duel.

APPROCHE INTERPERSONNELLE

La psychothérapie en groupe ajoute à l'approche intra-personnelle (ou intra-psychique) et transpersonnelle (ou spirituelle), l'approche *inter-personnelle* (ou inter-psychique), fondamentale dans les relations humaines et dont l'importance primordiale a notamment été soulignée par l'École britannique des relations d'objets (Klein, Fairbairn, Winnicott, etc.).

En effet, bon nombre de clients demandent une psychothérapie pour lutter non seulement contre un mal-être *interne*, mais aussi ou surtout, contre un malaise relationnel : conflits conjugaux ou professionnels, timidité excessive ou difficulté à prendre sa place, irritabilité ou agressivité mal contenues, etc.

La situation de travail en groupe permettra d'expérimenter ces difficultés relationnelles in situ, dans l'ici et maintenant de leur émergence

naturelle ou provoquée (Clarkson, 1995), alors que la thérapie individuelle n'en permet que l'évocation verbale — différée et transformée, consciemment et inconsciemment.

On pourra ainsi, par exemple, voir ou expérimenter la difficulté d'un jeune homme à aborder une femme ou à l'inverse, la gêne, la paralysie, la méfiance agressive ou la soumission excessive d'une femme, face à la moindre trace de séduction d'un homme.

De telles attitudes sont souvent exacerbées à la suite d'un traumatisme sexuel, parfois explicite (viol ou abus sexuel identifié), parfois simplement supposé, préconscient, refoulé, voire imaginaire. Le travail du psychothérapeute ne consistera nullement en une recherche — souvent vaine ou traumatisante — de la vérité historique des faits, mais il impliquera une exploration profonde du *vécu subjectif actuel* de la victime. Cela pourra comprendre une mise en situation de type psychodramatique (A. Ginger, 1992), avec agression physique simulée (mais cependant agie), réveillant des sentiments envahissants de peur, de panique, de colère et souvent, de culpabilité. Nous suggérons généralement, dans une telle expérimentation, une brève séquence où la victime joue, à son tour, le rôle d'agresseur, afin de briser les inscriptions neurologiques profondes — et donc une forme de conditionnement — à la soumission passive.

Le *soutien d'un groupe familial* et psychologiquement proche, voire « complice », permet non seulement la mise en scène, mais encore une plongée profonde, dans un climat de confiance — dans la mesure où les garanties de secret sont bien intégrées. De plus, le pourcentage habituel de personnes présentes ayant eu à subir des abus sexuels (réels ou en partie fantasmés) est généralement plus élevé que ne le pensent les victimes (de 25 % à 40 % dans nos groupes actuels de thérapie, en France) — ce qui dédramatise partiellement la situation, et réduit souvent la honte et la culpabilité. Lorsqu'une personne a évoqué ce type de traumatisme, il n'est pas rare que plusieurs autres membres du groupe abordent des problèmes voisins — parfois jamais avoués à personne, depuis le début de leur vie. Le courage des uns triomphe de la timidité ou de la pudeur des autres, et l'expérience nous montre que, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, les traumatismes sexuels sont abordés plus facilement en groupe qu'en thérapie individuelle — où la proximité et l'intimité avec le thérapeute peuvent constituer paradoxalement des facteurs inhibiteurs.

D'une manière plus générale, la situation de groupe permet la mise en action contrôlée, aussi bien de conflits physiques que de gestes de tendresse ; l'un et l'autre sont très délicats à manier, voire interdits, en relation individuelle, pour des raisons déontologiques évidentes. En effet,

même si le psychothérapeute est très clair dans ses gestes et ses intentions, on ne peut jamais exclure une interprétation tendancieuse ou ambiguë de la part du (ou de la) client(e).

Bien entendu, tout contact personnel et toute rencontre entre le thérapeute et un de ses clients est proscrite en dehors des séances thérapeutiques collectives ou individuelles. En revanche, nous n'interdisons généralement pas les contacts hors séances entre les participants eux-mêmes, considérant que ce serait un abus de pouvoir infantilisant et une atteinte à leur autonomie — laquelle demeure un des objectifs de toute psychothérapie. Nous ne demandons pas non plus une « restitution » obligatoire au groupe de ce type de rencontres personnelles. Cependant, nous mettons les participants en garde contre ces amitiés occasionnelles, nées de circonstances fortuites et parfois teintées d'une illusoire intimité, à travers la « surchauffe » émotionnelle éventuelle de certains groupes de thérapie.

Bien d'autres comportements relationnels ou sociaux nécessitent la présence effective d'un groupe pour être repérés ou expérimentés. Citons la tendance, souvent inconsciente — et par conséquent, jamais rapportée (ni vécue) en situation duelle — à « envahir le terrain » par des remarques constantes, attirant l'attention du groupe, dans un besoin histrionique ou narcissique parfois incoercible. De même, certains traits paranoïaques, masochistes ou schizoïdes sont plus facilement repérables en groupe qu'en séances individuelles.

Diverses techniques collectives peuvent être utilisées : danse, psychodrame, « tours de groupe » (où chacun dit une phrase ou, à l'inverse, écoute un message du client qui « travaille ») et bien entendu, un certain nombre de jeux et exercices de développement personnel. Ce peut être des exercices deux par deux ou à plusieurs : conduite aveugle ou contacts les yeux fermés, éveil sensoriel ou jeux d'*awareness*, exercices de choix, confrontation physique, défense de territoire, portage ou bercement, saut dans le vide, etc. Ces jeux éventuels ne sont *pas programmés d'avance*, mais éventuellement proposés pour amplifier ou explorer une situation individuelle ou de groupe, et adaptés à chaque cas. Par ailleurs, ils peuvent favoriser, le cas échéant, un échauffement (*warming up*) en début de groupe.

Enfin, les membres du groupe peuvent parfois se permettre d'exprimer tout haut ce que le thérapeute n'ose pas formuler, du fait de son statut : « Je suis très agacé par tes jérémiades permanentes »... « Tu ne vas pas nous refaire le même cinéma que la dernière fois »... « Ferme-la un peu : on n'entend que toi ici ! »..., etc. Le thérapeute pourra même, si nécessaire, adoucir un peu quelques vérités trop brutales...

COTHÉRAPIE SANS CONFLUENCE, MAIS DANS LA CONFIANCE

Il est clair que si deux personnes co-animent un groupe, il ne présenterait aucun intérêt qu'elles soient toujours d'accord et fassent ou proposent la même chose ! Ainsi, l'un peut provoquer le client, tandis que l'autre se porte à son secours ; l'un peut l'inciter à agir et l'autre, à s'abstenir...

Chaque fois que possible, nous suggérons de travailler en couple thérapeutique mixte : un homme et une femme.

Il importe qu'ils s'entendent suffisamment bien et se fassent confiance pour supporter des « désaccords thérapeutiques » — éventuellement même amplifiés — laissant au client la pleine responsabilité de ses choix entre diverses « polarités ». L'un peut adopter une attitude délibérément stimulante ou provocante (de type « paternel »), tandis que l'autre manifestera de la compassion ou du soutien (« maternel »). Il est parfois intéressant de permuter les rôles, afin d'éviter toute accoutumance et maintenir le libre arbitre du client. Les deux psychothérapeutes peuvent même éventuellement se permettre de discuter, voire de « se disputer » publiquement devant le client... Cela évoque des situations courantes de la vie du patient, aussi bien infantiles qu'actuelles, et favorise des projections transférentielles. Le groupe permet aussi des *transferts latéraux*, de type fraternel, dont le rôle n'est pas négligeable.

Mais les deux cothérapeutes ne sont pas tenus de travailler toujours ensemble ; le groupe peut se séparer dans deux salles différentes : les uns avec *la* thérapeute, les autres avec *le* thérapeute, et cela par demi-journées de travail, par exemple (trois ou quatre heures). Après chaque demi-journée, chacun peut choisir librement avec qui il préfère travailler ; il peut poursuivre avec le même ou changer de psychothérapeute. Il peut ainsi reprendre de suite, s'il le désire, la *même* séquence de travail avec un thérapeute *différent*... Nous aimons cette richesse et cette diversité d'éclairage et d'accompagnement ; nous aimons cette liberté de choix, laissée au client lui-même (A. Ginger, 1990).

Il va de soi que pour maintenir la cohérence du travail, il est clairement annoncé que les deux cothérapeutes pratiquent un secret partagé, c'est-à-dire que chacun informe l'autre de tout ce qui lui paraît utile. Cela implique, bien entendu, de longs et fréquents moments de coordination entre les deux thérapeutes : avant chaque session et après chaque demi-journée de travail. Ces échanges permettent une stratégie thérapeutique concertée et une supervision mutuelle, à chaud.

Ainsi le travail en cothérapie est-il assez complexe et non pas plus facile — comme l'imaginent souvent les débutants ! Nous déconseillons d'ailleurs à quelqu'un qui veut lancer un groupe, de le faire d'emblée avec un ou une collègue. Mieux vaut tout d'abord, animer *seul*, trouver son propre style et son propre rythme, acquérir une assurance suffisante pour pouvoir coopérer de manière efficace et enrichissante avec un(e) collègue, par la suite seulement, sans crainte des jugements de ce dernier ou de dissonances éventuelles. Il peut d'ailleurs être intéressant de ne pas toujours co-animer avec le (ou la) même partenaire afin de confronter son style à celui de collègues différents, et éviter de « s'enkyster » dans des habitudes partagées.

MAIS ALORS, POURQUOI LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE ?

Devant les nombreux avantages de la thérapie en situation groupale, on finit par se demander quel est l'intérêt de la pratique individuelle — qui demeure pourtant la plus répandue !

Tout d'abord, elle est beaucoup plus simple à mettre en place — tant pour le psychothérapeute que pour le client : rythme et horaires souples, selon les disponibilités de chacun, honoraires plus facilement modulables, cabinet de dimensions modestes, etc.

Surtout, elle est beaucoup moins intimidante pour un client inexpérimenté : rares sont ceux qui acceptent d'emblée de « déballer » leurs problèmes devant des « étrangers », et la demande initiale d'aide est, en général, délibérément individuelle et même confidentielle.

En dehors de ces raisons de commodité, y a-t-il des indications spécifiques de thérapie individuelle ?

Un tel choix peut être motivé pour protéger le client lui-même ou pour protéger le groupe. Ainsi, certaines personnes particulièrement timides, n'osent jamais prendre la parole en public ; certaines ont du mal à s'exprimer : personnes de niveau culturel modeste, étrangers, bègues, etc.

Certaines professions sont assez mal acceptées dans les groupes, marquées par des préjugés de méfiance ou d'idéologie : psychiatres, curés et pasteurs, religieuses, responsables politiques, policiers, gardiens de prison...

Il en est de même de certaines pratiques, notamment la pédophilie. En fait, il est difficile de traiter des délinquants sexuels dans un groupe non spécialisé.

Le groupe peut être contre-indiqué pour certaines pathologies :

- les paranoïaques agressifs peuvent se montrer difficilement contrôlables dans un groupe, et chercher à en prendre la direction en contestant toutes les propositions du thérapeute ;
- les hystériques ou histrioniques peuvent chercher à prendre le groupe à témoin de leurs difficultés, et les dramatiser délibérément pour attirer attention ou sympathie ;
- les grands dépressifs risquent de se montrer paralysés, accablés par l'effort de conquérir une place et un temps de travail ;
- de même, ceux qui souffrent de phobies sociales et sont inhibés par le simple regard d'autrui.

D'une manière plus générale, on peut hésiter à suggérer un travail en groupe pour certains malades, sérieusement perturbés ... ou perturbants ! Et cependant, avec des thérapeutes expérimentés et un aménagement spécifique du rythme et des méthodes, ce sont eux qui profitent souvent le plus de la situation collective — qui les confronte à une certaine réalité sociale et relationnelle. D'ailleurs, de nombreux hôpitaux psychiatriques ont recours régulièrement à des séances de psychothérapie en petits groupes.

UN COCKTAIL POTENTIALISATEUR

En fin de compte, ce qui nous paraît, à l'usage, le plus riche est une formule mixte, associant les avantages du travail individuel et ceux du travail en groupe : nous préconisons, chaque fois que possible, la combinaison de ces deux approches avec le même thérapeute.

Par exemple : un week-end intensif en groupe chaque mois (environ seize heures), complété par une séance individuelle de cinquante minutes chaque semaine. Si le client ne dispose pas du temps ou des moyens financiers suffisants, on peut réduire la fréquence des séances individuelles jusqu'à une seule entre chaque session de groupe (soit, par exemple, une par mois), voire les rendre simplement occasionnelles. On peut aussi commencer et terminer par une période de quelques semaines ou quelques mois de thérapie individuelle pour préparer le client et clôturer le bilan.

L'idée de base est que les sessions de groupe puissent être reprises, analysées en détail et approfondies, si nécessaire, lors des séances individuelles ; le client pourra aussi se préparer au groupe suivant.

En voici quelques illustrations schématisées :

- « À l'occasion du prochain week-end, je serai particulièrement attentif à mes moments de précontact avec chacun » ;
- « J'essayerai de ne pas attendre toujours le dernier instant pour demander à travailler » ;
- « J'essayerai de laisser plus de place aux autres et de ne pas réagir toujours le premier » ;
- « Je veillerai à sauvegarder mon point de vue personnel, mon propre vécu ou ressenti, sans glisser dans ma "confluence" habituelle et même, sans hésiter le cas échéant, à me confronter avec quelqu'un du groupe. »

Il va de soi que si l'on évoque régulièrement, lors des séances individuelles, le travail effectué dans le groupe, la réciproque n'est pas vraie, et le travail individuel reste couvert par un strict secret professionnel et n'est jamais évoqué par le thérapeute devant le groupe, sans accord préalable de l'intéressé.

L'association d'un travail en situation de groupe (avec mobilisation corporelle et émotionnelle régulière) et d'un travail individuel (à base plus verbale) avec le *même* thérapeute permet, en pratique, de réduire de manière sensible la durée du traitement.

Ainsi, nous avons mené une étude longitudinale sur deux cents clients présentant des difficultés existentielles courantes : blocage ou inhibition des relations sociales, affectives ou sexuelles, problèmes post-traumatiques (après viol, agression, rejet ou abandon brutal, etc.), conflits conjugaux ou professionnels durables, deuil non résolu, dépression réactionnelle à une situation ou à des événements identifiables, etc. (Ginger, 1987).

Une amélioration sensible, voire « spectaculaire », a pu être observée, à la fois par les proches des clients, par les thérapeutes et par les clients eux-mêmes, dans les deux tiers des cas, en moins d'une année, représentant, en moyenne : cent heures de thérapie en groupe (six week-ends ou stages de trois jours). Ces résultats sont comparables à ceux que nous avons relevés après deux ou trois ans de thérapie individuelle, à raison de quarante séances par an (soit une année, moins les absences pour congés, maladie ou événements imprévus).

RICHESSSE DU TRAVAIL EN GROUPE

Il est temps de réhabiliter la thérapie en groupe ; après une vogue importante dans les années soixante et soixante-dix, elle avait perdu une

partie de sa crédibilité, peut-être du fait de certains abus : groupes menés par des animateurs insuffisamment formés et non supervisés, groupes gérés de manière laxiste, sans règles précises, composés au hasard, de personnes diversement motivées, constituant parfois une microsociété marginale...

En résumé, nous pensons qu'une stratégie thérapeutique concertée, si possible en *co-animation mixte* et incluant éventuellement des séances individuelles complémentaires — plus ou moins fréquentes — permet d'enrichir et d'abrégé la thérapie, pour une large majorité de clients.

Le groupe permet d'associer au travail intra-psychique traditionnel, un travail interpsychique et une expérimentation relationnelle dans l'ici et maintenant du groupe, exploitable et modulable à souhait. Il permet de mieux prendre en compte les interactions dans le champ environnemental.

Une plus grande mobilisation du corps et des émotions — favorisée par la situation de groupe — permet l'inscription durable des expériences vécues pendant les séances, dans les circuits neuronaux profonds du cerveau limbique (stimulation des neuromédiateurs et liaisons synaptiques nouvelles). Cette hypothèse neurologique — que nous avons déjà plusieurs fois évoquée — permettrait d'expliquer les résultats, parfois spectaculaires, constatés empiriquement.

Ainsi, le travail en groupe, s'avère doublement justifié :

- il permet une empreinte psychophysiologique individuelle profonde ;
- il prend en compte le fait fondamental que l'homme est avant tout un être social, inséparable du champ culturel où il vit (Perls, Hefferline, Goodman, 1951). L'ici et maintenant de l'expérience actuelle est nourri du passé : non seulement de l'histoire individuelle et familiale, mais aussi et surtout de l'histoire du peuple et de l'humanité, transmise par la culture, les mythes et les rites, qui lui donnent sens et l'impriment dans un contexte collectif permanent (Cyrulnik, 1997).

Chapitre 13

TRAVAILLER AVEC LES COUPLES

NOTRE premier stage de couples, nous l'avons fait en 1959, il y a près de cinquante ans. Notre référence était alors le *psychodrame triadique* (A. Ancelin-Schützenberger), associant le psychodrame morénien, la dynamique des groupes de Lewin et la psychanalyse de groupe postfreudienne. Après une dizaine d'années de travail nourri par ces trois approches combinées, nous avons découvert la Gestalt-thérapie aux États-Unis et en 1970, nous l'avons importée en France, puis adaptée au contexte culturel français.

Pendant de nombreuses années, nous avons organisé notamment un ou plusieurs stages résidentiels intensifs de psychothérapie en groupe, de deux à cinq jours, *réservés à des couples* (mariés ou non, stables ou provisoires, hétérosexuels ou homosexuels — la condition exigée étant que les deux partenaires aient partagé un vécu intime depuis un certain temps et qu'ils s'inscrivent ensemble au même stage). Bien entendu, nous accompagnons, par ailleurs, des couples, en dehors de ces stages. De plus, nous organisons des stages de formation avancée, réservés à des psychothérapeutes, diplômés et expérimentés, désirant se spécialiser dans l'accompagnement des couples.

Les quelques réflexions suivantes sont issues de cette longue pratique clinique — auprès de plus de deux cents couples.

LA DEMANDE DES COUPLES

Quelles sont les principales situations qui sont présentées ?

- Le couple désire rester ensemble, faire le point et *enrichir* sa relation ;
- Le couple *envisage de se séparer* : ils veulent tenter « une dernière chance » ou bien, leur décision est déjà prise, mais ils désirent préparer et *réussir leur séparation*, sans trop de perturbations pour leur vie personnelle et pour leurs enfants ;
- Le couple est *déjà séparé* et désire faire le point et régler des problèmes résiduels, affectifs, matériels, familiaux ou sociaux ;
- L'un des partenaires désire une thérapie de couple, et *l'autre la refuse*.

Les problèmes évoqués sont essentiellement :

- affectifs ;
- sexuels ;
- sociaux ou juridiques (divorce, garde des enfants, partage des biens).

Nous sommes sollicités parfois par des couples au profil particulier :

- couples âgés (ou présentant une grande différence d'âges) ;
- couples interculturels (ou interracial) ;
- collègues de travail ou cothérapeutes.

Nous voulons souligner d'emblée l'intérêt d'une « thérapie de *prévention* » : ne pas se contenter de recevoir des couples en difficulté, mais encourager les couples « normaux » à venir périodiquement faire le point, nettoyer les conflits latents, enrichir et diversifier leur relation, éviter de s'enliser dans la routine... Nous pensons, comme Perls, que « la thérapie est trop bonne pour être réservée aux malades », et nous prôtons non seulement le droit au bonheur, mais « le devoir de bonheur¹ » (devoir familial et social de rayonnement).

Nous n'avons aucun préjugé sur l'avenir du couple : la solution peut être de dépasser les problèmes actuels ou, au contraire, de les voir en face et d'envisager une séparation. Dans ce cas, cette dernière ne doit pas

1. Voir Ginger S. (1995), *La Gestalt : l'art du contact*, Patis, Guide poche Marabout, 9^e éd. 2007.

être brutale, mais élaborée au mieux. Ainsi, la « réussite » d'une thérapie de couple peut être aussi bien le *maintien* du couple (et l'amélioration de son fonctionnement) que la *séparation* concertée.

Nous sommes particulièrement attentifs aux couples présentant un important décalage d'âge, par exemple 20 ans d'écart. Il n'est pas rare que des problèmes émergent insidieusement, après plusieurs années de vie de couple harmonieuse.

LES PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATION DES COUPLES

- Difficultés *sexuelles* : impuissance, éjaculation prématurée, frigidité, vaginisme, non-consommation du mariage, manque de désir (anaphrodisie), pratiques sexuelles non partagées ou dégoût (fellation, sodomie, triolisme, etc.) ;
- Difficultés *affectives* : désintérêt du partenaire, sentiment de solitude, deuil non terminé d'un partenaire précédent, jalousie, adultère, problèmes avec la belle-famille, conflits autour des enfants, du travail, des loisirs...
- Difficultés *sociales* : séparation, divorce mal assumé, garde des enfants, pensions, logement.

LES MODALITÉS DE RÉPONSES

Tout d'abord, soulignons que les modalités de travail peuvent être très variées. Voici, à titre indicatif, une série de *settings* possibles, certains très classiques, d'autres, plus originaux, mais présentant parfois un intérêt particulier :

Thérapie individuelle

Une personne suit une thérapie individuelle, centrée sur ses problèmes de couple.

Chacun des membres du couple est suivi en thérapie individuelle :

- par deux thérapeutes *différents* ;
- par *le même* thérapeute (ce qui s'avère souvent délicat).

Thérapie de couple

Les deux membres du couple sont reçus *simultanément* :

- par *un* thérapeute ;
- par *un couple* de thérapeutes (mariés ou pas) ;

Alternance de séances en couple et de séances *individuelles*.

Session résidentielle intensive du couple (« retraite de couple »).

Thérapie en groupe

- Travail *individualisé* en groupe, sur le thème de la vie de couple.
- Travail *en couple* dans un groupe de thérapie *ordinaire* (ponctuel ou continu).
- Travail *en couple* dans un groupe réservé à des *couples* (ponctuel ou continu).
- Groupe *unisexe* (groupe de femmes, groupe d'hommes, groupe d'homosexuels).

Nous n'allons pas commenter ici en détail chacune de ces formules, mais partager simplement quelques remarques rapides.

Il est clair que *dans toute* psychothérapie, le thème de la vie de couple (de ses difficultés, de sa richesse ou de son absence) est évoqué régulièrement et l'on pourrait dire, au sens large, qu'ainsi, toute psychothérapie s'avère être, de fait, au moins partiellement, une « thérapie de couple », puisqu'elle a un retentissement direct sur la vie de ce dernier. Parmi les thèmes fréquents de consultations individuelles, on note : les conflits de couple, les difficultés sexuelles, la (ou les) séparation(s), le deuil, la solitude, les rêves déçus, etc.

Lorsqu'*un seul* des partenaires du couple est en thérapie et que l'autre ne se remet pas en cause, la situation empire parfois, contrairement aux attentes du client : en effet, l'écart se creuse entre les deux membres, et le sentiment d'incompréhension mutuelle peut croître, au lieu de s'apaiser. Nous suggérons donc souvent, une thérapie *parallèle* du partenaire.

Deux thérapies individuelles en parallèle, effectuées par *le même* psychothérapeute avec les deux membres du même couple est une formule souvent déconseillée, car particulièrement délicate. Elle implique alors, bien entendu, un secret thérapeutique strict — parfois difficile à préserver, ne serait-ce qu'à travers des allusions détournées, volontaires ou pas, de l'un ou l'autre des clients — ainsi qu'une neutralité, parfois menacée par une sympathie spontanée pour l'un ou l'autre des deux partenaires.

Le thérapeute se trouve ainsi sur le qui-vive et donc moins disponible à des interventions spontanées. Cependant, cette formule se rencontre, en pratique, assez fréquemment, notamment lorsqu'il n'existe qu'un seul psychothérapeute dans la région, et que les partenaires ne se sentent pas prêts pour un travail commun en couple ;

Recevoir un couple de clients en *couple de thérapeutes* est une formule classique et logique, mais ce couple de psychothérapeutes peut-il être un couple *réel* de personnes, partageant leur vécu quotidien ? Il y a là certains pièges :

- pour les *clients*, ce couple peut vite devenir un « modèle », parfois mythifié ou inaccessible, et engendrer alors des sentiments ambivalents : admiration, mais aussi jalousie, agressivité ou dépression (« Jamais on n'y arrivera ») ;
- pour le couple des psychothérapeutes, un couple de clients, suivi en commun pendant un certain temps, pourra devenir une préoccupation débordant le cadre thérapeutique et contaminer leur vie privée. Ce danger est nettement diminué dans les interventions brèves et intensives : stages de couples ou « retraite » à durée limitée ;
- cette formule implique une *supervision* régulière du couple de thérapeutes ;
- on préconise parfois, des « renversements d'alliances » périodiques et délibérés, pour éviter tout phénomène d'identification inconsciente à l'un ou à l'autre des thérapeutes ;
- en pratique, il est souvent plus simple de travailler avec un collègue extérieur.

Pour ce qui est de l'alternance de séances en couple et de séances *individuelles*, nous y reviendrons plus longuement par la suite, car c'est une formule qui nous paraît présenter des difficultés mais beaucoup de richesses, sous réserve d'un certain nombre de précautions.

Une autre formule intéressante nous paraît la *session résidentielle intensive*, sous la forme d'une « retraite » du couple, pendant une semaine entière, par exemple, hors du domicile conjugal et de ses nombreuses obligations, avec des séances quotidiennes de travail thérapeutique, et de longues périodes de tête-à-tête du couple. Cette formule a été développée, en langue française, notamment par Noël et Marie-Noëlle Salathé, en Suisse romande. Elle a, parmi d'autres avantages, l'intérêt d'éviter les thérapies de couple interminables — qui ont pour effet pervers de chroniciser les problèmes, au lieu de les dépasser.

Enfin, les thérapies en groupe permettent de nombreux enrichissements :

- dédramatisation du problème, par comparaison à ceux d'autres clients ;
- support chaleureux de « compagnons de misère » qui partagent des difficultés, à certains égards comparables ;
- encouragement à aborder certains aspects délicats ou culpabilisés, notamment problèmes de fidélité conjugale, problèmes sexuels, abus sexuels antérieurs, triolisme ou échangeisme, etc. Il y a toujours dans un groupe certains membres plus hardis, voire provocateurs ou exhibitionnistes — qui permettent d'entamer des questions « interdites » par la culture ambiante.

Les groupes ne réunissant que des couples sont particulièrement mobilisateurs, à tous ces points de vue, notamment lorsqu'ils ont lieu en sessions résidentielles intensives (par exemple, pendant trois journées pleines, sans revoir ses enfants, coupés des obligations et habitudes quotidiennes). La présence de couples homosexuels, parmi des couples hétérosexuels classiques, apporte souvent un enrichissement inattendu.

Les groupes ou sous-groupes ne réunissant qu'un seul sexe, permettent d'aborder plus facilement certains thèmes spécifiques : compulsion à la séduction, à la compétition, dégoût de certaines pratiques sexuelles, variantes dans les orgasmes, peur du vieillissement, etc. Dans les stages de couples, il est souvent intéressant de réserver certaines séquences de travail (de deux heures, par exemple) en séparant les partenaires : les hommes d'un côté, les femmes, de l'autre — étant entendu que ces partages sont alors couverts par le secret, et que leur contenu ne doit pas être directement révélé au partenaire, lors des « retrouvailles ». Au moment de retrouver son conjoint, on ne parle que de ses propres découvertes ou questionnements, sans aucune allusion aux autres. Certaines « révélations », faites entre pairs et sous le secret, sont parfois très stimulantes.

SPÉCIFICITÉS DE LA THÉRAPIE DE COUPLE

C'est généralement une thérapie à *court ou moyen terme*. Le « client » n'est pas chacun des consultants, mais *le couple lui-même* et la relation, une relation entre deux partenaires fondamentalement différents. La thérapie ne peut s'éterniser sans préjudice pour la vie quotidienne du couple (et des enfants éventuels). On est « talonnés » par la réalité sociale de l'ici et maintenant. Il ne s'agit donc pas de tenter de « résoudre » tous les problèmes de chacun ! On ne peut s'engager dans une thérapie profonde, de plusieurs années, reprenant notamment les problèmes

d'enfance de chacun, ses relations archaïques avec ses parents, ses traumatismes infantiles éventuels, etc.

Un de nos clients a résumé fort bien le malentendu courant : « J'avais épousé "ma mère" ; elle avait épousé "son père"... et nous nous sommes retrouvés rapidement tous les deux orphelins ! »

La thérapie de couple implique une « thérapie *d'intervention* », où le praticien n'hésite pas à recentrer les échanges autour de la vie *actuelle* (réelle et fantasmatique) du couple et de son système de communication à divers niveaux (communications verbales et non verbales, conscientes et non conscientes). Cette psychothérapie n'est pas « directive » pour autant ! c'est-à-dire que le psychothérapeute ne donne pas de directives, de conseils ; il ne pousse pas le couple vers telle ou telle expérience ou solution, mais il intervient pour recadrer les échanges, « éviter les évitements » ou les refuges dans le passé ou l'irresponsabilité. La thérapie se poursuit très activement entre les séances puisque les partenaires y font généralement référence dans leur vie quotidienne. On peut considérer la thérapie de couple comme un cas particulier de thérapie familiale systémique.

On part de l'ici et maintenant, du ressenti émotionnel profond de chacun, on favorise l'expression des besoins, on encourage chacun à faire face à ses propres responsabilités actuelles — cela, même s'il demeure évident que le passé a marqué chaque partenaire, en profondeur. Comme le rappelle Jean-Paul Sartre, « ce qui compte n'est pas ce qu'on a fait de moi, mais ce que je fais moi-même de ce qu'on a fait de moi¹ ».

FAUT-IL TOUT AVOUER ?

Nous ne sommes pas favorables, donc, à l'exploration systématique *en commun* des problèmes profonds de chacun : d'après nous, cela concerne la thérapie *individuelle* et non la thérapie de couple. Il n'est pas nécessaire que le conjoint connaisse tout de l'enfance de l'autre, cela risque d'induire des attitudes « thérapeutiques » ou « parentales » de compréhension ou d'absolution. Ce n'est pas là le rôle d'un conjoint ! Une trop grande connaissance de l'intimité *passée* du partenaire peut même s'avérer parfois nocive. Ainsi, lorsque Maurice apprend — en cours de thérapie — que sa femme avait été violée dans son adolescence par un voisin, il se met en rage (périmée) contre ce dernier, puis il

1. Paraphrase d'une déclaration de Sartre lors d'une interview donnée à la revue *L'Arc*, en octobre 1966.

« comprend » que sa femme ait des réticences sexuelles et « n'insiste plus » ; d'ailleurs, il la trouve « salie » par cette expérience... Cette révélation aboutira finalement à une séparation.

Le « mythe de la transparence » est tout aussi dangereux dans la vie actuelle du couple. Est-il nécessaire de « tout se dire », comme se le promettent naïvement les jeunes mariés ? La vérité est-elle bonne en soi ? L'amour et le respect de l'autre ne sont-ils pas des valeurs supérieures ? La Vérité a elle seule mérite-t-elle qu'on fasse souffrir son partenaire ? Une allégorie populaire représente la Vérité, toute nue, au fond d'un puits. C'est là qu'elle doit rester protégée, voire se cacher !

Lorsque Philippe¹ a avoué une infidélité sexuelle occasionnelle à Nicole, sa compagne, pour lui dire « toute la vérité », il répondait, en réalité, en grande partie, au besoin égoïste de se débarrasser d'un secret, encombrant à porter. En avouant sa « faute », il se croyait « à moitié pardonné » et implorait l'indulgence de sa partenaire. En fait, il s'est soulagé de son fardeau en le déposant sur les orteils de Nicole ! À elle maintenant de se montrer généreuse — sinon c'est elle qui manquera de grandeur d'âme ! En somme, *il l'accable deux fois* : elle doit assumer l'infidélité de Philippe et en plus, elle culpabilise maintenant de sa propre jalousie ! Les questions qui demeurent sont : s'agit-il d'un passage à l'acte occasionnel, ou d'un nouvel amour profond qui risque de remettre en cause son couple ? S'est-il permis cet écart *pour lui* ou *contre elle* ? Quels sont les bénéfices *pour Nicole* d'être mise au courant ? La voici effondrée : elle a perdu toute confiance. Et d'ailleurs lui a-t-il tout dit ? Elle ne supporte plus le moindre retard, ni la moindre réunion du soir. Le charme est rompu. Rien ne sera plus comme avant. La méfiance ronge le couple comme une rouille inexorable.

Le véritable amour est centré sur les besoins de l'autre.

Bien entendu, nous ne faisons pas une règle de cette discrétion. Nous avons pour principe de ne pas avoir de principes rigides. Il se peut que le partenaire préfère assumer qu'être rongé par le doute. Chaque cas mérite une réflexion préalable attentive. Ne soyons pas esclaves des principes, mais disponibles à chaque cas particulier. Une carte est nécessaire pour cheminer, mais elle n'est pas une prison : on peut emprunter un chemin de traverse qui n'y figure pas... pourvu qu'on sache où l'on est et où l'on va.

Bien sûr, nous veillons à démythifier la confluence et la symétrie : les deux partenaires d'un couple sont deux personnes différentes. On

1. Voir chapitre 6, p. 44.

peut *informer* son partenaire de son ressenti, mais on ne peut guère le *transformer*.

L'un peut aimer la musique et l'autre, le sport (le couple ne va pas se forcer à aller ensemble au concert ou au stade) ;

Elle aime les films d'amour ; il aime les films d'action ! Résultat : ils ne vont jamais au cinéma !

L'un peut désirer tout savoir et l'autre, préférer ignorer ;

L'un peut être sexuellement entreprenant dans le couple, et l'autre ne s'éveiller que lorsqu'il est sollicité, etc.

Nul besoin d'être identique, ni de se rattacher au modèle mythique des romans-feuilletons où, dès la première relation, les deux partenaires parviennent d'emblée à un orgasme simultané éblouissant ! il importe de débusquer les *introjections* sournoises qui ont nourri, à notre insu, notre éducation.

COMMENT VIVRE AVEC QUELQU'UN D'UNE AUTRE « ESPÈCE » ?

Oui ! Les deux sexes sont différents — plus qu'on ne le croit habituellement ! Cela, même si les variations individuelles au sein de chaque genre sont très importantes (Vidal, 2005).

Non seulement, leurs réactions *sexuelles* et leur rythme habituel de satisfaction orgasmique sont souvent différents — ce que chacun sait, par lectures et par expérience — mais encore leur *perception du monde* diffère. Si l'on s'en tient aux statistiques moyennes, et qu'on ne perd pas de vue les différences individuelles, parfois considérables, on sait ainsi que :

- lorsqu'une femme lit ce chapitre, elle ne lit pas la même chose qu'un homme, puisqu'elle mobilise une partie non négligeable de ses deux hémisphères cérébraux, tandis que l'homme lit essentiellement avec son cerveau gauche. Ainsi, l'homme a une approche *rationnelle* et critique du texte, tandis que la femme le lit avec une participation *émotionnelle*, qui souligne subjectivement pour elle des passages signifiants ;
- lorsqu'elle écoute une conférence — ou des compliments, ou de la musique — la femme entend (toujours, en moyenne statistique) deux fois plus fort que l'homme. Elle peut ainsi avoir l'impression que l'homme crie de colère, alors qu'il s'affirme tout simplement. Son *ouïe* est nettement plus développée, et plus érotisée, d'où l'importance

qu'elle accorde aux mots d'amour, au ton de la voix, à la musique... Notons, au passage, que les femmes chantent juste six fois plus souvent que les hommes.

L'homme, par contre, a développé le sens de *la vue*, et surtout de la vue de loin. Celle-ci est stimulée par la production de testostérone (chez les mâles de toutes les espèces) : le regard mâle est *érotisé*, d'où l'importance pour la femme de se vêtir de manière appropriée, de se parer de bijoux, de se maquiller... ou de rougir d'émotion ou de désir¹. C'est ainsi que les hommes sont généralement excités par la vue du nu, par les revues ou films érotiques ou pornographiques, tandis que les femmes sont souvent indifférentes, voire dégoûtées. À noter que leur vue s'érotise après la ménopause, lorsque l'équilibre de leurs hormones mâles et femelles se modifie.

Quant à *l'olfaction*, elle varie considérablement pendant le cycle menstruel de la femme, et peut être jusqu'à *cent fois* plus développée que le sens olfactif chez l'homme (avec des exceptions pour les dégustateurs professionnels !) ; d'où sa sensibilité aux fleurs et aux parfums !

Ces différences majeures — non négligeables dans la vie amoureuse d'un couple — seraient, d'après certains neurophysiologistes, des séquelles du développement de l'espèce : aux temps préhistoriques, l'homme partait à la chasse, à l'affût silencieux des animaux sauvages, tandis que la femme restait au foyer, dans la grotte, pour veiller sur sa progéniture et parler avec ses enfants.

La sélection naturelle a stimulé l'attention de la mère aux vagissements des bébés et aux odeurs, ainsi qu'au développement précoce du langage : à l'âge de 9 ans, les filles manifestent une avance verbale moyenne de 18 mois sur les garçons, et à l'âge adulte, les femmes téléphonent (toujours, en moyenne) vingt minutes par coup de fil... contre six minutes, pour les hommes. Rappelons, par contre, que 96 % des *interruptions* d'une conversation sont le fait des hommes !

Pendant ce temps, la testostérone (dont la production chez l'homme est, en moyenne, vingt fois supérieure à celle de la femme — essentielle cependant, puisque c'est la testostérone féminine qui est à l'origine de son désir sexuel) — développe chez l'homme (et chez tout mâle) :

1. Cf. « l'érythème honteux » ou « pudique », rougissement du haut de la poitrine chez la femme (souligné par le décolleté) qui signale pour l'homme qu'elle est touchée par une émotion affective ou sexuelle. L'homme dissimule ses réactions par une peau plus épaisse ... et par le port de la cravate !

- le cerveau *droit* (celui qui gère l'espace, tandis que le gauche gère le temps — essentiel pour la mère) ;
- le sens de l'orientation (pour retrouver sa famille ou sa tribu, au retour de la chasse) ;
- la musculature et la cicatrisation (pour la chasse, la compétition et la guerre) ;
- l'instinct de la chasse (y compris sexuelle !)

Notons encore que les études de psychoneurologie ont confirmé que la femme n'est pas plus émotive que l'homme ; simplement, elle exprime bien davantage ses émotions (anxiété, dépression), tandis que l'homme a tendance à les réprimer.

Au cours d'une thérapie de couple, il n'est pas inutile de rappeler parfois les différences fondamentales de fonctionnement hormonal et neurobiologique en général, qui dépassent en grande partie les conditionnements culturels. Il ne s'agit pas d'arriver à un compromis unisexe, gris et fade, mais de développer chacun ses propres couleurs naturelles ; non pas « faire des concessions mutuelles », appauvrissantes de part et d'autre, ni se mettre d'accord, mais « se mettre d'accord sur ses désaccords », assumer la richesse de la différence.

On soulignera, le cas échéant, quelques-unes des différences plus connues, énumérées notamment par John Gray et les Pease¹ :

- la femme a besoin de *s'exprimer* et d'être écoutée, tandis que l'homme s'évertue, en vain, à chercher des *solutions* à ses doléances. Il veut, à tout prix se rendre utile à travers une action, alors que la femme demande surtout à être comprise et aimée ;
- la femme a besoin de gages *réguliers* d'amour, et non de cadeaux rares et somptueux ;
- la femme a besoin d'*intimité* pour apprécier la sexualité ; l'homme a souvent besoin de sexualité pour apprécier l'intimité ;
- l'homme a souvent besoin de périodes de retrait *solitaire*.

1. Gray J. (1992). *Men are from Mars, Women are from Venus*. Harper Collins, New York.
Pease A. et B. (2001). *Pourquoi les hommes n'écoutent jamais rien et les femmes ne savent pas lire les cartes routières*, trad. fr., Paris, Éd. First, 2001 (traduit en trente-trois langues et tiré à 4 millions d'exemplaires !).

JEUX ET EXERCICES

Dans nos stages de couples, nous utilisons parfois quelques jeux ou exercices pour mettre en relief ces différences de perception de la vie quotidienne : ainsi, par exemple, on peut demander à chacun de son côté, de raconter par écrit leur première rencontre, ou encore, plus simplement, la soirée commune de la veille, puis comparer les deux récits ; on peut faire dessiner à chacun un plan sommaire de l'appartement ou de la maison, puis colorier en rouge les endroits « où je me sens chez moi » ; en vert, ceux qui seraient plutôt le domaine de mon conjoint ; en jaune, les parties investies à part égales par les deux membres du couple. La comparaison des dessins révèle parfois des surprises et permet souvent un échange instructif.

Pendant les stages de couples, nous aimons proposer l'expérience classique, déjà évoquée, de « promenade aveugle », deux par deux, où l'un des membres du couple, yeux ouverts, accompagne ou conduit son partenaire qui garde les yeux fermés, pendant une dizaine de minutes. On constate ainsi des attitudes de surprotection ou d'abandon, de prise de risque ou de soumission, ou encore de « captation » (on interdit inconsciemment toute rencontre avec un étranger)... Ce jeu peut être enrichi par les deux séquences suivantes : on recommence le même exercice, mais avec un partenaire différent (extérieur au couple) ; puis on reprend une troisième séquence avec son partenaire habituel. Chaque séquence est suivie d'un partage verbal deux par deux, puis en grand groupe, avec quelques commentaires. Ce jeu simple et amusant est souvent très révélateur de la relation du couple.

Ainsi, la thérapie de couple s'avère active et interactive : si l'on s'abstient généralement de donner des conseils, tout au moins peut-on donner des informations ou suggérer des lectures, notamment dans le domaine sexuel (où l'information demeure souvent notoirement insuffisante), et dans le domaine de la neuropsychologie (où les découvertes scientifiques sont particulièrement nombreuses, et l'évolution des connaissances, très rapide). Comme cela se pratique en sexothérapie, il nous arrive parfois de suggérer des « devoirs à la maison », tels que, par exemple :

- lorsque vous vous disputez, accordez dix minutes chrono de parole à votre partenaire, sans l'interrompre, dans une écoute attentive (sans prendre de notes — ce qui impliquerait qu'on relira ses arguments, comme si on n'était pas sûr de les retenir) et sans « droit de réponse » (on reste dans l'écoute, au lieu de préparer sa réponse ou sa défense, dans de vains jeux de ping-pong ou d'escalade). On peut éventuellement, se contenter de reformuler ce qu'on a entendu, avec ses propres

mots, pour s'assurer d'avoir bien compris, et en redisant les mots forts ou chargés qu'on a retenus. « Tu m'as dit que... tu as insisté sur... Tu as utilisé le mot... » On évitera surtout de réclamer « ses » propres dix minutes pour « rétablir la vérité ». Il ne s'agit pas de rechercher une vérité, mais de percevoir le ressenti de l'autre, quel qu'il soit, de lui reconnaître droit de cité. Bien entendu, à une occasion ultérieure, ce sera le tour de l'autre membre du couple de s'exprimer, mais on évite ainsi l'escalade perpétuelle et sans issue des arguments et contre-arguments ;

- pendant des thérapies de couple, certains exercices peuvent aussi être programmés à la maison dans l'intimité. Ainsi, pour stimuler une relation appauvrie, on peut proposer des massages érotiques ou des jeux sexuels sensoriels variés, la plupart du temps sans pénétration (*sensate focus*, de Masters et Johnson, 1970), cela afin d'éviter la crainte chez la femme, et le risque « d'échec » chez l'homme. On élargira la communication par un échange verbal pour partager le ressenti éprouvé de part et d'autre.

UN THÉRAPEUTE « INCARNÉ »

Interactive, la thérapie de couple l'est aussi avec le thérapeute : il n'est pas neutre, mais pratique une « implication contrôlée », fondamentale dans les thérapies de couples. Ce partage de son ressenti, de son « contre-transfert », ou plutôt de ses *résonances* personnelles — selon le terme proposé par Mony Elkaïm¹, qui s'interroge surtout sur la fonction du vécu du thérapeute par rapport aux croyances des membres du couple, s'avère particulièrement riche. Bien entendu, le psychothérapeute n'exprime pas *tout* ce qu'il ressent, mais uniquement ce qui lui semble pouvoir avoir un impact mobilisateur sur le client. Il s'agit d'une *authenticité contrôlée*. Ainsi, le thérapeute pourra s'autoriser, le cas échéant, à un dévoilement *très partiel* de sa propre expérience (*self disclosure*), soulignant au passage son droit à l'erreur et à l'imperfection, c'est-à-dire son humanité².

Cette implication personnelle se traduit par des sympathies et des antipathies, par des préférences, souvent temporaires, pour l'attitude de l'un ou de l'autre des partenaires du couple. Là encore, nous ne cherchons

1. Elkaïm M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas... Approche systémique et psychothérapie*, Paris, Le Seuil.

2. Cf. la mère « suffisamment bonne » de Winnicott.

pas — en vain — à demeurer neutres, mais plutôt à rester vigilants et conscients, dans une *awareness*¹ de tous les instants. Il s'agit de gérer et d'exploiter ces « jeux d'alliances », plutôt que de les éviter. On pourra les verbaliser et les analyser en commun. On pourra aussi essayer de les *varier*, surtout lorsqu'on travaille en cothérapie.

S'il est illusoire de tenter de rester neutre, il est important d'accorder autant de temps et d'attention à chacun des membres du couple. Cela amène parfois à « équilibrer » la situation relationnelle. Il en est ainsi dans le cas, assez courant, où l'on a suivi en thérapie *individuelle* un client et que celui-ci demande, après un certain nombre de séances, et avec l'accord de son partenaire, une thérapie de couple. Il va de soi que si l'on décide d'accéder à sa demande, malgré les inconvénients déjà évoqués précédemment, la situation est *dissymétrique* : je suis plus ou moins « pollué » par des informations unilatérales qui ont nourri mes préjugés. Ainsi, Mathilde me parlait souvent de son mari, « tyran domestique, autoritaire et exigeant », qui la tenait sous son emprise... Grande fut ma surprise lors du premier entretien avec cet homme — qui m'apparut timide et effacé... et se disant paralysé par les exigences permanentes de sa femme !

Lors d'une telle demande — si nous l'avons estimée acceptable — nous commençons donc généralement par une série d'entretiens, *seul avec le partenaire encore inconnu* ; cela pour nous assurer de ses motivations personnelles réelles à entreprendre une thérapie de couple et pour faire connaissance dans l'intimité avec sa propre personnalité. Il va de soi que nous sommes particulièrement vigilants à garder secret tout ce que nous a dit chacun des partenaires, et nous n'omettons pas de le rappeler à plusieurs reprises. Lorsque la confiance est établie, de part et d'autre, et alors seulement, nous entamerons *éventuellement* une thérapie conjointe du couple, seul ou avec un(e) cothérapeute.

Pour symboliser le fait que les deux membres du couple sont demandeurs, nous insistons généralement pour que *chacun* paie la moitié de la consultation, même s'ils ont l'habitude d'un compte commun.

1. *Awareness* (de l'anglais *to be aware of* : « être attentif à ») : vigilance sensorielle et émotionnelle, tournée à la fois vers soi-même et vers l'autre, éveil permanent — prôné notamment par la Gestalt-thérapie.

LA THÉRAPIE ALTERNÉE

Certains psychothérapeutes préconisent une *alternance* éventuelle de séances *individuelles* et de séances avec les deux membres du couple *ensemble* : l'expérience montre qu'il s'y dit souvent des choses différentes, lorsque la garantie du secret est suffisante. Ainsi, l'un ou l'autre — et bien souvent les deux — parlent d'aventures ou de relations extraconjugales secrètes, d'une décision personnelle déjà prise mais non avouée, et parfois d'expériences pénibles (abus sexuels), dont ils n'ont jamais fait part à leur partenaire (le plus souvent, ils n'en avaient jamais parlé à personne). Comme on l'a déjà dit plus haut, ce type de révélation ne nous paraît pas indispensable dans le cadre d'un couple. Il ne l'est pas forcément non plus dans le cadre secret de la thérapie, mais bien souvent, il permet de mieux évaluer la situation et par ailleurs, ces aveux soulagent généralement le client et dédramatisent la situation.

D'autres thérapeutes estiment que si le couple a décidé de consulter ensemble, le travail doit se poursuivre exclusivement en présence des deux partenaires.

On peut ainsi adopter, selon la situation, différents rythmes :

- une séance de couple d'une heure et demie, par exemple, toutes les deux semaines, *alternant* avec une séance individuelle avec chacun des partenaires, la semaine suivante ;
- des séances de couple régulières, avec de temps en temps — et notamment au début du traitement — quelques séances individuelles complémentaires *exceptionnelles* ;
- des séances de couples *exclusivement* en couple (assorties, le cas échéant, d'une thérapie individuelle avec un thérapeute *différent*).

UNE APPROCHE GESTALTISTE

Pendant les séances de couple, nous adoptons généralement une posture gestaltiste : centrés sur le *comment* autant que sur le *quoi*, sur les gestes et postures autant que sur le discours verbal, attentifs aux manifestations émotionnelles et pas seulement aux rationalisations, au processus en cours dans l'ici et maintenant de la séance autant qu'aux faits extérieurs et antérieurs relatés. Nous proposons de répéter certaines phrases et d'amplifier certains gestes spontanés, afin de les mieux voir et que le client puisse leur conférer de lui-même un sens personnel — sans négliger la polysémie caractéristique de tout langage, verbal ou gestuel.

Nous suggérons aux clients de s'adresser l'un à l'autre et non au(x) thérapeute(s). Mais, de temps à autre, nous partageons notre propre *feed-back*. Nous suggérons, par moments, des changements de rôles entre les partenaires (généralement, avec permutation des places). Comme nous l'avons déjà souligné, nous évitons de nous appesantir sur les souvenirs d'enfance — que nous réservons, si nécessaire, aux séances individuelles. Par contre, nous acceptons, bien entendu, que soient évoquées les relations actuelles avec la famille et les belles-familles.

Comme nous l'avons déjà évoqué, nous sommes très attentifs aux thèmes de la responsabilité personnelle. Le psychothérapeute n'est pas un « guérisseur » ; il serait plus proche d'un acupuncteur qui « pique » au bon endroit pour stimuler les ressources intérieures du sujet. Nous tenons compte aussi des divers mécanismes de « résistances » gestaltistes :

- *confluence* excessive du couple — qui ne se sépare jamais, et où l'un répond pour l'autre ;
- *introjection* de principes et de préjugés, loin d'être toujours vérifiés :
 - tout faire ensemble ;
 - rechercher, à tout prix, l'orgasme *simultané* ;
 - partager toutes les tâches équitablement ;
 - au père, les sanctions ; à la mère, les récompenses (le baiser du père et la fessée de la mère n'ont rien de pathologique !) ;
 - tout se dire ;
 - faire des concessions mutuelles ;
 - se sacrifier pour ses enfants (ils ont surtout besoin de voir les adultes libres et heureux) ;
 - un enfant ne peut se développer harmonieusement que s'il a une maman et un papa à la maison ;
 - les enfants de familles recomposées ont plus de problèmes ;
 - etc.
- *projection* de son vécu sur son partenaire : « Il a sûrement envie que... », « Elle n'aime pas que... »
- *rétroflexion* de la colère ou du désir (engendrant une colère rentrée !) ;
- *déflexion et évitement* : dans l'humour ou la dérision, dans l'activisme, dans le silence, dans la fuite ;
- *proflexion* : « N'est-ce pas que ?... », « Que penserais-tu de... » (au lieu d'exprimer *directement* sa pensée ou son désir).

Nous tenons compte de l'ambivalence propre à tous les êtres humains et aux couples : *désir* de changement et *peur* du changement : on s'est installés dans le « confort » provisoire et relatif de mécanismes bien

rôlés, et la remise en question des équilibres familiaux n'est pas sans danger pour le « système » tout entier.

Je me souviens d'une jeune femme, Alice, venue participer à un groupe thérapeutique mensuel (un week-end résidentiel par mois), à la demande expresse de son mari, plus âgé — qui se plaignait de sa frigidité et lui a donc intimé l'ordre de « se faire soigner ». Au cours de la troisième session, Alice relate, avec une vive émotion, un viol dont elle a été victime à l'adolescence, et dont elle n'a jamais parlé à personne. On rejoue la scène en psychodrame symbolique ; elle exprime sa honte et sa colère ; elle se bat physiquement avec le « violeur » ; je lui propose aussi de changer de rôle et de jouer le violeur (afin de ne pas s'inscrire dans le rôle de victime). Bref, on fait un long travail psychocorporel autour de cet événement dramatique. Dès le surlendemain, elle me téléphone, ravie : « Ça y est, je suis parvenue à l'orgasme, c'est formidable ! »

... Mais l'histoire ne s'arrête pas là : le mari aussi téléphone ! Il est furieux : « Qu'avez-vous fait à ma femme ? Qui lui a appris à faire l'amour ? Que se passe-t-il dans vos groupes ? C'est un scandale ! » Quelques mois après, il demande le divorce : « Je suis sûr que ma femme m'a trompé ! J'avais épousé une petite fille sage et voici qu'elle se croit tout permis ! Elle est devenue totalement autonome et ne m'écoute plus !... » L'équilibre (névrotique) était rompu et le couple s'est brisé. Peut-être ne faut-il pas le regretter dans ce cas précis (!)... mais les risques existent !

Comme le rappelle Robert Neuburger (1995)¹, « toute intervention extérieure sur le couple, même à visée thérapeutique, peut être vécue comme une violence, surtout si elle est fondée sur l'idée d'aider l'un des partenaires et méconnaît la puissance des liens d'appartenance ».

JE/TU/NOUS

Le tout est différent de la somme de ses parties. Le couple est plus que la somme de deux personnes. Ce n'est pas « Deux ne feront plus qu'un » de la tradition ! Ce qui réduirait chacun à... un demi ! C'est une nouvelle arithmétique : $1 + 1 = 3$. Chacun des partenaires + le couple, comme entité autonome, un couple qui « mène sa vie ».

Et pourquoi pas, $1 + 1 = 5$? Soit : moi, toi, nous + toi en moi, moi en toi (les images de l'autre que nous véhiculons) ; voire 7 : si l'on ajoute le couple idéal dans ma tête, le couple idéal dans la tienne. Un couple créé, fantasmé, mythifié.

1. Neuburger R. (1995). *Le Mythe familial*, Paris, ESF, p. 90.

Le couple mène sa vie : il n'est pas un état définitif et stable. Il vit, il change, il croît, il souffre, il est malade... et parfois, indépendamment de ses « composants » — qui peuvent se porter fort bien ! Par exemple, chacun a entamé une relation extérieure, investie dans la joie... et le couple souffre ou va mourir.

Parmi les mesures de prévention, il nous arrive de suggérer un « voyage de noces » annuel pour le couple : une période de quelques jours, hors du domicile conjugal et de toutes ses obligations, sans enfants... ; rien d'autre à faire que de se retrouver face à face, de faire l'amour, de faire le point, de « renégocier le contrat » chaque année, point par point : qu'est ce qui marche ? qu'est-ce qui est périmé ? quels sont nos projets de relation pour cette année ? En somme, une période de centration sur le « nous ».

Au fait, j'arrête ici ce chapitre — que nous affinons à deux, avec Anne, paragraphe après paragraphe. J'arrête ce chapitre, car nous préparons nos valises : demain matin, nous partons... pour notre voyage de noces annuel, traditionnel depuis cinquante ans !

Chapitre 14

LA PROFESSION DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

La formation d'un psychothérapeute est longue (quatre ou cinq ans, sans compter la psychothérapie personnelle préalable ou parallèle), mais surtout elle n'est jamais terminée ! Tout au long de sa carrière, tout psychothérapeute poursuit sa formation et se nourrit de son expérience, mais aussi de celle des autres, à travers une supervision permanente, des lectures, la participation à des colloques, congrès ou stages de formation continue.

À titre indicatif, voici les préconisations de l'Association européenne de psychothérapie (EAP) à ce sujet : *deux cent cinquante heures de formation continue tous les cinq ans* (soit une moyenne de cinquante heures par an, ou sept journées à plein-temps), et cela sous cinq formes différentes :

- *cours* ou stages de formation complémentaire dans la méthode d'origine ou dans une autre méthode ;
- *supervision* du travail clinique (individuelle ou en petit groupe) ;

- Participation à des *colloques* ou congrès (locaux, nationaux ou internationaux) ;
- *responsabilités professionnelles* dans un organisme (association, syndicat, fédération, commission technique, etc.) ;
- formation *spécifique* comme superviseur, formateur, didacticien ou chercheur.

Sur les deux cent cinquante heures exigées, on ne peut décompter plus de soixante-quinze heures par catégorie.

La nouvelle réglementation française, quant à elle, demande une formation complémentaire approfondie en *psychopathologie* clinique — que les législateurs semblent avoir confondue avec la psychothérapie¹ !

LA SUPERVISION

L'exigence d'une supervision permanente tout au long de la carrière professionnelle est spécifique aux psychothérapeutes et témoigne à la fois de la complexité de la psyché humaine et de la conscience professionnelle de cette corporation. En effet, dans la plupart des autres métiers, on se contente de réunions éventuelles de discussion et de réflexion autour de cas difficiles, et encore ne le fait-on généralement qu'au sein d'institutions : hôpitaux, établissements de jeunes inadaptés, etc.

Il convient de distinguer la supervision didactique et la supervision professionnelle.

La supervision *didactique* se situe habituellement en fin de formation initiale, au moment où le jeune thérapeute affronte en pratique sur le terrain des situations qu'il a étudiées en théorie. Cette supervision est généralement assurée par un spécialiste *de la méthode* enseignée, afin de permettre d'affiner la cohérence entre la formation et sa mise en pratique. Elle est souvent proposée *en petit groupe*, permettant à chacun d'être confronté à un éventail plus large de cas divers.

La supervision *professionnelle* peut, au contraire, être enrichie par les interventions de professionnels pratiquant des méthodes voisines. Chaque superviseur a son propre style de travail, ses procédures et ses intérêts spécifiques, et il peut être intéressant de changer de superviseur tous les deux ou trois ans. Une combinaison de séances individuelles et

1. Lire à ce sujet : Ginger, Marc, Tarpinian *et al.* (2006). *Être psychothérapeute*, Paris, Dunod.

en groupe permet un éclairage souvent complémentaire. Ainsi, certains organismes européens exigent à la fois une supervision individuelle (50 heures minimum) et une supervision en petit groupe (cent heures minimum).

Nous détaillons, quant à nous¹, sept axes de travail :

- le client : son histoire familiale et personnelle, sa nosographie spécifique ;
- le thérapeute : son style propre, son charisme personnel, ses points aveugles ; son besoin éventuel de soutien personnel et de catharsis émotionnelle ;
- la relation thérapeutique thérapeute/client : la relation actuelle et ses aléas, les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels ;
- la méthode de référence : ce qu'elle nous propose comme approche et comme techniques spécifiques ;
- le champ : environnement et cadre du travail, familial, institutionnel ou social ; le réseau des champs *intriqués* du client, du thérapeute et du superviseur ; la *relation thérapeutique* actuelle et son histoire ; la vie relationnelle actuelle *extérieure* du client et son histoire ;
- la relation superviseur/thérapeute supervisé : dans l'ici et maintenant de la séance ;
- le parallélisme éventuel de la supervision avec la thérapie.

Gonzague Masquelier² les ramène à trois axes principaux : un axe *technique*, centré sur la théorie, le cadre et la stratégie thérapeutique, un axe *psychopathologique*, centré sur la souffrance psychique du client, et un axe *contre-transférentiel*, centré sur les échos personnels réveillés chez le psychothérapeute.

Être superviseur représente une fonction spécifique : on peut être un excellent psychothérapeute et un mauvais superviseur. Aussi plusieurs écoles de psychothérapie ont mis en place une *formation spéciale* de superviseur, étalée selon les cas, sur un à trois ans. L'admission implique généralement une pratique professionnelle supervisée préalable de cinq à sept ans, suivie d'une sélection, et d'une pratique « d'hypervision » (supervision de superviseur) associant des compléments théoriques, et de nombreux exercices.

1. Ginger S. (2006). « Un regard gestaltiste sur la supervision », in *La Supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, sous la dir. de Delourme A. et Marc E., Paris, Dunod, p. 129-147.

2. Masquelier G. (1999). *La Gestalt aujourd'hui. Choisir sa vie*, Paris, Retz, 2^e éd. 2008.

LA CARRIÈRE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

La psychothérapie constitue une des professions où l'on « se bonifie » avec les ans (comme le bon vin) et l'on peut exercer *sans limite d'âge*, tant que la santé physique et psychique le permet, cela sous réserve de rester ouvert aux échanges, à la créativité et à la recherche, et de ne pas se cantonner dans la répétition de « recettes » périmées.

Ainsi, il est clair qu'entre 60 et 80 ans, nous avons acquis vingt années supplémentaires d'expérience humaine, rencontré des cas nouveaux, lu énormément d'ouvrages, découvert des techniques complémentaires, exploré des pistes de solutions inédites, voyagé dans de nombreux pays et développé une certaine sagesse. Aucune préretraite anticipée ne s'impose !

La participation active à un groupe de travail ou à une association est d'autant plus nécessaire que certains thérapeutes ont tendance à s'isoler dans leur cabinet, cultivant à l'excès la réserve et la discrétion.

Une hygiène mentale permanente demeure primordiale car ce métier exige une attention, une vigilance et une patience, parfois éprouvantes. Il importe donc que le praticien puisse « se nourrir » régulièrement en dehors de sa profession : vie personnelle et amoureuse, loisirs et culture, voyages... Sinon, il attend tout de son travail et de ses clients, succombe à la « rage de guérir », et éprouve tout échec comme une blessure narcissique.

Son outil de travail principal étant sa personnalité, il est essentiel qu'il ait suivi lui-même une psychothérapie approfondie et qu'il n'hésite pas à reprendre, le cas échéant, une « tranche » de thérapie personnelle, si le besoin s'en fait sentir, afin de rester disponible au maximum à la problématique de l'autre, sans être envahi par la sienne propre.

Alors la pratique prolongée de ce métier passionnant sera loin de mener au burnout parfois redouté, mais contribuera, au contraire, à maintenir une fraîcheur d'esprit et une créativité permanentes du psychothérapeute, confronté sans cesse à des situations nouvelles et à des découvertes inattendues, tant chez ses clients qu'au fond de lui-même...

ANNEXE

- I. La psychothérapie en France
- II. La Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P)
- III. La loi du 9 août 2004 réglementant l'usage du titre de psychothérapeute
- IV. Charte de l'utilisateur
- V. Code de déontologie
- VI. Conditions d'accréditation des écoles (TAC)
- VII. Adresses et sites des organisations membres de la FF2P
- VIII. Quelques autres adresses

I. LA PSYCHOTHÉRAPIE EN FRANCE

Aujourd'hui, il existe au moins trois cent soixante-cinq différentes méthodes de psychothérapie — autant que de jours dans l'année... ou autant que de fromages ou de vins en France !

Chacun essaye, en effet, d'introduire quelque élément nouveau dans une méthode classique afin de parvenir à une notoriété personnelle et tenter d'entrer ainsi dans l'immortalité ! En réalité, à peine *une quinzaine de méthodes* sont aujourd'hui reconnues comme « scientifiquement validées » et sont largement pratiquées en France et en Europe actuellement.

Elles peuvent être regroupées en *cinq courants* principaux :

- la psychanalyse et les approches « psychodynamiques » selon Freud, Jung, Adler, Melanie Klein, Lacan, etc. Elles représentent au total, environ 30 % des psychothérapies pratiquées en France aujourd'hui (dont 12 % de psychanalyses sur divan) ;

- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : de 15 % à 20 % en France. La technique de désensibilisation neuro-émotionnelle ou EMDR est parfois rattachée à ce courant, bien qu'elle soit souvent combinée à d'autres approches humanistes ;
- les psychothérapies humanistes : Gestalt-thérapie, approche centrée sur la personne (C. Rogers), analyse transactionnelle, psychodrame, thérapies psychocorporelles, etc. Elles sont souvent combinées de manière éclectique ou intégrative, et représentent aujourd'hui au total environ 35 % à 40 % des thérapies pratiquées en France ;
- les thérapies familiales (où le client n'est plus une seule personne mais la famille considérée comme un tout) ; 10 % à 15 % des thérapies ;
- les approches transpersonnelles soulignent la dimension spirituelle et énergétique ; on peut y rattacher les approches transgénérationnelles (au total : 5 % environ).

RAPIDE SURVOL HISTORIQUE

On peut remarquer que plusieurs des précurseurs de la psychothérapie ont exercé *en France et en Autriche*, l'axe *Paris-Vienne* semblant particulièrement propice au développement de cette approche, dès le XVIII^e siècle !

Franz Anton Messmer (1734-1815), né en Allemagne, entreprend des études de théologie, puis de médecine. Il écrit sa thèse de médecine sur « L'influence des planètes sur les maladies humaines ». Il rencontre par la suite le père Hell, jésuite et professeur d'astrologie, qui guérissait les malades à l'aide de fers aimantés. Messmer lui emprunte cette technique et expérimente ses fameux baquets de chêne qui lui permettent de traiter trente malades à la fois. Dans ces baquets d'eau, trempait du verre pilé et de la limaille de fer ; des tiges métalliques mobiles sortaient du couvercle et chacun des malades en tenait une extrémité, le tout au son d'un piano qui jouait des airs de Mozart... Les patients étaient encordés entre eux et le médecin magnétiseur, vêtu d'un habit de soie lilas, circulait avec sa baguette de sorcier et les fixait à tour de rôle, droit dans les yeux... Les malades étaient saisis de convulsions hystériques et la salle de traitement avait reçu le surnom « d'Enfer à Convulsions ». Un baquet isolé et gratuit était réservé aux pauvres, mais — comme on pouvait s'y attendre — ses résultats étaient nettement moins satisfaisants !

Messmer fut bientôt exclu de la faculté de médecine de Vienne pour « pratiques charlatanesques » et s'enfuit à Paris — où il a développé les méthodes décrites ci-dessus. Mais, à partir de 1784, le roi de France

ordonne une expertise et de célèbres savants (parmi lesquels Lavoisier, le docteur Guillotin, l'astronome Bailly et B. Franklin) concluent, de même, de manière très négative, précisant que « l'imagination sans magnétisme produit des convulsions, tandis que le magnétisme sans l'imagination ne produit rien ». Après cette nouvelle condamnation, Messmer se réfugie en Allemagne, mais sans davantage de succès, puis à Londres — d'où il revient mourir, ignoré de tous, dans son pays de naissance, l'Allemagne.

Pourquoi donc m'être attardé sur son histoire ? Parce qu'on peut voir là les premières ébauches de l'hypnose, reprise, par la suite, par Puysegur, Liébault (1823-1904), Bernheim (École de Nancy), Charcot (1825-1893) et Janet (1859-1947). On sait que Freud (1856-1939) fut profondément influencé par les quatre mois de stage qu'il effectua auprès de ces derniers en 1885-1886.

Entre-temps, Jules Cloquet (1839) et Paul Broca (1859) pratiquent des opérations chirurgicales sous anesthésie hypnotique et, en 1882, Charcot réhabilite l'hypnose, à l'hôpital psychiatrique de la Salpêtrière. On sait aujourd'hui que son service abritait à la fois des épileptiques et des hystériques et que ces derniers étaient toujours endormis par ses élèves ou assistants et ainsi, suggestionnés à son insu et « dressés » à reproduire des crises inspirées de l'épilepsie !

En 1889 fut organisé le premier congrès international de l'hypnotisme.

On trouve ainsi chez Messmer une première approche de l'hystérie et de la suggestion, le constat de l'effet placebo et de l'influence du psychisme sur la neurophysiologie, ainsi qu'une tentative de psychothérapie de groupe.

En fin de compte, c'est donc en France qu'eurent lieu les principales expérimentations initiales de ce qui allait progressivement devenir la psychothérapie du XX^e siècle, avec notamment : Messmer, Bernheim, Charcot, Janet et Freud.

LA PSYCHANALYSE

On peut considérer que la plupart des psychothérapies contemporaines sont issues de la psychanalyse (même si certaines s'en sont nettement écartées), la plupart, à l'exception de quelques-unes — non négligeables — comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), le psychodrame morénien, les thérapies familiales systémiques, la PNL, etc.

La psychanalyse date maintenant d'un siècle et il va de soi qu'elle a considérablement évolué, en fonction des mentalités d'une part, et des

recherches scientifiques d'autre part — notamment en neurosciences, en génétique et en psychopharmacologie.

En avril 1886, Freud ouvre son premier cabinet, à Vienne, au retour d'un stage de quatre mois dans les services des professeurs Bernheim et Charcot, en France. Il n'a pas encore trente ans.

C'est *en français* qu'il a écrit ses quatre premiers articles, entre 1893 et 1896 (sur les paralysies hystériques, les obsessions et phobies, l'hérédité et l'étiologie des névroses). Mais ces articles n'ont eu à l'époque, strictement aucun écho et il a fallu attendre onze ans pour le premier article sur la psychanalyse en langue française (écrit d'ailleurs par un Suisse, de l'École de Zurich), et 18 ans (1911) pour que Freud évoque avec joie « le premier Français qui ait adhéré ouvertement à la psychanalyse » (le docteur Morichau-Beauchant, de Poitiers). Et ce n'est qu'en 1921 que Freud suggère à Eugénie Sokolnicka d'être « la première représentante de la psychanalyse en France », soit trente ans après la naissance de la psychanalyse.

C'est en 1926 que se constitue la Société parisienne de psychanalyse (SPP), avec l'aide de la princesse Marie Bonaparte. À cette époque, il n'y avait en France que *deux* psychanalystes, tous deux formés à l'étranger (Sokolnicka et Lœwenstein).

À la mort de Freud, en 1939, ils étaient vingt-quatre Français, mais ce nombre est retombé à onze psychanalystes seulement, à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, en 1945.

Depuis, l'essor a été considérable en France, puisqu'on y compte aujourd'hui environ mille psychanalystes officiels rattachés à l'International Psychoanalytical Association (IPA) et environ cinq mille psychanalystes non « orthodoxes », répartis dans plus d'une vingtaine de sociétés rivales, plus ou moins structurées, la plupart d'inspiration lacanienne.

Dans *Ma vie et la psychanalyse*, Freud lui-même écrit, en 1924 : « Pendant plus d'une décennie après ma séparation d'avec Breuer, je n'eus *pas un seul disciple*. Je restais absolument isolé : à Vienne, on m'évitait ; à l'étranger, on m'ignorait. »

Ainsi, le 1^{er} congrès international de psychanalyse, en avril 1908 à Salzbourg, ne rassemblait que quarante-deux participants : vingt-six Autrichiens, cinq Allemands, six Suisses, deux Hongrois, deux Anglais et un Américain. Donc, aucun représentant de pays latins, ni slaves, ni scandinaves.

Quant aux premières œuvres essentielles de Freud : *Les Études sur l'hystérie* et *L'Interprétation des rêves*, ils n'eurent aucun succès, et

les six cents exemplaires de ce dernier ouvrage mirent... huit ans à être épuisées !

Il est amusant de noter que la France — qui a mis trente ans à se laisser « convertir » — est devenue aujourd'hui (avec l'Argentine) le pays du monde où la psychanalyse est la plus développée, voire même « impérialiste » — notamment dans les universités, bien que les premiers signes de son déclin se fassent sentir depuis quelques années.

La majorité des organismes de psychanalyse en France demeurent fidèles au divan traditionnel et les diverses variantes du mouvement dit « psychodynamique » y trouvent relativement peu d'écho. Soucieux de conserver la pureté originelle de leur approche, la plupart des sociétés françaises de psychanalyse se tiennent à l'écart des organismes de psychothérapie — qu'ils considèrent avec une certaine condescendance, *opposant* même le plus souvent psychanalyse et psychothérapie¹.

Ce bref chapitre ne permet pas de détailler l'action des principaux psychanalystes français qui ont joué un rôle important dans la mise en place de cette discipline — marquée par une succession de conflits et de *scissions*, parfois spectaculaires. Je me contenterai donc d'en énumérer quelques-uns, parmi les plus connus : Marie Bonaparte, René Laforgue, Sacha Nacht, Daniel Lagache, Françoise Dolto, Jacques Lacan, Maud Mannoni, Serge Lebovici, Didier Anzieu, René Kaës, Serge Leclaire, Jacques Sedat, André Green, Élisabeth Roudinesco, Jacques-Alain Miller, Daniel Widlöcher, Daniel Sibony, etc. Chacun d'eux a mis l'accent sur tel ou tel aspect de la psychanalyse : ainsi, par exemple, Nacht cherchait à guérir ; Lacan cherchait à créer et innover ; Lagache cherchait à expliquer ; Leclaire, à rassembler...

De même, chaque société s'est singularisée : la Société parisienne de psychanalyse (SPP), la plus importante, est surtout constituée de médecins, et pratique une psychanalyse traditionnelle ; la Société française de psychanalyse (SFP) rassemble plutôt des enseignants universitaires et des écrivains ; les groupes *lacaniens* se sont multipliés et se sont livrés à l'innovation et à la contestation : ainsi, dès 1954, Jacques Lacan se faisait exclure pour avoir introduit ses fameuses séances ultra-courtes (quelques minutes, au lieu de quarante-cinq minutes). L'École de la cause freudienne (ECF), sous l'impulsion de Jacques-Alain Miller, gendre de Lacan, a multiplié les publications et conquis aujourd'hui un impact non seulement technique mais aussi sociopolitique et médiatique.

1. Cf. numéro spécial du magazine *Cultures en Mouvement*, n° 41 : « Psychothérapie(s)/Psychanalyse, le débat » (octobre 2001).

LES COURANTS PSYCHANALYTIQUES POST-FREUDIENS OU DISSIDENTS

Il faut citer ici quelques-uns des créateurs de courants importants qui se sont constitués pour partie en réaction ou dissidence par rapport à l'orthodoxie freudienne. Leurs œuvres novatrices pourraient aussi être rangées parmi les thérapies existentielles et humanistes, parce qu'elles les ont profondément influencées ou qu'elles en furent les précurseurs (A. Adler, C. G. Jung, K. Horney, E. Fromm, P. Diel, etc.).

J'évoquerai notamment, en France, la Société française de psychanalyse adlérienne, la Société française de psychologie analytique (créée en 1969, sous l'impulsion de Roland Cahen, Élie Humbert et Pierre Solié), branche de l'Association internationale de psychanalyse jungienne de Zürich, ainsi que l'Association de la psychologie de la motivation, animée aujourd'hui par Armen Tarpinian, soucieuse d'intégrer dans la culture et l'éducation les apports essentiels de la psychothérapie : la psychique (Diel).

LES « NOUVELLES THÉRAPIES » HUMANISTES EXISTENTIELLES

En France, après un fort développement pendant une vingtaine d'années (1960-1980), la psychanalyse semble en déclin progressif face à l'apparition des *thérapies cognitivo-comportementales* (TCC), des *thérapies familiales* et des diverses variantes du mouvement dit « *humaniste* » ou *existentiel*, regroupant : Gestalt-thérapie (Perls), analyse transactionnelle (Berne), thérapie centrée sur la personne (Rogers), psychodrame (Moreno), psychosynthèse (Assagioli), PNL (Grinder et Bandler), nouvelle hypnose (Erickson), analyse psycho-organique (Boyesen), sophia-analyse (Mercurio) et thérapies psychocorporelles.

Depuis quelques années, les approches *transpersonnelles* (Grof) gagnent du terrain, tandis que la *végétothérapie* (Reich), l'analyse *bioénergétique* (Lowen) et la thérapie *primale* (Janov) sont en perte de vitesse.

Le psychodrame

Moreno avait créé à Vienne le théâtre impromptu en 1921 : il y faisait participer les spectateurs, dans une sorte de théâtre en rond, sans décors. Deux ans plus tard, une participante : Barbara, se trouve transformée par

le rôle qu'elle jouait. C'est la première ébauche du théâtre thérapeutique. Dès 1925, Moreno s'installe aux États-Unis, à Beacon — où il fonde son premier théâtre « psy » en 1936.

Le psychodrame d'enfants est importé en France en 1946, au Centre Claude Bernard (J. Favez-Boutonnier, Mauco, Berge, Lebovici, E. Kestemberg, M. Monod).

En 1955, se constitue le Groupe français d'études de sociométrie, dynamique des groupes et psychodrame, sous la direction d'Anne Ancelin-Schützenberger, avec J. Favez-Boutonnier, Sivadon, Ouzilou, S. et A. Ginger, etc. La France organise le premier congrès mondial de psychodrame, à Paris en 1964, avec la participation de Jacob Levy Moreno et de sa femme Zerka. Il y avait même leur fils de 12 ans, Jonathan, qui prenait un rôle dans presque toutes les séquences !

Mais aujourd'hui, le psychodrame morénien traditionnel a presque disparu en France, sous la concurrence du psychodrame *psychanalytique* (Lebovici, Diatkine, E. Kestemberg, D. Anzieu, G. et P. Lemoine).

Le « protagoniste principal », avec l'aide « d'auxiliaires » qu'il a choisi parmi les membres du groupe, joue des scènes — réelles ou imaginaires — tirées de son passé, de sa vie présente ou de sa vie future (espérée ou redoutée). Le « directeur de psychodrame » propose éventuellement, pour éclairer le débat, des changements de rôles, des « moi-auxiliaires », etc. Dans la variante du « monodrame », le client joue, tour à tour, divers personnages.

Le psychodrame souffre d'un handicap sérieux : il est difficilement praticable en séances *individuelles* (sauf dans sa variante de monodrame) et donc, il est surtout utilisé dans des *institutions* d'enfants ou de malades mentaux, ou encore dans des groupes de développement personnel, plutôt qu'en thérapie.

L'approche centrée sur la personne (ACP)

Après *Counseling and Psychotherapy* (1942), *Client-Centered Therapy* (1951), le texte de base de Carl Rogers : *On Becoming a Person*, a été publié en 1961, mais ce n'est pas avant 1966 que Rogers est venu pour la première fois en Europe : en France, à Dourdan, puis en Belgique et aux Pays-Bas. À cette époque, son concept de « non-directivité » était le plus connu et avait rencontré beaucoup de succès. Cependant, il avait créé un certain préjudice aux idées de Rogers car le concept de « non-directivité » était souvent associé à une attitude laxiste de laisser faire. Aussi, Rogers abandonna finalement cette dénomination pour celle d'« approche centrée sur la personne » (ACP). Cette approche apparut

d'emblée comme révolutionnaire par rapport à la psychanalyse freudienne et elle s'est répandue rapidement, en particulier dans les milieux éducatifs ainsi que dans les professions d'aide ou de développement personnel, bien que le domaine de recherche initial de Carl Rogers était la psychothérapie.

Dans un premier temps, les idées de Rogers ont été diffusées en France — notamment dans le *champ éducatif* — sous l'influence d'André de Perretti : écoute active, reformulation, acceptation inconditionnelle...

Aujourd'hui, son impact est considérable dans les pays Anglo-Saxons où l'on dénombre environ douze mille praticiens (six mille en Allemagne ; deux mille cinq cents en Grande-Bretagne ; mille cinq cents en Autriche ; mille en Suisse, etc.).

Dans les pays latins, encore dominés par la psychanalyse, l'approche centrée « sur le client » (ou « sur la personne ») s'est développée bien plus lentement, et l'on ne décompte que quelques centaines de praticiens diplômés en France, en Espagne, au Portugal et en Italie.

Il n'existe qu'une vingtaine d'associations dans l'ensemble des pays méditerranéens, alors que l'on en compte quatre-vingt-quatre dans les pays anglo-saxons, où la pratique du « counseling » (qui n'a toujours pas de traduction en français) est bien plus répandue (la British Association for Counseling or BAC, à elle seule, compte près de vingt mille membres !)

En France, à l'heure actuelle, les concepts spécifiquement *thérapeutiques* de la pensée rogéienne bénéficient d'un renouveau d'intérêt. L'Association française de psychothérapie dans l'approche centrée sur la personne (AFPACP), sous la présidence d'Élisabeth Krémer, réunit aujourd'hui une centaine de psychothérapeutes. La formation est dispensée par quatre instituts et dure quatre ans. Les coordinateurs principaux pour la France sont Élisabeth Krémer (Dijon) et Patrick Kauffmann (Annecy), ainsi que feu Bérénice Darteville (Paris).

La Gestalt-thérapie (GT)

Conçue par Fritz Perls dès 1942, et théorisée neuf ans plus tard (en 1951) avec l'aide de Paul Goodman, la Gestalt n'a pris son essor véritable qu'à l'occasion du mouvement international de libération et de créativité de Mai 68. Elle se réfère à un courant anarchiste, soulignant l'originalité irréductible de chaque être humain, sa responsabilité en tant qu'être unique et unifié, hors norme mais intégré.

La Gestalt propose une approche globale (holistique) des cinq dimensions principales de l'être : les dimensions physique, affective, intellectuelle, sociale et spirituelle, ou — si l'on préfère — le corps, le cœur, la tête, les autres et le monde (cf. le Pentagramme de Ginger, 1983). Elle se pratique aussi bien en groupe qu'en séances individuelles. Elle développe les notions de contact dans *l'ici et maintenant*, de champ, d'*awareness*, de créativité. Les praticiens français contemporains suivent avec intérêt les recherches en *neurosciences* ainsi que les diverses approches de psychopathologie dynamique.

La Gestalt s'est développée rapidement en Europe occidentale, à partir du début des années soixante-dix : en Allemagne, aux Pays-Bas, en Belgique, puis en France. Elle est pratiquée aujourd'hui dans vingt-huit pays d'Europe, parmi lesquels plusieurs pays d'Europe de l'Est — qui apprécient sa souplesse d'adaptation à différents contextes culturels (ajustement créatif). Plusieurs pays publient une ou deux revues scientifiques (il en existe plus d'une douzaine en Europe) ; des congrès nationaux et internationaux ont lieu régulièrement et il semble bien qu'il y ait davantage d'innovations en Europe qu'aux États-Unis. La Gestalt-thérapie a conquis aujourd'hui *la troisième place* en Europe — après les approches psychodynamiques (psychanalytiques) et les TCC.

Aujourd'hui en France, existent une dizaine d'instituts de formation, répartis dans les principales villes (Paris, Bordeaux, Grenoble, Nantes, Lille, Rennes, Limoges, etc.) regroupés dans deux associations nationales : la Société française de Gestalt (SFG, 1981) qui publie la revue *Gestalt* (trente-trois numéros de deux cents pages en moyenne, parus à ce jour) et le Collège français de Gestalt-thérapie (1996) qui publie la revue *Cahiers de Gestalt-thérapie* (vingt numéros de deux cents pages en moyenne, parus à ce jour). L'École parisienne de Gestalt (EPG) avec ses différentes antennes régionales, créée par Serge et Anne Ginger et actuellement dirigée par Gonzague Masquelier — assisté de Brigitte Martel et Isabelle Temperville — a formé à elle seule, environ les deux tiers des Gestaltistes français.

La formation complète dure de quatre à six ans, selon les instituts, et plus de mille psychothérapeutes qualifiés exercent actuellement en France.

L'analyse transactionnelle (AT)

Eric Berne a réussi à vulgariser la psychanalyse en la rendant accessible au commun des mortels, à travers un vocabulaire vivant et humoristique, issu des « jeux » et transactions de la vie quotidienne. *Des jeux et*

des hommes (1964) a remporté rapidement un succès mérité, et plusieurs notions ont conquis le grand public : l'Enfant rebelle, le Parent normatif, le scénario de vie, les injonctions parentales, « gagnant/gagnant », tandis que d'autres se sont répandues chez les psychothérapeutes de disciplines voisines : le contrat, le triangle dramatique de Karpman, la redécision, le reparentage, etc.

L'AT analyse les transactions psychologiques et les « jeux » sociaux entre les personnes, prenant en compte leurs « états du moi » (Parent, Adulte, Enfant) et le « scénario de vie » inconscient, construit à partir de « décisions » prises dans le passé. Approche à la fois cognitive, émotionnelle et comportementale, l'analyse transactionnelle vise à responsabiliser le client avec un contrat thérapeutique qui fixe les objectifs de la thérapie.

Le mouvement d'analyse transactionnelle s'est d'emblée structuré de manière très organisée et assez hiérarchisée — ce qui lui a valu parfois des critiques, mais lui a permis de s'implanter avec solidité et de pénétrer des secteurs nouveaux, tels que les institutions et les entreprises.

Dans sa version psychothérapeutique, l'analyse transactionnelle souligne l'importance d'un contrat clair, d'une approche associant les dimensions cognitive, émotionnelle, comportementale et groupale, valorisant les résultats visibles, sans négliger pour autant la dimension du transfert.

L'AT est pratiquée aujourd'hui dans vingt-trois pays d'Europe et l'Association européenne (EATA) compte près de six mille membres. La certification est strictement codifiée et centralisée au niveau international, garantissant ainsi une compétence comparable des psychothérapeutes formés dans les divers instituts. Il en existe plusieurs dans diverses régions de France (Paris, Lyon, Montpellier, Lille), mais l'examen de sortie est toujours effectué au niveau européen, après des études de 6 à 7 ans, en moyenne, et comprend des épreuves écrites théoriques et une épreuve orale avec démonstration. La coordinatrice européenne est actuellement une Française : Isabelle Crespelle — qui milite, par ailleurs, très activement au sein de l'EAP (*European Association for Psychotherapy*).

La psychosynthèse

Roberto Assagioli avait rencontré Jung, à Zurich, dès 1909. Il fut le premier psychanalyste italien... mais il resta fidèle à Jung lors de la séparation de ce dernier avec Freud. Il créa sa propre approche, la *psychosynthèse*, en 1926 et ce fut sans doute la première psychothérapie *intégrative* en Occident, incluant le corps, les émotions, l'intellect et

la dimension *spirituelle*, tout en utilisant la musique, le dessin, la visualisation, mais aussi la catharsis.

Aujourd'hui, cette approche demeure assez active en Grande-Bretagne (où coexistent trois instituts de formation), en Irlande, aux Pays-Bas, en Suisse, en Suède et en Autriche, mais surtout *en Italie*, son pays d'origine — où plusieurs instituts l'enseignent, y compris à l'université. L'Association européenne (EFPP) rassemble *huit instituts*.

Dans certains pays, la psychosynthèse est associée à la Gestalt-thérapie (Pays-Bas, Belgique, Norvège), développant une approche holistique — qui ne néglige ni le corps ni la spiritualité.

En France, fonctionnent deux instituts de formation, coordonnés par Tan Nguyen.

La psychothérapie neuro-linguistique *thérapeutique* (ou PNLt)

La PNL a été élaborée par Grinder et Bandler, en Californie, dans les années soixante-dix, notamment à partir de l'observation de psychothérapeutes de renom : Fritz Perls (Gestalt-thérapie), Virginia Satir (thérapie familiale), Milton Erickson (hypnothérapie). Elle est centrée sur l'analyse méticuleuse des modèles de fonctionnement de chacun et sur l'apprentissage de méthodes efficaces de communication et de changement (et non sur l'analyse de pathologies — comme plusieurs autres thérapies).

La formation de praticien ou de master est assez brève (environ cent cinquante heures) et concerne de ce fait, environ deux mille personnes chaque année, en France. La formation d'enseignant implique un an de pratique, suivi de deux années supplémentaires de formation.

La PNL *thérapeutique* a été mise en place plus récemment (en 1999) et se montre plus exigeante, impliquant une thérapie personnelle, une formation de deux mille heures sur quatre années (en PNL et dans une approche complémentaire) ainsi qu'une supervision. L'accompagnement thérapeutique se fait généralement en séances individuelles, de durée et de fréquence variables. Une association européenne de psychothérapie neuro-linguistique (EANLPt) vient d'être créée, avec des associations nationales dans la plupart des pays de l'Ouest.

En France, il existe aujourd'hui quatre instituts préparant à l'aspect thérapeutique de la PNL (sur vingt-sept instituts de formation à la PNL en général) et ils ont formé quelques dizaines de psychothérapeutes de niveau CEP. La coordination française est confiée actuellement à Julie Davis-Stein et Catherine Tamiser.

La sophia-analyse

Créée par Antonio Mercurio, la sophia-analyse est issue de la psychanalyse et intègre la dimension existentielle, philosophique et anthropologique. Elle se réfère notamment aux concepts issus de l'école anglaise (M. Klein et Winnicott) et exploite volontiers le travail en groupe ainsi que l'aspect créatif et artistique.

Elle s'est surtout développée en Italie (avec neuf instituts de formation). L'ensemble des instituts européens ont créé la *Sophia University of Rome* (SUR) qui organise régulièrement des colloques internationaux.

L'Institut de sophia-analyse de Paris a été fondé en 1986. Il est dirigé par Hervé Étienne.

Le nombre de thérapeutes qualifiés en exercice est encore peu élevé.

La psychothérapie de la motivation

Paul Diel, psychologue français d'origine autrichienne (1893-1972) publie *Psychologie de la Motivation* en 1947 (PUF). Précurseur des psychothérapies humanistes, il lutte pour réhabiliter l'introspection au cœur des sciences humaines et pour donner à la connaissance du monde intérieur, à la « Psychique », la place qui lui revient. Avec ses élèves — médecins, psychologues, éducateurs — il crée en 1964 l'Association de la Psychologie de la Motivation (APM), présidée actuellement par Armen Tarpinian.

L'APM crée en 1986 une revue semestrielle ouverte aux autres courants de la psychothérapie et des sciences humaines et, en 1992, l'Institut de Formation à la Psychologie de la Motivation (IFPM), présidé par le Dr Cyrille Cahen (formation en 4 à 6 ans).

L'analyse psycho-organique (APO)

L'APO a été développée par Paul Boyesen à la fin des années soixante-dix, à partir de la psychologie *biodynamique*. Elle associe une approche psychanalytique et une approche psychocorporelle ; en APO, une pensée n'a pas seulement un contenu mais aussi un contenant : le corps. Le mot passe par une image et touche le corps ; inversement, à partir de « l'inconscient cellulaire », se forment une image et un mot.

Cette approche est présente en France, Allemagne, Belgique, Espagne, Luxembourg, Suisse, ainsi qu'en Russie et Lettonie, au Liban et au Brésil. L'Association européenne (EAPOA), créée en 1986 et reconnue

par l'EAP, regroupe cinq cents psychothérapeutes appartenant à plusieurs associations nationales.

L'institut de formation le plus important se trouve en France et compte plusieurs dizaines de spécialistes. Chaque association nationale publie une revue et des livres. Les principaux responsables français en sont : Paul Boyesen, Éric Champ, Yves Brault, Jacqueline Besson, Chantal Vaglio, Claudie Mothe, Anne Fraisse.

La revue française (ADIRE) a publié déjà dix-huit volumes et sept manuels d'enseignement.

Les approches psychocorporelles

Plusieurs des thérapies déjà citées intègrent une dimension de travail *non verbale*, impliquant une attention particulière aux réactions *corporelles* : Gestalt-thérapie, psychodrame, analyse-psycho-organique, etc. Cette dimension devient centrale dans plusieurs approches, telles que la végétothérapie (Wilhelm Reich, Frederico Navarro), l'analyse bio-énergétique (Alexandre Lowen), la somatothérapie (Richard Meyer, Jérôme Chidharom, Wassilis Zaruchas), l'intégration posturale (Jack Painter), la thérapie primale (Arthur Janov), la thérapie par le cri (Dan Casriel), la thérapie émotionnelle (Étienne Jalenques), la thérapie psychocorporelle et relationnelle ou ATPR (Claude Vaux et Éliane Jung), la sophrologie analytique (Alain Donnars, Danielle Raynal), la méthode Vittoz, etc.

L'hypnose ericksonienne

L'hypnose ericksonienne a progressivement détrôné l'hypnose traditionnelle en France. Elle implique une autohypnose, avec modification du niveau de conscience.

L'hypnose ericksonienne est pratiquée notamment dans la gestion de la douleur, dans les syndromes de stress post-traumatique, les troubles psychosomatiques.

En France, elle est enseignée aujourd'hui dans une demi-douzaine d'instituts, et souvent réservée aux seuls médecins. Les principaux enseignants français sont Jacques Antoine Malarewicz, Thierry Melchior, François Roustang, Jean Godin (décédé).

Ces instituts n'ont pas désiré adhérer, pour le moment, à la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P), et fonctionnent donc dans une certaine indépendance.

La thérapie familiale systémique

Le mouvement des thérapies familiales est vaste et assez hétérogène. Je parlerai ici uniquement de l'approche *systémique* qui présente plusieurs éléments nouveaux, et qui s'est répandue largement en Europe depuis les années quatre-vingt.

La caractéristique spécifique de cette méthode est de traiter l'ensemble de la famille, composée de tous les membres habitant sous le même toit. Les psychothérapeutes (qui travaillent souvent en équipe) sont essentiellement intéressés par les jeux et interactions des différents membres de la famille, par leur système de communication, plutôt que par les problèmes intra-psychiques du « patient désigné » — qui est souvent le simple bouc émissaire d'un malaise familial. L'École de Palo Alto (Californie) a souligné les ravages du *double bind* (« double lien », ou messages ambigus et contradictoires). Elle recommande des thérapies de *brève durée* (dix à vingt sessions), qui sont souvent *enregistrées* sur vidéo et observées à travers une glace sans tain, ce qui permet une action concertée de l'équipe thérapeutique. Les sessions sont souvent accompagnées d'exercices assignés à la famille dans l'intervalle des sessions — lesquelles sont souvent espacées d'un mois.

Ces thérapies familiales se sont rapidement développées dans plusieurs pays d'Europe et elles sont souvent pratiquées au sein d'institutions. L'European Family Therapy Association (EFTA) est représentée dans vingt-cinq pays et comprend plusieurs milliers de praticiens.

L'approche systémique est enseignée en Europe dans cent quarante instituts privés (dont vingt-trois en France), dans plusieurs écoles différentes, présentant chacune ses spécificités.

Les références théoriques sont diverses : Nathan Ackerman, Virginia Satir et Carl Whitaker, Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Jay Haley, Salvador Minuchin, Mara Selvini, et en France, notamment : Robert Neuberger, Jean-Claude Benoît, Marie-Christine Manuel et Mony Elkaïm — qui coordonne une partie des enseignements, après avoir longtemps présidé l'Association européenne de Thérapie familiale (EFTA), et aujourd'hui l'Association européenne de psychothérapie (EAP).

La plupart des instituts et associations de thérapie familiale n'ont pas désiré adhérer, pour le moment, à la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P), et fonctionnent donc aussi dans une certaine indépendance.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les TCC sont basées sur une approche essentiellement expérimentale et pragmatique, laissant une large place à des études de validation. Elles se pratiquent en séances individuelles, en groupe ou au sein d'institutions. Elles sont basées sur les théories de l'apprentissage, du conditionnement (Pavlov et Skinner), l'étude des croyances et les sciences cognitives. Elles s'appuient sur des procédures standardisées et sur un contrat progressif et clair, permettant une évaluation permanente du travail. Les traitements sont en général de courte durée (dix à vingt séances, en moins de six mois).

Les TCC sont très répandues dans les pays anglo-saxons et scandinaves, mais ont eu relativement moins d'impact en France, en dehors de quelques services hospitaliers, traitant notamment des phobies, des troubles obsessionnels (TOC) et des troubles du comportement alimentaire (TCA). Il existe à ce jour en France près d'un millier de spécialistes, en majorité psychiatres — dont les plus connus sont Jean Cottraux et Christophe André.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont enseignées dans plusieurs universités et exercées en grande partie par des médecins — sans que soit exigée pour eux une thérapie personnelle préalable.

L'EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires)

La thérapie EMDR est une nouvelle méthode de psychothérapie qui utilise la stimulation sensorielle et neurologique alternée des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux soit par des stimuli auditifs ou cutanés, pour induire une résolution rapide des symptômes liés à des événements du passé.

L'EMDR a été créée par Francine Shapiro, à la fin des années quatre-vingt. Elle a été récemment popularisée en France par David Servan-Schreiber. Son efficacité rapide a été largement contrôlée pour le traitement du PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder* ou ESPT : état de stress post-traumatique).

L'EMDR repose sur la capacité d'autoguérison propre à chacun, sur l'importance de l'histoire personnelle, des croyances, des émotions et du lien corps-esprit. Elle intègre un protocole comportemental précis, une approche psychodynamique et humaniste.

Elle est enseignée en France dans le cadre de l'association EMDR-France, présidée par le professeur David Servan-Schreiber.

La sexologie

La sexologie, en France, ne constitue pas, à proprement parler une méthode spécifique.

Dès sa fondation, en 1974, la Société française de sexologie clinique (SFSC) a opté pour une approche éclectique, sous la direction de Charles Gellman, Gérard Vallès, Michel Meignant, Georges Teboul (décédé), etc.

Ainsi, se sont développées parallèlement des formations et spécialisations d'inspiration psychanalytique (Gérard Vallès, Georges Teboul), enrichies par la sexoanalyse (Claude Crépault, de Montréal), ainsi que des approches d'inspiration cognitivo-comportementale faisant suite aux travaux de Masters et Johnson (Mireille Bonierbale, Robert et Claire Gellman), d'inspiration gestaltiste (sexo-Gestalt, avec Charles Gellman, Martine Masson, Chantal Higy-Lang, Serge et Anne Ginger, Gonzague Masquelier, Brigitte Martel), hypnothérapeutique ou systémique.

Depuis quelque temps, on distingue souvent les « sexologues » médecins et les « sexothérapeutes », englobant des spécialistes psychothérapeutes non-médecins (psychologues, conseillers conjugaux, travailleurs sociaux, infirmiers, sages-femmes, etc.)

La formation est assurée dans plusieurs universités (Bobigny, Toulouse, Nantes, Paris-VII) ainsi que par des associations privées (SFSC, Gestalt Institut Groupes et Thérapie, etc.)

Parmi les enseignants et responsables, citons encore : Jacques Waynberg, Marc Ganem, Nicole Arnaud-Beauchamps, Pierre Benghozi.

La plupart intègrent des interventions biomédicales ou endocrinologiques, des thérapies comportementales et une analyse des problèmes psychologiques profonds intra et inter-psychiques ainsi que les problèmes relationnels des couples. Afin de souligner la place importante de la dimension émotionnelle et relationnelle en sexologie humaniste analytique, Michel Meignant a proposé le terme « d'amourologie ».

Une variante particulière de sexothérapie est représentée par le travail de couples, notamment par la Gestalt-thérapie (Anne et Serge Ginger, Charles Gellman, Martine Masson, Chantal Higy-Lang).

*

Plusieurs approches européennes ne se sont guère développées en France, comme, par exemple : la biosynthèse, la logothérapie, la psychothérapie positive, la psychothérapie communicative, l'approche catathymique, etc.

Après ce rapide survol des principales approches françaises, jetons un coup d'œil sur la situation d'ensemble.

LA SITUATION GÉNÉRALE ACTUELLE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE EN FRANCE

Les professions concernées... et leurs rivalités

La pratique de la psychothérapie est en cours de réglementation légale en France (loi du 9 août 2004 — dont le décret d'application n'est pas encore paru). Elle est pratiquée par des psychothérapeutes, des psychiatres, des psychologues et des psychanalystes.

Les *psychothérapeutes* sont regroupés en majorité au sein de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P) qui représente officiellement en France l'European Association for Psychotherapy (EAP) et le World Council for Psychotherapy (WCP). Certains sont également fédérés au sein de l'Association fédérative française des organismes de psychothérapie (Affop) et du Syndicat national des praticiens en psychothérapie (SNPPsy).

Les *psychiatres* sont représentés par l'Ordre des médecins, le Syndicat français des psychiatres et l'Association française de psychiatrie.

Les *psychologues* sont représentés par l'Association nationale des organismes de psychologues (ANOP) et le Syndicat national des psychologues (SNP).

Les *psychanalystes* sont représentés actuellement par plus d'une vingtaine d'associations et sociétés — souvent en concurrence. À l'initiative de Serge Leclaire, puis de Jacques Sedat (APUI) et enfin de Jean Cournut, une coordination nationale a été tentée (Groupe de contact), mais sans grand succès jusqu'à présent... Le nombre total d'analystes français est estimé à cinq mille ou six mille environ.

Depuis plus de vingt ans déjà, les psychothérapeutes français — sous l'égide du PSY'G (1966) et du SNPPsy (1981) — avaient proclamé la nécessité de respecter les principes qui ont été repris, en 1990, dans la Déclaration de Strasbourg de l'EAP, à savoir l'indépendance et la spécificité de la psychothérapie ainsi que le libre choix du psychothérapeute et de la méthode d'intervention (Déclaration de Paris, sur le droit à la psychothérapie, 1998).

Récemment, dans le cadre de leur association professionnelle européenne (EFPPA), les psychologues ont reconnu que leur formation universitaire (DESS ou master 2) ne suffisait pas pour exercer la psychothérapie et qu'il leur était nécessaire d'ajouter à leurs cinq ou six années d'études, une formation supplémentaire spécifique d'au moins trois ans.

Les psychothérapeutes

Il existerait en France de huit mille à douze mille psychothérapeutes environ. Un certain nombre d'entre eux sont membres de l'une ou l'autre des cinq principales organisations professionnelles interdisciplinaires (non spécialisées dans telle ou telle méthode ou modalité), à savoir :

- le PSY'G (1966) : Groupement syndical des praticiens de la psychologie, psychothérapie, psychanalyse, rassemblant une centaine de praticiens en psychothérapie ;
- le SNPPsy (1981) : Syndicat national des praticiens de la psychothérapie, rassemblant plusieurs centaines de praticiens en psychothérapie ;
- la FF2P (1995) : Fédération française de psychothérapie et psychanalyse, rassemblant soixante-trois organismes et sociétés qui représentent plusieurs milliers de praticiens ;
- l'Affop (1999) : Association fédérative française des organismes de psychothérapie, rassemblant dix-neuf organismes et sociétés et quelques centaines de praticiens ;
- Psy en mouvement (2005), créé à l'occasion des débats parlementaires autour de la loi sur la réglementation du titre de psychothérapeute, et qui regroupe quelques centaines d'adhérents et plusieurs milliers de sympathisants.

... mais beaucoup exercent de manière indépendante, sans être affiliés à aucune de ces structures syndicales ou fédérales, et échappent ainsi à tout contrôle, dans l'attente du décret d'application de la récente loi du 9 août 2004¹.

Les prérequis

Dans l'attente de cette législation officielle, les prérequis pour entreprendre une formation de psychothérapeute varient quelque peu d'un institut de formation à l'autre. En général, la formation s'adresse à un professionnel de la santé ou de l'éducation, de niveau bac + 3, et elle constitue un second métier.

L'âge moyen habituel du début de la formation de psychothérapeute se situe ainsi, actuellement en France, entre 35 et 45 ans. Comme cette profession n'est pas enseignée à l'université, on ne trouve guère de jeunes étudiants. De toute manière, une expérience suffisante de la vie

1. Ce qui explique que le nombre exact des psychothérapeutes qualifiés, en exercice, demeure imprécis.

est souhaitée, et il est donc rare, pour le moment, de rencontrer des candidats de moins de 30 ans.

En ce qui concerne les professions d'origine, le recrutement se fait surtout parmi les psychologues, les médecins, les travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et enseignants, les infirmiers et infirmiers psychiatriques, les kinésithérapeutes et autres métiers paramédicaux.

Le niveau statistique moyen d'études lors de l'*entrée en formation* s'établit à bac + 4.

On peut estimer, en moyenne, à environ :

- 5 % à 10 % les médecins ;
- 25 % les psychologues ;
- 20 % à 25 % les travailleurs sociaux ;
- 15 % les infirmiers et infirmiers psychiatriques ;
- 15 % les enseignants ou formateurs d'adultes ;
- 10 % les métiers d'origine divers (ingénieurs, philosophes, artistes, etc.).

Il est demandé habituellement d'avoir entrepris une psychothérapie personnelle (individuelle et/ou de groupe) avant d'entamer des études spécialisées. Cette psychothérapie se poursuit souvent pendant les études et/ou en début d'exercice.

La formation

La première année d'études constitue la plupart du temps une période probatoire, au cours de laquelle les motivations et aptitudes personnelles des étudiants sont évaluées, surtout en ce qui concerne leur personnalité : maturité, équilibre général, créativité, capacité d'écoute et d'implication contrôlée, etc. Ce ne sont pas les diplômes académiques qui sont au premier plan de la sélection.

À la fin des études, la soutenance d'un article professionnel, d'un mémoire écrit (ou une mini-thèse) de réflexion ou recherche personnelle est demandée, permettant d'évaluer l'intégration de la théorie dans l'exercice professionnel.

Les stages en services psychiatriques sont souvent difficiles à réaliser en France, du fait de la législation. Par contre, un travail sur le terrain est exigé, au sein d'associations ou organismes psychologiques et sociaux.

L'installation

Une grande partie des jeunes diplômés s'installent d'emblée en cabinet libéral — ou parfois en association loi de 1901 — avec une *supervision* régulière et prolongée, en principe, pendant toute la carrière professionnelle. Ce fait constitue une spécificité de la profession et fait partie du Code de déontologie que tout nouveau praticien est tenu de signer, notamment s'il s'engage dans un groupement professionnel (syndicat ou fédération).

Cependant, jusqu'à présent, la profession ne disposant pas encore d'un statut légal, le contrôle n'était pas systématique et n'importe qui pouvait s'intituler « psychothérapeute » sans encourir de poursuite légale — ce qui laissait la porte ouverte à quelques charlatans, ainsi qu'à des « gourous » recruteurs de sectes, usurpant la profession.

Les usagers sont donc invités à s'informer directement auprès des syndicats ou de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P), avant de choisir un thérapeute, afin de s'assurer de sa formation et de sa déontologie.

Les jeunes professionnels s'inscrivent habituellement dans un groupe de pairs de leur méthode (AT, Gestalt, APO, etc.) et participent régulièrement à des *colloques*, congrès et journées de perfectionnement (*formation continue*), souvent organisés — et parfois pris en charge — par divers organismes.

Le remboursement

Les séances de psychothérapie ne sont remboursées par la Sécurité sociale que si le thérapeute est médecin et qu'il accepte de rédiger une feuille de maladie. Dans les autres cas, le client paie lui-même son traitement, mais les tarifs sont souvent modulés en fonction des revenus. Quelques mutuelles et assurances privées remboursent aussi les séances.

Le psychothérapeute doit acquitter la TVA, sauf s'il est médecin ou psychologue clinicien.

Des dispensaires permettent la prise en charge gratuite de la psychothérapie pour les personnes nécessiteuses, mais ils sont en nombre notoirement insuffisant, de même que les services hospitaliers spécialisés.

II. LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHOTHÉRAPIE ET PSYCHANALYSE (FF2P)

BREF HISTORIQUE

La Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P) a été créée en mai 1995 (sous le sigle FFdP) pour regrouper l'ensemble des organismes de psychothérapie en France : associations nationales ou régionales, instituts et écoles de formation, syndicats professionnels. Elle rassemble aujourd'hui une soixantaine d'organismes, représentant une quinzaine de méthodes différentes et trois mille quatre cents psychothérapeutes praticiens, ainsi que six cents membres individuels certifiés.

La FF2P représente la France au sein de l'European Association for Psychotherapy (EAP) qui regroupe environ cent vingt mille psychothérapeutes professionnels dans quarante et un pays d'Europe.

L'EAP et la FF2P se réfèrent à la Déclaration de Strasbourg (1990) qui précise que la psychothérapie est une discipline spécifique dont l'exercice représente une profession libre et autonome, exigeant un niveau élevé de qualification théorique et clinique. Cette profession est donc *distincte* de celles de psychologue ou de psychiatre — dont la formation universitaire n'inclut pas la psychothérapie.

LE CEP

Le Certificat européen de psychothérapie (CEP) a été institué lors du congrès de Rome (juin 1997). Il précise les conditions de formation : 3 200 heures en 7 ans (niveau bac + 7), incluant une formation approfondie de 4 ans minimum dans une méthode scientifiquement validée. Ces méthodes sont au nombre d'une vingtaine à l'heure actuelle (psychanalyse, thérapie comportementale, thérapie familiale, thérapies humanistes-existentielles, telles que : Gestalt-thérapie, analyse transactionnelle, PNL thérapeutique, hypnothérapie, analyse psycho-organique, psychosynthèse, etc.).

Les critères d'attribution du CEP ont été négociés au cours de nombreuses réunions internationales (à Vienne, Londres, Rome, Paris, Amsterdam, Francfort, Budapest, etc.) par les délégués élus d'une trentaine de pays d'Europe.

Dans un premier temps, est appliquée « la clause du grand-père », concernant les *anciens* psychothérapeutes, déjà en exercice déclaré

depuis au moins 5 ans, et reconnus par une commission nationale de pairs.

La FF2P est le seul organisme français habilité à délivrer le CEP.

La Commission nationale d'attribution du CEP est constituée de douze membres élus à une majorité qualifiée des deux tiers, parmi les titulaires du CEP et représentant huit méthodes différentes. Chaque méthode ne peut être représentée que par deux personnes, au maximum.

À ce jour, la FF2P a étudié près de six cents dossiers détaillés (de dix à quarante pages) de candidats au CEP. Chaque dossier est examiné minutieusement et ceux qui n'ont pas été encore titularisés par une commission nationale de pairs de leur méthode peuvent être convoqués pour un entretien devant la Commission nationale d'attribution du CEP. Plus de cinq cents dossiers ont été transmis à l'EAP avec avis favorable et ont obtenu leur CEP, tandis qu'une centaine ont été ajournés. Les candidats doivent être agréés à une majorité des deux tiers puis acceptés aussi par l'Association européenne officielle représentant la méthode pratiquée (European Wide Awarding Organisation ou EWAO). Il a été délivré à ce jour au total plus de cinq mille CEP dans cinquante et un pays d'Europe et du monde.

LE REGISTRE NATIONAL FRANÇAIS DES PSYCHOTHÉRAPEUTES (ANNUAIRE)

Un Registre national français des psychothérapeutes est publié par la FF2P sur papier et tenu à jour sur Internet. La première édition (2000) comprenait environ cinq cents psychothérapeutes certifiés. La quatrième édition (2008) en recense mille trois cents : 73 % de femmes et 27 % d'hommes. Leur âge moyen est de 51 ans. 70 % d'entre eux avaient un niveau bac + 3 au début de leurs études de psychothérapie (soit bac + 7 ou 8 en début d'exercice) : 40 % avaient entrepris des études en psychologie ou en sciences humaines, 20 % des études médicales et 15 % des études sociales. 9 % se réfèrent à une approche psychanalytique et 73 % à une approche humaniste.

Le registre est diffusé au grand public et aux pouvoirs publics.

Pour y figurer, le psychothérapeute doit pouvoir justifier d'une formation complète, impliquant :

- une psychothérapie personnelle approfondie ;
- une formation spécifique théorique et clinique approfondie ;
- un contrôle ou une supervision de la pratique clinique ;

- un engagement à respecter le Code de déontologie de la FF2P.

Chaque psychothérapeute doit, par ailleurs, être membre de la FF2P (à titre individuel ou au titre d'un organisme membre) et contresigner la Déclaration de Strasbourg.

LES MEMBRES INDIVIDUELS

L'Assemblée générale extraordinaire de mai 1999 a décidé à l'unanimité d'admettre, en plus des institutions, des membres individuels sous certaines conditions, et notamment s'ils font partie d'un organisme qui n'est pas encore actuellement membre de la FF2P (par exemple, des comportementalistes, thérapeutes familiaux ou hypnothérapeutes).

Les candidatures sont examinées par une commission d'admission, puis votées par le CA.

À ce jour, la FF2P compte une soixantaine d'organismes et près de six cents membres individuels. L'ensemble représente près de quatre mille psychothérapeutes.

LA RECONNAISSANCE OFFICIELLE DE LA PROFESSION DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

La FF2P a mené des pourparlers réguliers avec les pouvoirs publics en vue d'une réglementation officielle de la profession, et a participé activement à l'élaboration de la loi du 9 août 2004, réglementant l'usage du titre de psychothérapeute ainsi qu'aux débats en cours concernant son décret d'application.

La FF2P se préoccupe de protéger les usagers et elle lutte contre les mouvements sectaires qui usurpent parfois certaines techniques psychologiques et cherchent à induire une dépendance de leurs adeptes, alors que la psychothérapie vise, au contraire, à développer l'autonomie et la responsabilité. Elle propose une Charte des usagers de la psychothérapie qui précise leurs droits et contribue à protéger le public contre les charlatans et les gourous.

COLLOQUES, CONGRÈS ET ÉTATS GÉNÉRAUX

La FF2P organise régulièrement des colloques et des congrès. En 2001, elle a réuni les états généraux de la psychothérapie, à Paris et dans plusieurs villes de province.

Elle a entrepris à cette occasion une large enquête nationale de recherche sur la psychothérapie, auprès d'un échantillon représentatif de la population française de huit mille personnes — en collaboration avec l'institut national de sondages BVA et le magazine *Psychologies*. Cette enquête, coordonnée par S. Ginger, a montré qu'en France 5,2 % de la population générale a suivi, ou poursuit encore, une psychothérapie — soit près de trois millions de personnes. Ce nombre augmente régulièrement du fait des conditions de vie actuelles, et constitue donc une préoccupation d'intérêt national.

Cette première enquête de grande ampleur — effectuée auprès des usagers et non des professionnels — a permis de constater que, malgré la place considérable que la psychanalyse occupe encore dans les médias français, elle ne concerne plus que 30 % environ des thérapies (12 % si on ne prend en compte que la psychanalyse classique *sur divan*, à raison de plusieurs séances par semaine), tandis que les thérapies non analytiques, bien moins connues, représentent au total 70 % des traitements : 20 % de thérapies cognitivo-comportementales, 15 % de thérapies humanistes-existentielles, 12 % de thérapies familiales ou de couple... et 26 % de thérapies mal définies par les bénéficiaires — encore très insuffisamment informés.

Les deux tiers des usagers sont des femmes. 50 % avaient consulté pour dépression, troubles du sommeil, angoisse ou stress majeur ; 22 % à la suite d'un deuil, d'un abandon ou d'un traumatisme psychique ; 21 % pour phobies ou attaques de panique.

La consommation de médicaments psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants ou neuroleptiques) s'élève à 49 % pendant la psychothérapie, et chute à 27 % après.

Au total, les usagers se déclarent satisfaits de leur psychothérapie dans 84 % des cas, appréciant particulièrement la qualité d'écoute, la compétence, l'intuition et la discrétion de leur thérapeute. Seul 1,4 % se plaint, notamment d'un comportement sexuel « ambigu » de leur psychothérapeute.

Ainsi, malgré une information encore insuffisante, la psychothérapie conquiert peu à peu sa place dans la population française, non seulement parmi les cadres supérieurs (23 %) et professions intermédiaires (21 %),

mais aussi parmi les employés (13 %), les ouvriers (15 %) et même les paysans (2 %).

Une nouvelle enquête nationale, menée en 2006 par l'institut de sondage CSA, a montré que le pourcentage de personnes ayant recours à la psychothérapie a augmenté de 50 % en cinq ans et atteint aujourd'hui, en France, 8 % de la population adulte, soit près de cinq millions de personnes (dont 87 % sont satisfaites).

III. LE TITRE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE : LOI N° 2004-806 DU 9 AOÛT 2004 SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE, PUBLIÉE AU JO DU 11 AOÛT 2004

Voici ce que dit l'article 52 qui concerne :

L'USAGE DU TITRE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

1. L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au Registre national des psychothérapeutes.

2. L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l'État dans le département de leur résidence professionnelle. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

3. L'inscription sur la liste visée à l'alinéa précédent est de droit pour les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations.

4. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théoriques et pratiques en psychopathologie clinique que doivent remplir les personnes visées aux deuxième et troisième alinéas.

BREVS COMMENTAIRES

Cette loi est issue de longs débats parlementaires pendant près d'une année et représente un compromis entre les propositions initiales de « l'amendement Accoyer » d'octobre 2003 et les diverses positions corporatistes des médecins, des psychologues et des psychothérapeutes. Elle autorise le titre de psychothérapeute à des praticiens ni médecins, ni psychologues, sous réserve d'une formation en psychopathologie — qui reste à définir par décret.

Elle accorde un statut privilégié à la psychanalyse, sans aucune justification juridique.

Elle instaure une formation en psychopathologie pour tous.

IV. CHARTE NATIONALE POUR LES PERSONNES EN PSYCHOTHÉRAPIE

1. DROIT À LA DIGNITÉ ET AU RESPECT

Quelle que soit sa demande ou son état psychique, la personne en psychothérapie a droit au respect, à la dignité et à l'intégrité de sa personne physique et mentale, sans discrimination d'aucune sorte.

2. DROIT AU LIBRE CHOIX

La personne en psychothérapie a le droit de choisir librement sa méthode et son psychothérapeute et de modifier ce choix, si elle l'estime nécessaire.

3. DROIT À L'INFORMATION

La personne en psychothérapie a le droit de connaître la (ou les) méthode(s) employée(s) par le psychothérapeute, ainsi que sa qualification, sa formation et son affiliation professionnelle.

4. CONDITIONS DE LA THÉRAPIE

Les conditions de la thérapie doivent être précisées avant tout engagement : les modalités (verbale, émotionnelle, corporelle...), la durée et la fréquence des séances, la durée présumée du traitement et ses conditions de prolongation ou d'arrêt, le coût financier (honoraires, prise en charge éventuelle, conditions d'assurance, règlement des séances manquées).

5. DROIT À LA CONFIDENTIALITÉ

Le psychothérapeute doit s'engager, auprès de la personne en thérapie, au secret professionnel absolu, concernant tout ce qui lui est confié au cours de la thérapie.

Cette confidentialité est une condition indispensable à la relation thérapeutique.

Elle est limitée par les dispositions légales en vigueur.

6. ENGAGEMENT DÉONTOLOGIQUE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

Le praticien est tenu de respecter le code de déontologie de son organisme professionnel de référence. Ce code est communiqué sur simple demande.

Le psychothérapeute est dans l'obligation d'assumer ses responsabilités : il doit s'engager à ne pas utiliser la confiance établie à des fins de manipulation politique, sectaire ou personnelle (dépendance émotionnelle, intérêts économiques, relations sexuelles...).

7. PROCÉDURE DE DOLÉANCE

En cas de plainte ou de réclamation, la personne en psychothérapie peut s'adresser à des organismes professionnels de recours ou à la Justice.

*

Cette charte est appelée à une diffusion aussi large que possible et à un affichage dans le cabinet des psychothérapeutes.

Elle a été signée le 22 mars 2005 par les représentants des organismes suivants :

- FFdP : Fédération française de psychothérapie (devenue depuis FF2P) ;
- FNAPSy : Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie ;
- AUP : Assistance usagers psy.

Les termes de cette charte ont été adoptés le 14 juillet 2002, sur proposition de la France, à Vienne (Autriche), par le 3^e congrès mondial de psychothérapie (World Council for Psychotherapy), qui a réuni quatre mille psychothérapeutes de quatre-vingts pays de tous les continents.

V. CODE DE DÉONTOLOGIE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHOTHÉRAPIE ET PSYCHANALYSE (FF2P)¹

PRÉAMBULE

Tous les organismes de la FF2P, ainsi que les membres individuels, sont tenus d'exercer leur profession avec un sens particulièrement aigu de leurs responsabilités vis-à-vis de leur propre personne, de leur travail thérapeutique et des personnes avec lesquelles une relation particulière est créée par le biais du traitement psychothérapeutique. Les organismes de la FF2P sont dans l'obligation de prêter une attention toute particulière aux questions de déontologie. Cela s'applique aux formateurs, aux membres et aux candidats des organisations nationales en question.

Les règles de déontologie des organisations nationales :

- visent à protéger le patient/client contre les applications abusives de la psychothérapie par les praticiens ou les formateurs ;
- servent de règles de conduite à leurs membres ;
- servent de référence en cas de plainte.

CHAMP D'APPLICATION

Les règles de déontologie ci-dessous engagent tous les organismes, ainsi que les membres individuels de la FF2P.

1. Il s'agit du Code de déontologie de l'EAP (European Association for Psychotherapy), adopté par la FF2P.

Chaque organisme membre doit avoir un code de déontologie propre, compatible avec celui de la FF2P.

LA PROFESSION DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

La profession de psychothérapeute est une discipline spécifique du domaine des sciences humaines. Elle implique un diagnostic et une stratégie globale et explicite de traitement des troubles psychologiques, sociaux et psychosomatiques. Les méthodes utilisées reposent sur des théories scientifiques de psychothérapie.

Par le biais d'une interaction entre un ou plusieurs patients/clients et un ou plusieurs psychothérapeutes, ce traitement a pour objectif de déclencher un processus thérapeutique permettant des changements et une évolution à long terme.

La profession de psychothérapeute se caractérise par l'implication du thérapeute dans la réalisation des objectifs précités.

Le psychothérapeute est tenu d'utiliser sa compétence dans le respect des valeurs et de la dignité de son patient/client au mieux des intérêts de ce dernier.

Le psychothérapeute doit indiquer son niveau de qualification dans la spécialité où il a été formé.

COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE ET PERFECTIONNEMENT

Le psychothérapeute doit exercer sa profession de manière compétente et dans le respect de l'éthique.

Il doit se tenir au courant des recherches et du développement scientifique de la psychothérapie — ce qui implique une formation continue permanente.

Le psychothérapeute est tenu de ne pratiquer que les méthodes de traitement et dans les domaines de la psychothérapie pour lesquels il peut justifier de connaissances et d'une expérience suffisante.

SECRET PROFESSIONNEL

Le psychothérapeute et son équipe éventuelle sont soumis au secret professionnel absolu concernant tout ce qui leur est confié dans l'exercice

de leur profession. Cette même obligation s'applique dans le cadre de la supervision.

CADRE DE LA THÉRAPIE

Dès le début de la thérapie, le psychothérapeute doit attirer l'attention de son client sur ses droits et souligner les points suivants :

- type de méthode employé (s'il le juge approprié à la situation du client). Il précise les conditions de travail (y compris les conditions d'annulation ou d'arrêt) ;
- durée présumée du traitement ;
- conditions financières (honoraires, prises en charge, règlement des séances manquées) ;
- secret professionnel ;
- possibilité de recours en cas de litige.

Le patient/client doit pouvoir décider lui-même si et avec qui il veut entreprendre un traitement (libre choix du thérapeute).

Le psychothérapeute est dans l'obligation d'assumer ses responsabilités compte tenu des conditions particulières de confiance et de dépendance qui caractérisent la relation thérapeutique. Il y a abus de cette relation à partir du moment où le psychothérapeute manque à son devoir et à sa responsabilité envers son patient/client pour satisfaire son intérêt personnel (par exemple, sur le plan sexuel, émotionnel, social ou économique). Toute forme d'abus représente une infraction aux directives déontologiques spécifiques concernant la profession de psychothérapeute. L'entière responsabilité des abus incombe au psychothérapeute. Tout agissement irresponsable dans le cadre de la relation de confiance et de dépendance créée par la psychothérapie constitue une grave faute professionnelle.

OBLIGATION DE FOURNIR DES INFORMATIONS EXACTES ET OBJECTIVES

Les informations fournies au patient/client concernant les conditions dans lesquelles se déroule le traitement doivent être exactes, objectives et reposer sur des faits.

Toute publicité mensongère est interdite. Par exemple :

- promesses irréalistes de guérison ;
- référence à de nombreuses approches thérapeutiques différentes, ce qui laisserait supposer une formation plus étendue qu'elle ne l'est en réalité (formations entamées et non terminées).

RELATIONS PROFESSIONNELLES AVEC LES COLLÈGUES

Si nécessaire, le psychothérapeute doit travailler de manière interdisciplinaire avec des représentants d'autres sciences, dans l'intérêt du patient/client.

PRINCIPES DÉONTOLOGIQUES CONCERNANT LA FORMATION

Ces principes déontologiques s'appliquent également, par analogie, aux rapports entre formateurs et élèves.

CONTRIBUTION À LA SANTÉ PUBLIQUE

La responsabilité des psychothérapeutes au niveau de la société exige qu'ils travaillent à contribuer au maintien et à l'établissement de conditions de vie susceptibles de promouvoir, sauvegarder et rétablir la santé psychique, la maturation et l'épanouissement de l'être humain.

RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Afin de promouvoir l'évolution scientifique de la psychothérapie et l'étude de ses effets, le psychothérapeute doit, dans la mesure du possible, collaborer à des travaux de recherche entrepris dans ce sens.

Les principes déontologiques définis plus haut doivent également être respectés à l'occasion de ces travaux de recherche et lors de leur publication. Les intérêts du patient/client restent prioritaires.

INFRACTIONS AUX RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Les organismes sont dans l'obligation de créer des instances de recours et d'arbitrage en cas de litige.

OBLIGATIONS DES ORGANISMES DE LA FF2P

Les organismes doivent exiger que leurs membres praticiens établissent des règles déontologiques compatibles avec les principes du code de déontologie de la FF2P

VI. TAC (Training Accreditation Committee¹)

QUESTIONNAIRE ET PROCÉDURES

Préambule

Le TAC est composé de six membres :

- Deux membres élus par le NUOC (National Umbrella Organisations Committee), regroupant les Fédérations nationales de psychothérapie ;
- deux membres élus par l'EWOC (European Wide Organisations Committee), regroupant les Organismes Européens de Méthodes ;
- deux membres nommés par le bureau exécutif de l'Association européenne de psychothérapie (European Association for Psychotherapy, ou EAP) et représentant le bureau central (*Headoffice*).

Clause de subsidiarité

Compte tenu des spécificités de chaque pays et de chaque méthode, de légères variations peuvent intervenir : elles seront étudiées par le TAC, afin de permettre une certaine flexibilité.

Si certaines conditions ne sont pas remplies, cela avec des justifications acceptables, le TAC prendra la situation en considération.

Le TAC tiendra le plus grand compte de toute accréditation déjà accordée et accompagnée d'un rapport écrit détaillé.

1. Accréditation des écoles ou instituts de formation pour obtenir le statut d'EAPTI (European Accredited Psychotherapy Training Institute) en vue de la préparation du Certificat européen de psychothérapie (CEP).

Indépendance

Le CEP est une reconnaissance *européenne* et non *nationale* : ainsi, la Déclaration de Strasbourg ainsi que la réglementation propre de l'EAP sont les pierres angulaires dont découlent toutes les exigences.

Par exemple, dans plusieurs pays, certaines organisations européennes de méthodes ne disposent pas encore de représentants officiels ; dans certains autres pays, la pratique de la psychothérapie est réservée par la Loi aux psychiatres et aux psychologues...

Dans tous les cas de figure, un praticien qui répond à *l'ensemble des exigences du CEP* peut obtenir ce dernier, même s'il n'est pas autorisé, actuellement, à porter le titre de « psychothérapeute » dans son propre pays.

Ce rapport contient cinq grandes parties

Préambule

1. Questionnaire
2. Visite de l'école ou institut de formation
3. Procédures
4. Étapes de mise en place

1. QUESTIONNAIRE

1. Les informations sur chaque école ou institut seront rassemblées à travers :

- 1.1. Un questionnaire écrit,
- 1.2. Un jeu de documents,
- 1.3. Une visite à l'école ou institut de formation.

2. Directives pour le questionnaire

- 2.1. Ce questionnaire sera envoyé à chaque EWAO et à chaque NUO.
- 2.2. Ces organisations le feront parvenir à tous les instituts de formation qu'elles connaissent.

3. Dénomination de l'institut

- 3.1. Nom complet et acronyme (nom abrégé),
- 3.2. Adresse, numéros de téléphone, fax, e-mail, site web,
- 3.3. Personne à contacter.

4. EWAO

- 4.1. De quelle EWAO faites-vous partie (association européenne accréditée, représentant votre méthode) ?
- 4.2. Votre programme concernant la formation de psychothérapeutes a-t-il été déjà accrédité par votre EWAO ? Fournir une attestation écrite ?

5. NAO

- 5.1. Êtes-vous membre d'une NAO (Fédération nationale accréditée pour la délivrance du CEP) ? Fournir une attestation écrite ?
- 5.2. Votre programme concernant la formation de psychothérapeutes a-t-il été déjà accrédité par votre NAO ? Fournir une attestation écrite ?

6. Documents publiés

- 6.1. Documents publics de présentation de votre école/institut de formation,
- 6.2. Programme de formation (*curriculum* des études),
- 6.3. Frais d'études (par an, par étudiant, en euros),
- 6.4. Autres documents imprimés.

7. Quelques chiffres concernant votre Institut

- 7.1. Date de fondation ? (*5 années d'existence au minimum sont souhaitées ; cela afin d'avoir terminé un premier cycle de formation de 4 ans et d'en avoir entamé un nouveau*).
- 7.2. Combien d'étudiants sont inscrits à l'heure actuelle dans votre institut ? (*total des étudiants de divers niveaux*).
- 7.3. Combien d'élèves — depuis l'ouverture de votre institut — ont obtenu un certificat de psychothérapeute, ou bien ont été autorisés à commencer une pratique de psychothérapeute sous supervision ? (*une telle pratique implique une psychothérapie régulière avec un minimum de 3 clients/patients*) (*un minimum de 5 élèves est souhaité*).

8. Formateurs

- 8.1. Combien de formateurs interviennent dans votre programme (à plein-temps ou à temps partiel) ? (*Un minimum de 5 est souhaité.*)
- 8.2. Quels sont vos critères d'accréditation de vos formateurs ?
- 8.3. Combien de vos formateurs sont titulaires du CEP ? (*Un minimum de 2 est souhaité.*)
- 8.4. Chaque formateur doit justifier au moins de cinq années de pratique comme psychothérapeute professionnel.

8.5. Les formateurs doivent participer à un groupe régulier de supervision ou à un groupe « d'intervision » pour formateurs.

8.6. Envoyez quelques échantillons d'articles ou publications de vos formateurs, datant de moins de cinq ans.

9. Programme de formation

9.1. Durée totale : 3 200 heures, réparties sur un minimum de 7 ans.

9.2. Trois années de formation générale propédeutique en sciences humaines (médecine, psychologie, travail social, éducation, etc.) ou équivalence. Durée forfaitaire estimée = 1 800 heures.

9.3. Minimum de quatre années de formation dans une méthode spécifique = 1 400 heures, subdivisées, par exemple, en :

9.3.1. 1250 heures d'expérience personnelle psychothérapeutique (ou équivalent) en thérapie individuelle ou en groupe,

9.3.2. de 500 à 800 heures de théorie ou méthodologie, incluant la psychopathologie, en conformité avec les normes usuelles de la méthode ;

9.3.3. de 300 à 600 heures de pratique clinique avec des clients/patients :

– soit au sein d'un service de santé mentale ou sociale (ou équivalent) ;

– soit auprès de clients/patients individuels, de familles ou de groupes, *sous supervision régulière* (même si cette pratique n'est pas organisée directement par l'Institut de formation, elle demeure sous sa responsabilité) ;

9.3.4. Normalement la pratique n'est pas mise en place durant les deux premières années de formation. Cependant des exceptions peuvent être accordées par l'institut de formation si l'étudiant avait déjà des connaissances ou une pratique préalables ;

9.3.5. 150 heures de *supervision* de la pratique clinique effective de l'étudiant lui-même.

9.4. Chaque école fournit un décompte écrit détaillé des heures de formation.

10. Évaluation

10.1. Décrivez votre procédure d'évaluation continue.

10.2. Décrivez la procédure d'évaluation finale.

10.3. Le jury ne doit pas comprendre un psychothérapeute de l'étudiant.

10.4. Le jury doit comprendre au minimum un expert qui ne soit pas formateur de l'École.

10.5. Envoyez quelques échantillons de travail écrit de fin d'études de vos élèves.

11. Code de déontologie

L'École et ses formateurs doivent adhérer au Code de déontologie de l'EAP.

12. Engagement professionnel

L'École et son personnel sont-ils membres de différents organismes professionnels ?

Liste des associations, comités scientifiques, comités de rédaction de revues, etc.

Sociétés savantes, participation à des colloques et congrès, formation permanente, recherche.

13. Locaux

Faites une brève description des salles de réunions, bureaux, etc.

2. VISITE DE L'INSTITUT DE FORMATION

14. Visite de l'école ou institut de formation

14.1. L'école sera visitée normalement par *deux experts indépendants*, choisis parmi un *pool* international (cf. § 19) : par exemple, l'un des experts peut être du même pays mais d'une autre méthode, l'autre de la même méthode mais d'un autre pays.

14.2. On posera des questions concernant :

- les brochures et dépliants ;
- les dossiers individuels des élèves (tout en respectant la confidentialité nécessaire) ;
- les réunions régulières de coordination de l'équipe de formateurs ;
- le budget et les charges pour les élèves.

3. PROCÉDURES

15. Extrait de la réglementation du CEP

1.4. Organismes de formation (ou « Écoles »)

1.4.1. Les Organismes de formation doivent être membres à jour de la NAO (Fédération nationale) de leur pays et de l'EWAO (Association européenne accréditée représentant leur méthode).

1.4.2. Les Organismes de formation doivent être régulièrement enregistrés ; leur administration et leur situation financière doivent être en bon ordre. L'École doit disposer d'un Code de déontologie et d'une procédure de plaintes pour ses étudiants.

1.4.3. Un programme de formation, accrédité par l'EAP pour préparer le CEP, doit être conforme aux critères du CEP, accrédité par l'EWAO appropriée et approuvé par la NAO concernée.

1.4.4. Seuls les élèves certifiés après un programme de psychothérapie, accrédité et approuvé, de 4 ans au minimum, suivi dans une École définie ci-dessus, pourront se présenter au CEP.

1.4.5. Les critères et les procédures d'agrément des Écoles auprès de l'EAP sont établis par l'ETSC (European Training Standards Committee, Comité européen des normes de formation), dépendant du conseil d'administration de l'EAP.

16. Structures concernées

Trois structures (or organisations) sont concernées :

- Les EWAOs, Associations européennes représentant les *méthodes* ;
- Les NAOs ou NUOs, Fédérations nationales représentant les *pays* ;
- Le TAC (*Training Accrediting Committee* ou comité d'accréditation des organismes de formation), représentant l'EAP.

17. NAO et EWAO

17.1. L'organisme de Formation (ou École) candidat envoie le questionnaire dûment rempli à la fois à la Fédération nationale de son pays et à l'EWAO concernée.

17.2. Chacune de ces deux structures contrôle les critères qui la concernent et donne — ou non — son accord écrit, dans un *délai maximal de 6 mois*.

17.3. Chacune de ces deux structures (NAO et EWAO) envoie le dossier contrôlé au siège de l'EAP, à Vienne.

18. Rôle du TAC

18.1. Le TAC contrôle l'ensemble du dossier.

18.2. S'il n'existe pas d'EWAO concernée, l'EWOC contrôle le dossier en détail.

19. Pool international d'experts

19.1. Chacune des trois organisations impliquées dans l'accréditation des Écoles (EWAO, NAO et TAC) est invitée à proposer des experts *anglophones* pour constituer un pool international. Ces propositions devront être approuvées par l'EAP. Il y a deux catégories d'experts :

19.1.1. Les membres *permanents* du TAC, élus par le *Board* (ils ne représentent pas leur méthode ou leur pays : ils représentent l'EAP) ;

19.1.2. Les experts proposés par les NAOs ou les EWAOs et acceptés par l'EAP (élus par le TAC, puis par le *Board*) ;

19.1.3. Le pool international d'experts est constitué par un maximum de deux experts proposés par chaque EWAO (méthode) et deux experts proposés par chaque NAO (pays), ainsi que par les six membres permanents élus du TAC.

19.2. Le TAC est responsable de la qualité du contrôle des instituts. Il choisit *deux experts indépendants*, en tenant compte de chaque situation spécifique : il prend en considération la situation géographique, la langue, la méthode, la situation politique, etc. afin d'optimiser la compétence, l'efficacité et l'équité, tout en évitant les problèmes éventuels de rivalités ou de collusions.

19.3. Le TAC est autorisé à mettre en place tout moyen nécessaire pour optimiser le processus de contrôle objectif, et notamment à définir les critères d'accréditation des experts.

19.4. Critères de candidature des experts internationaux :

19.4.1. Un CV *détaillé* en anglais ;

19.4.2. Parler *couramment* l'anglais ;

19.4.3. Être titulaire du CEP ;

19.4.4. Cinq années minimum comme *formateur* dans un institut de formation à la psychothérapie ;

19.4.5. Une expérience dans une *équipe de direction* d'un institut de formation ;

19.4.6. Être proposé, avec une lettre de *recommandation*, par une NAO ou une EWAO ou être proposé par le bureau central de l'EAP de Vienne.

20. Accréditation

20.1. Lorsque toutes ces étapes ont été réalisées, le TAC recommande à l'EAP d'accorder à l'École une accréditation comme EAPTI (European Accredited Psychotherapy Training Institute) l'autorisant à préparer les étudiants au CEP.

20.2. Cette accréditation est accordée pour une période de sept ans renouvelable.

20.3. S'il apparaît que l'École ne remplit plus les conditions requises, une révision peut intervenir avant l'expiration de ce délai.

21. Procédure d'appel

En cas de désaccord, un appel peut être adressé à l'ETSC de l'EAP.

22. Participation aux frais

22.1. Le montant des droits à verser par chaque École est de 50 euros par an et par école, augmenté de 10 euros par an et par élève régulièrement inscrit en vue de la préparation du CEP (quelle que soit son année de formation)

22.2. Ces droits seront partagés comme suit :

- 25 % pour la Fédération nationale (NAO) ;
- 25 % pour l'EWAO ;
- 50 % pour l'EAP.

22.3. Ces droits n'incluent pas les dépenses de voyage pour la visite de l'École. Les frais de déplacement des experts (aussi réduits que possible) sont réglés par l'École candidate.

4. ÉTAPES DE MISE EN PLACE

23. Vote

Ce texte amendé a été voté par le *Board* de l'EAP, à Malte, le 19 octobre 2002 — après une ultime consultation des différents organismes concernés ; il a été complété et confirmé par un vote unanime du Conseil d'Administration de l'EAP, à Vienne, le 22 février 2003.

Trois brefs amendements ont été votés par l'ETSC et le *Board* à Ljubljana, le 15 octobre 2004 (points 19.1, 20.1 et 23) et un autre, à Cambridge, le 13 juillet 2006 (point 9.3.5).

D'autres amendements ont été votés par le TAC et le *Board* à Vienne le 17 février 2007 (points 4.2, 5.2, 19), puis à Florence, le 13 juin 2007 (préambule, point 16, suppression du pt. 24)

Serge Ginger <s.ginger@noos.fr>

Registrar, Président du TAC.

PRINCIPAUX SIGLES ET TERMES ANGLAIS UTILISÉS

CEP : certificat européen de psychothérapie (ECP, en anglais)¹.

EAP : European Association for Psychotherapy (Association européenne de psychothérapie).

ETSC : European Training Standard Committee (Comité européen des normes de formation).

EWAO : European Wide Awarding Organisation (Association européenne de méthode accréditée)².

EWO : European Wide Organisation (Association européenne de méthode).

EWOC : European Wide Organisations Committee (Comité des associations européennes de méthodes).

NAO : National Awarding Organisation (Fédération nationale accréditée pour l'attribution du CEP)³.

NUO : National Umbrella Organisation (Fédération nationale de psychothérapie).

NUOC : National Umbrella Organisations Committee (Comité des fédérations nationales).

Board : conseil d'administration⁴.

Registrar : responsable du contrôle et de l'enregistrement des organismes européens et du CEP.

1. À ce jour, en janvier 2008, le CEP a été attribué à plus de cinq mille professionnels d'une cinquantaine de pays d'Europe ou du monde (Japon, Liban, Mexique, USA,...).

2. À ce jour, en janvier 2008, dix-huit méthodes ont obtenu le statut d'EWAO, après étude détaillée de leur théorie, méthodologie et pratique.

3. À ce jour, en janvier 2008, vingt-huit fédérations nationales ont obtenu le statut de NAO sur les 41 pays membres.

4. À ce jour, en janvier 2008, le *Board* comprend soixante-dix spécialistes élus représentant quarante et un pays (NAOs et NUOs) et dix-huit méthodes. Il se réunit pour deux journées, trois fois par an, dans diverses capitales européennes.

VII. ADRESSES ET SITES DES ORGANISATIONS MEMBRES DE LA FF2P (EN JANVIER 2008)

(FF2P) Fédération française de psychothérapie et psychanalyse
2 bis rue Scheffer, 75116 Paris
Tél. : + 33 1 44 05 95 50 – Fax : + 33 1 47 04 36 86
E-mail : contact@ff2p.fr – Site : www.ff2p.fr

(AAPO) Association d'analyse psycho-organique
4 rue Joutx-Aigues, 31000 Toulouse
Tél. : 06 73 26 86 64
E-mail : aapo@aapo.asso.fr – Site : www.aapo.asso.fr

(ACP-Formation) ACP Formation, dans l'esprit Carl Rogers
26 rue d'Aumale, 75009 Paris
Tél. : 01 46 89 01 67 – E-mail : acpformations@free.fr
Site : acpformations.free.fr

(ACP-France) Association pour le développement de l'approche
centrée sur la personne
23, chemin du Catilat, 31320 Vigoulet-Auzil
Tél./fax : 05 61 73 37 44
E-mail : acp.france@gmail.com Site : www.acpfrance.net

(ACSSA-ARSSO) Centres psycho-relationnels
25 av. de l'Entre-Deux-Mers, Bordeaux Rive Droite,
33370 Fargues-Saint-Hilaire
Tél. 05 56 21 21 14 - FAX : 05 56 21 21 14
E-mail : arssso@wanadoo.fr - Site : www.arssso.com

(ADREL) Association pour la diffusion du rêve-éveillé-libre
40 quai de Versailles, 44000 Nantes
Tél. : 02 40 74 08 08
E-mail : gudin.jacques@wanadoo.fr – Site : adrel.association.free.fr

(AETPR) Association européenne des thérapeutes psycho-corporels et relationnels

21 rue Vauban, 67000 Strasbourg

Tél. : 03 88 90 78 52 – Fax : 03 88 61 66 93

E-mail : contact@aetpr-psychotherapie.org

Site : www.aetpr-psychotherapie.org

(AFP-ACP) Association française de psychothérapie :
approche centrée sur la personne

BP 43, 75261 Paris CEDEX 06

Tél. : 03 80 66 74 87

E-mail : afpacp@hotmail.com

Site : www.multimania.com/afpacp/

(AFPNL) Association française de programmation neuro-linguistique

2 square Vermeuse, 75005 Paris

Tél. : 01 43 36 51 32

(AFPS) Association française de psycho-somatothérapie

7 avenue Frémiet, 75016 Paris

Tél. : 05 46 67 89 67 – Fax : 05 46 67 89 67

E-mail : afps@ifrance.com

Site : www.psychosomato.com

(AFS) Association française de somato-thérapie

6-A rue Principale, 68210 Hecken

Tél. : 03 89 25 91 03 – Fax : 03 89 25 37 90

E-mail : info@somatotherapie.asso.fr

Site : www.somatotherapie.asso.fr

(AGL de l'ILFC) Atelier de Gestalt du Limousin

4 bd de Fleurus, 87000 Limoges

Tél. : 05 55 32 59 16 – Fax : 05 55 32 93 60

E-mail : jl.vallejo@perlg.info – Site : www.perlg.info

(APM) Association de la psychologie de la motivation

83 av. d'Italie, 75013 Paris

Tél. : 01 53 61 12 08

E-mail : apmotivation@free.fr

Site : <http://psychomotivation.free.fr>

(ASA) Association de sexologie d'Aquitaine

49 rue Théophile Gauthier, 33100 Le Bouscat

Tél. : 05 56 50 70 61 – Fax : 05 56 43 13 93

(CAPOP) Centre d'analyse psycho-organique de Paris

22 rue du Faubourg-du-Temple, 75011 Paris

Tél. : 01 47 00 41 23 – Fax : 01 47 00 41 23

(CECCOF) Centre d'études cliniques des communications familiales

96 av. de la République, 75001 Paris

Tél. : 01 48 05 04 04 – Fax : 01 48 05 84 30

E-mail : ceccof@wanadoo.fr – Site : www.ceccof.com

(CIDEF) Centre international développement personnel et formation

« Le Hameau de l'Etoile », route du Frouzet,

34380 Saint-Martin-de-Londres

Tél. : 04 67 55 75 73 – Fax : 04 67 55 09 10

(CIGT) Gestalt institut groupes et thérapie

22 av. Friedland, 75008 Paris

Tél. : 01 49 53 05 88 – Mobile : 06 18 18 78 10

E-mail : gestalt.ae@wanadoo.fr – Site : www.dr-gestalt.com

Le Dôjô

4 rue Daubenton, 75005 Paris

Tél : 01 43 36 51 32 – Fax : 01 43 36 12 21 -

E-mail : contact@le-dojo.com – Site : www.ledojofr

(EAT-Lyon) École d'analyse transactionnelle - Lyon

8 rue de Vauzelles, 69001 Lyon

Tél. : 04 78 28 28 18 – Fax : 04 72 07 98 19

Site : eat-lyon@orange.fr

(EAT-Montpellier) École d'analyse transactionnelle de Montpellier

12 rue des Câpriers, 34790 Grabels

Tél. : 04 67 10 90 80 – Fax : 04 67 10 90 80

(EAT-Paris) École d'analyse transactionnelle - Paris

23 rue de Palestro, 75002 Paris

Tél. : 01 40 13 02 03 – Fax : 01 40 13 04 44

E-mail : eat-paris@wanadoo.fr – Site : www.eat-paris.net

(EEPSSA) École européenne de psychothérapie
socio et somato-analytique

42 rue du Général-de-Gaulle, 67640 Lipsheim

Tél. : 03 88 68 56 54 – Fax : 03 88 68 56 55

E-mail : [<sompsymey@aol.com>](mailto:sompsymey@aol.com)

Site : www.psychotherapie-holanthrope.org

(EF) École férenczienne

1 rue Jean Baillet, 92500 Rueil-Malmaison

Tel. : 01 47 08 94 85

E-mail : contact@ecoleferenczienne.com

Site : www.ecoleferenczienne.com

(EFAPO) École française d'analyse psycho-organique

80 rue de Vaugirard, 75006 Paris

Tél. : 01 43 25 69 35 – Fax : 01 43 25 69 24

E-mail : efapo@efapo.fr – Site : www.efapo.fr

(EPG) École parisienne de Gestalt

27 rue Froidevaux, 75014 Paris

Tél : 01 43 22 40 41 – Fax : 01 43 22 50 53

E-mail : [<epg@gestalt.asso.fr>](mailto:epg@gestalt.asso.fr) – Site : www.gestalt.asso.fr

(ESPtNL) École supérieure de psychothérapie neuro-linguistique
99 chemin de Malespine, 84120 Pertuis
Tél. : 04 90 09 72 47 – Fax : 04 90 79 02 12 –
E-mail : ESPtNL@wanadoo.fr

(ETAPE) École des thérapeutiques appliquées à la psychosomatique
2 place Garibaldi, 06300 Nice
Tél : 04 93 55 92 31 – Fax : 04 93 55 92 31
E-mail : etapsycho@wanadoo.fr – Site : www.etapsycho.com

(FF2S) Fédération française de somato-psychothérapie et
somatothérapie
6A rue Principale, 68210 Hecken
Tél. : 03 89 25 91 03 – Fax : 03 89 25 37 90
E-mail : info@ff2s.eu – Site : www.ff2s.eu

(FFPtNL) Fédération francophone de psychothérapeutes
neurolinguistique
3 avenue de la Synagogue, Le Bonaventure, 84000 Avignon
Tél. : 04 90 16 04 16 – Fax. 04 32 76 24 23

(FISAT) Fédération internationale de sophrologie analytique
transdisciplinaire
7 allée des Hêtres, 91210 Draveil
Tél. : 01 69 03 20 30

(FORGE) Fédération internationale des organismes de formation
à la Gestalt
183 rue Lecourbe, 75015 Paris
Tél. : 01 53 68 64 58 – Fax : 01 53 68 64 57
E-mail : s.ginger@noos.fr – Site : www.gestalt.lv/forge

(GP) Gestalt Plus
9 place du Général-Koenig, 35000 Rennes

Tél. : 09 52 27 50 93 – Fax : 01 99 65 12 47

E-mail : gestaltplus@free.fr – Site : www.perlg.info

(IATFB) Institut d'analyse transactionnelle France-Belgique

169 rue Sadi-Carnot, 59350 Saint-André

Tél. : 03 20 40 75 93 – Fax : 03 20 40 75 93

E-mail : institut-at@tiscali.fr

(IFAT) Institut français d'analyse transactionnelle

1 rue de Metz, 75010 Paris

Tél. : 01 47 70 22 62 – Fax : 01 47 70 22 64

E-mail : info@ifat.net – Site : www.ifat.net

(IFCC) Institut de formation en communication et thérapie psychocorporelle

21 rue Vauban, 67000 Strasbourg

Tél. : 03 88 60 44 84 – Fax : 03 88 61 66 93

E-mail : ifccbureau@orange.fr

Site : www.ifcc-psychotherapie.fr

(IFFP) Institut français de formation psychocorporelle

35 rue de Lubeck, 75116 Paris

Tél. : 01 39 70 60 39 – Fax : 01 39 70 57 81

E-mail : sgmiffp@wanadoo.fr – Site : www.sgmiffp.com

(IFFPsy) Institut français de formation de psychothérapeutes

78 rue de Rome, 13006 Marseille

Tél. : 04 91 33 15 17 – Fax : 04 91 33 15 17

E-mail : bruno.bonato@psycore.fr – Site : www.psycore.fr

(IFPM) Institut de formation à la psychologie de la motivation

83 av. d'Italie, 75013 Paris

Tél. : 01 43 38 43 11

E-mail : monique.puisais@wanadoo.fr

Site : psychomotivation.free.fr

(IFPNL) Institut français de programmation neuro-linguistique
21 rue Sébastien-Mercier, 75015 Paris
Tél. : 01 45 75 30 15 – Fax : 01 40 58 11 60
E-mail : info@ifpnl.fr – Site : www.ifpnl.fr

(IFRDP) Institut de formation et de recherche pour le développement
de la personne
25 place Bossuet, 21000 Dijon
Tél. : 03 80 49 81 20 – Fax : 03 80 30 28 91
E-mail : contact@ifrdp.net – Site : www.ifrdp.net

(INFOMECA) Institut de formation à la méthode Camilli
52 av. François-Mitterrand, 31800 Saint-Gaudens
Tél. : 05 61 95 11 45 – Fax : 05 61 95 04 91
E-mail : infomeca2@wanadoo.fr
Site : www.massagesensitif.tm.fr

(IPRE) Institut psycho-relationnel européen
74 rue des Gravilliers, 75003 Paris
Tél. : 01 42 45 60 22 – Fax : 01 44 94 90 30
E-mail : laurentmalterre@club-internet.fr

(IPS - Paris) Institut de psychosomatothérapie
1 rue de la Tour, 92490 Meudon
Tél. : 01 45 34 06 32 – Fax : 01 45 34 06 32
E-mail : ips@psychosomato.com
Site : www.psychosomato.com

(IRDC) Institut de recherche Vittoz
20 bd Debord, 13012 Marseille
Tél. : 04 91 66 53 88
E-mail : paris-vittoz@free.fr – Site : www.vittoz-irdc.net

(IREPE) Institut de recherche évolutive en psychothérapie et énergétique

5 rue Martial-Boudet, 92370 Chaville

Tél. : 01 47 50 47 19 – Fax : 01 47 50 47 19

(IRETT) Institut de recherches et d'études en thérapie transpersonnelle

44 rue de la Chapelle, 95310 Saint-Ouen-L'Aumône

Tél. : 01 30 37 17 31 – Fax : 01 30 37 53 33

E-mail : grett@wanadoo.fr – Site : www.irett.net

(IRFEN) Institut reichien Federico Navarro

c/o Jean-Loïc Albina

9 av. des Lilas, 44850 Saint-Mars-du-Désert

Tél. : 02 40 77 44 50

(ISAP) Institut de sophia-analyse de Paris

21 rue de Paradis, 75010 Paris.

Tél. : 01 47 70 05 53 – Fax : 01 42 46 92 99

(ISEBA) École de sophrologie existentielle Bordeaux-Aquitaine

Place Pey Berland, 33000 Bordeaux

Tél. : 05 56 48 03 40 – Fax : 05 56 01 27 29

E-mail : iseba@aol.com – Site : www.iseba.fr

ISTHME

3 ruelle du Four, 95650 Montgeroult

Tél. : 01 34 42 14 41 – Fax : 01 34 42 14 41

E-mail : isthmeformations.relaxation@wanadoo.fr

Site : www.isthme-formations.com

(LESFPNL) Le Savoir-Faire PNL

12 avenue Parmentier, 75011 Paris

Tel. : 02 48 74 29 86 – E-mail : lesfpnl@free.fr – Site : lesfpnl.free.fr

(NLPNL) Association francophone des certifiés en PNL

8 rue du Faubourg-Poissonnière, 75010 Paris

Tel. : 01 64 35 89 06 – Fax : 01 69 01 62 66
E-mail : federation@nlpnl.net – Site : www.nlpnl.net

(PCAI - France) Person-Centered Approach Institute - France
22 chemin des Creux, 74140 Veigy-Foncenex
Tel. : 04 50 94 93 12 – Fax : 04 50 94 34 47
E-mail : info@pcaifrance.com – Site : www.pcaifrance.com

(PNL-Hum) École de PNL humaniste
5 bis rue Maurice-Desvallières, 77240 Seine-Port
Tél. : 01 45 28 99 88 – Fax : 01 64 41 98 78
E-mail : pnl-humaniste@wanadoo.fr – Site : www.pnl-humaniste.fr

PSYRESO
57 rue La Fontaine, 75016 Paris
Tél. : 01 40 50 11 66 – Fax : 01 40 50 11 66
E-mail : psyreso@wanadoo.fr – Site : www.psyreso.info

(RCH Conseils) Institut français de psychothérapie intégrative
21 rue du Rempart de l'Oulle, 84000 Avignon
Tél. : 04 32 74 10 67 – Fax : 04 90 86 69 12

(RESCIF) Recherches et études systémiques sur les communications
institutionnelles et familiales
19 rue de la 1^{re} Armée, 67000 Strasbourg
Tél. : 03 88 35 53 57 – Fax : 03 88 25 05 59
E-mail : rescif@wanadoo.fr

(SHAA) Sexologie humaniste analytique ssociation
2 bis rue Scheffer, 75116 Paris
Tél. : 01 47 04 37 04 – Fax : 01 47 04 36 86 – Site :
www.meignant.com

(SETAC) Société européenne de thérapie analytique et corporelle
Avenue St-Catherine, CHS, 84140 Monfavet

Tél. : 04 90 23 47 73 – Fax : 04 90 23 47 73

(SFG) Société française de Gestalt

5 rue du Renard, 95490 Vaureal

Tél. : 01 30 32 28 89

E-mail : sfg@sfg-gestalt.com – Site : www.sfg-gestalt.com

(SFPA) Société française de psychanalyse adlérienne

5 passage Gambetta, 75020 Paris

Tél. : 01 43 61 69 02

E-mail : yannick.lejan@free.fr – Site : www.psy-adler.net

(SFPT) Société française de psychosynthèse thérapeutique

9 rue Garnier-Pagès, 94100 Saint-Maur

Tél. : 05 65 80 86 59

(SFS) Société française de sophrologie

Tel. : 01 40 56 94 95 – Fax : 01 45 67 08 47

E-mail : contact@sophrologie-francaise.com

Site : www.sophrologie-francaise.com

(SN2P) Syndicat national des psychothérapeutes psychologues

1 rue Jean-Baillet, 92500 Rueil-Malmaison

Tél. : 01 64 01 94 55 – Fax : 01 64 01 22 87

(SNPM) Syndicat national des psychothérapeutes médecins

2 bis rue Scheffer, 75116 Paris

Tél. : 01 47 04 37 04 – Fax : 01 47 04 36 86

E-mail : snpm@wanadoo.fr

(SNSS) Syndicat national des sexologues sexothérapeutes

11, quai Alsace-Lorraine, 77000 Melun

Tél. : 01 64 64 05 05 – Fax : 01 60 68 93 84

E-mail : s.n.s.s@wanadoo.fr

(Source) Centre Source, université de psychosynthèse
26 rue Montevideo, 13006 Marseille
16 rue Lucien Sampaix, 75010 Paris
Tél. : 04 91 37 71 29 – E-mail : source.psychosynthese@wanadoo.fr
Site : www.psychosynthese.asso.fr

La Tempérance
BP 12, Combre, 63250 Chabreloche
Tel. : 04 73 94 27 76 – Fax : 04 73 94 27 14
E-mail : elisabeth.frit@temperance.com – Site : www.temperance.com

VIII. QUELQUES AUTRES ADRESSES

AFFOP (Association fédérative française des organismes de formation)
6 rue Beauregard, 75006 Paris
Tél./fax : 01 42 36 91 44
E-mail : affop@affop.org – Site : www.affop.org

AFTCC (Association française de thérapie comportementale
et cognitive)
100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex
Tél. : 01 45 88 35 28 – E-mail : aftcc@wanadoo.fr

AFFORTHECC
(Association francophone de formation et de recherche
en thérapie comportementale et cognitive)
10 avenue Gantin, 74150 Rumilly
Tél. : 04 50 64 51 75 – Fax : 04 50 64 58 46
E-mail : afforthecc@aol.com – Site : www.afforthecc.com

APF (Association psychanalytique de France)
24, place Dauphine, 75001 Paris
Tél. : 01 43 29 85 11 – E-mail : a.p.f.@wanadoo.fr

APSoS (Association des psychothérapeutes pour un soutien social)
Tél. : 0 811 007 194 ou : 01 40 30 92 84 – Portable : 06.32 05 22 13
E-Mail : contact@apsos.fr – Site : www.apsos.fr

ECF (École de la cause freudienne)
1 rue Huysmans, 75006 Paris
Tél. : 01 45 49 02 68
E-mail : ecf@causefreudienne.net – Site : www.causefreudienne.net

EFTA (European Family Therapy Association)
Av. Bois Willame, 32. B, 5101 ERPENT (Belgique)
Tél. : +32 81 31 04 39 – Fax : +32 81 31 01 76
E-mail : efta@wanadoo.fr – Site : www.europeanfamilytherapy.eu/

EMDR-France
20 rue d'Armenonville, 92200 Neuilly-sur-Seine
Tél. : 01 46 24 55 02
E-mail : info@emdr-france.org – Site : www.emdr-france.org

Institut Milton Erickson de Paris
27 rue Fourcroy, 75017 Paris
Tél. : 01 39 16 17 72 – Fax : 01 39 16 70 12
E-mail : erickson@club-internet.fr

PsY en Mouvement
c/o Béatrice Gautier
19 rue Émile-Jamais, 30900 Nîmes
E-mail : alain.collery@wanadoo.fr – Site : www.psy-en-mouvement.com

PSY'G (Groupement syndical des praticiens de la psychologie,
psychothérapie, psychanalyse)
3 rue du Grand-Marché, 78300 Poissy
Tél./fax : 01 30 74 44 18
E-mail : psy-g@wanadoo.fr – Site : www.psy-g.com

QuelPsy.com (site géré par le magazine *Psychologies*)

Site : <http://quelpsy.psychologies.com/>

SFTF (Société française de thérapie familiale)

c/o Dr Jacques Miermont

65-67 av. Gambetta, 75020 Paris

Tél. 01 43 38 86 17 – Fax : 01 43 38 86 18

E-mail : elromano@club-internet.fr

SFU (Sigmund Freud Univerity)

28 av. Hoche, 75008 Paris

Tél. : 01 53 75 00 12 – Fax : 01 53 75 37 38

Portable : 06 16 12 22 51

E-mail : info@sfu-paris.fr – Site : www.sfu-paris.fr

SNPPsy (Syndicat national des praticiens en psychothérapie)

77 rue des Archives, 75003 Paris

Tél. : 01 44 54 32 00 — Fax : 01 44 54 32 01

E-mail : info@snppsy.org – Site : www.snppsy.org

SPP (Société psychanalytique de Paris)

187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris

Tél. : 01 43 29 66 70 – Site : www.spp.asso.fr

BIBLIOGRAPHIE

PRINCIPAUX OUVRAGES CONSULTÉS

- AFFOP (collectif) (2004). *Le Livre blanc de la profession de psychothérapeute*, Bordeaux, L'Expressimie.
- ALLAIS C. et D. (1993). *Le couple en thérapie (amour et sexualité)*, Paris, Retz.
- ALARIE P., VILLENEUVE R. (1992). *L'Impuissance*, Montréal, Éd. de l'Homme.
- AMEISEN J.-C. (1999). *La Sculpture du vivant*, Paris, Le Seuil.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *Mini-DSM-IV*, Paris, Masson.
- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER A. (1966). *Précis de psychodrame*, Paris, Éditions universitaires.
- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER A. (1971). *Vocabulaire des techniques de groupe*, Paris, EPI.
- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER A. (1993). *Aïe, mes aïeux !*, Paris, Desclée de Brouwer, 8^e éd.
- ANDRÉ Ch. (1995). *Les Thérapies cognitives*, Paris, Morisset.
- ANZIEU D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- ARON C. (2000). *La Sexualité, phéromones et désir*, Paris, Odile Jacob.
- ASSSAGIOLI R. (1997). *La Psychosynthèse*, Paris, Desclée de Brouwer.
- BADINTER É. (1992). *XY, de l'identité masculine*, Paris, Odile Jacob.
- BANDLER R., GRINDER J. (1998). *Le Recadrage : transformer la perception de la réalité avec la PNL*, Paris, InterÉditions.
- BÉNESTEAU J. (2002). *Mensonges freudiens*, Bruxelles, Mardaga.
- BENOÎT J.-C. et al. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, Paris, ESF.
- BERNE É. (1964). *Des jeux et des hommes*, trad. fr., Paris, Stock, 1978.
- BINSWANGER L. (1970). *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, Paris, Gallimard.

- BLAIZE J. (2002). *Ne plus savoir. Phénoménologie et éthique de la psychothérapie*, Bordeaux, L'Exprimerie.
- BORCH-JACOBSEN M. (2002). *Folies à plusieurs (de l'hystérie à la dépression)*, Paris, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- BOUCHARD M.-A. (1988). *De la phénoménologie à la psychanalyse*, Bruxelles, Mardaga.
- BOUCHER J. (1948). *La Symbolique maçonnique*, Paris, Dervy.
- BOURRE J.-M. (1990). *La Diététique du cerveau*, Paris, Odile Jacob, coll. « Points poche ».
- BOWLBY J. (1969). *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978.
- BRACONNIER A. (1996). *Le Sexe des émotions*, Paris, Odile Jacob.
- CAILLE P. (1991). *Un et un font trois. Le couple révélé à lui-même*, Paris, ESF.
- CAYROL A. et SAINT-PAUL J. (1984). *Derrière la magie. La PNL*, Paris, InterÉditions.
- CHALVIN D. (1986). *Utiliser tout son cerveau*, Paris, ESF.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (1999). *Les Bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*, Paris, Dunod, 2^e éd., 2003.
- CHANGEUX J.-P. (1983). *L'Homme neuronal*, Paris, Fayard.
- CHARTIER J.-P. (1993). *Introduction à la pensée freudienne. Les concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot ».
- CLARKSON P. (1995). *The Therapeutic Relationship*, Londres, Whurr Publishers.
- COCUDE M. et JOUHANEAU M. (1993). *L'Homme biologique*, Paris, PUF.
- COTTRAUX Jean (1988). *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 3^e éd.
- CYRULNIK B. (1982). *Mémoire de singe et paroles d'homme*, Paris, Hachette, coll. « Pluriel ».
- CYRULNIK Boris (1985). *Les Nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob.
- CYRULNIK B. (1989). *Sous le signe du lien*, Paris, Hachette.
- CYRULNIK B. (2006). *De chair et d'âme*, Paris, Odile Jacob.
- DAMASIO A. (1995). *L'Erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.
- DEBRU C. (1990). *Neurophilosophie du rêve*, Paris, Hermann.
- DELACROIX J.-M. (1994). *Gestalt-thérapie, culture africaine, changement*. L'Harmattan. Paris.
- DELACROIX J.-M. (2006). *La Troisième Histoire. Patient-psychothérapeute : fonds et formes du processus relationnel*, St-Jean-de-Braye, Dangles.
- DELISLE G. (1991). *Les Troubles de la personnalité, perspective gestaltiste*, Montréal, Éd. du Reflet.
- DELISLE G. (1998). *La Relation d'objet en Gestalt-thérapie*, Montréal, Éd. du Reflet.
- DELISLE G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*, Montréal, Éd. du Reflet.
- DELOURME A. et al. (2001). *Pour une psychothérapie plurielle*, Paris, Retz.
- DELOURME A., MARC E. (2004). *Pratiquer la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- DELOURME A., MARC E. et al. (200). *La Supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- De PERETTI A. (1997). *Présence de Carl Rogers*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- DESHAYS C. (1999). *La Boussole des personnalités*, document EPG, Paris.

- DE SAINT PAUL J. (1993). *Choisir sa vie (PNL)*, Paris, InterÉditions.
- DESCAMPS M.A. (1983). *La Maîtrise des rêves*, Paris, Éd. Universitaires.
- DESCAMPS M.A. (2006). *Les Rêves, les comprendre et les diriger*, St-Jean-de-Braye, Dangles.
- Les Comportements sexuels en France (Rapport ACSF)*. Paris, Documentation française, 1993.
- DURDEN-SMITH J., DESIMONE D. (1983). *Le Sexe et le Cerveau*, Montréal, La Presse.
- DURUZ N. (1994). *Psychothérapie ou psychothérapies*, Neufchâtel, Delachaux et Niestlé.
- DURUZ N., GENNART M. et al. (2002). *Traité de psychothérapie comparée*, Genève, Médecine et Hygiène.
- ELKAÏM M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas... Approche systémique et psychothérapie*, Paris, Le Seuil.
- ELKAÏM M. et al. (1995). *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Le Seuil.
- ELKAÏM M. (2002). *Formations et pratiques en thérapie familiale*, Paris, ESF.
- ELKAÏM M. et al. (2003). *À quel psy se vouer ? Psychanalyses, psychothérapies, les principales approches*, Paris, Le Seuil.
- ERICKSON M., ROSEN S. (1986). *Ma voix t'accompagnera*, Paris, Hommes et Groupes.
- ESCRIBANO G. (1992). *Analyse transactionnelle et psychologie clinique*, Paris, Psicom Éditions.
- EVANS P. (1992). *L'Agression verbale dans le couple*, Paris, Le Courrier du Livre, 1996.
- FERENCZI S. (1968-1970). *Œuvres complètes*, 4 vol., Paris, Payot, 1982.
- FERRY L., VINCENT J.-D. (2000). *Qu'est-ce que l'homme ?*, Paris, Odile Jacob.
- FFDP collectif (sous la dir. de GINGER S.) (2004). *Le « Livre bleu » de la FFdP : La psychothérapie au XXI^e siècle. Les psychothérapeutes*, Paris, Éditions FFdP.
- FRAISSE A. (1994). *La Fontaine de feu*, Paris, Albin Michel.
- FRANCES A. et ROSS R. (1996). *DSM-IV. Cas cliniques*, Paris, Masson, 2^e éd. 2000.
- FREUD S. (1899). *L'Interprétation des rêves* (4^e éd. fr.), Paris, PUF, 1967.
- FREUD S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1971.
- FREUD Sigmund (1909). *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1968.
- FREUD S. (1917). *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1971.
- GAUTHIER P. (1988). *Les Nouvelles Familles*, Québec, Éd. St. Martin.
- GELLMAN Ch. et J. (1983). *Les Thérapies sexuelles*, Paris, ESF.
- GELLMAN C., HIGY-LANG C. (2003). *Mieux vivre avec les autres, l'art du contact*, Paris, Éd. d'Organisation.
- GELLMAN C., HIGY-LANG C. (2007). *La Gestalt-thérapie expliquée à tous*, Paris, Eyrolles pratique.
- GERMAIN et LANGIS (1980). *La Sexualité, regards actuels*, Paris, Maloine.
- GILLIÉRON E. (1983). *Les Psychothérapies brèves*, Paris, PUF.
- GINGER A. (1986). « Le couple et la Gestalt-thérapie », in *La Gestalt et ses différents champs d'application*, Paris, SFG, p. 215-225.

- GINGER A. (1990). « La thérapie individuelle en groupe », in *Gestalt*, n° 1, automne, p. 135-145.
- GINGER A. (1992). *Pour un psychodrame gestaltiste*, document EPG n° 8, Paris.
- GINGER A. (1994). « Perls et Moreno, deux frères ennemis », in *Gestalt*, n° 6, printemps, p. 41-48.
- GINGER A. (1999). « Sartre et la Gestalt », in *Gestalt*, n° 17, décembre, p. 121-125.
- GINGER S. (1983). « La Gestalt-thérapie et quelques autres approches humanistes, dans la pratique hospitalière », in HONORÉ B. (sous la dir. de), *Former à l'hôpital*, Privat, Toulouse, p. 279 à 304.
- GINGER S. & A. (1987). *La Gestalt, une thérapie du contact*, Paris, Hommes et groupes, 8^e éd. 2006.
- GINGER S. (1995a). *Lexique international de Gestalt-thérapie*, Paris, Forge.
- GINGER S. (1995b). *La Gestalt, l'art du contact*, Bruxelles, Marabout, coll. « Guide de poche », 9^e éd. , Paris, Hachette, 2007.
- GINGER S. (2003). « La Gestalt-thérapie aujourd'hui », in ELKAÏM M. (sous la dir.), *À quel psy se vouer ?*, Paris, Le Seuil, p. 205-238.
- GINGER S. (2006). *Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues*, Paris, Dunod.
- GINGER S. (2007). « Un regard gestaltiste sur la supervision », in DELOURME A., MARC E. (sous la dir. de), *La Supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- GRAY J. (1992). *Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus*, Paris, J'ai lu, 1998.
- GUELFY J.-D. et al. (1987). *Psychiatrie*, Paris, PUF.
- GUGLIELMO G. (1985). *Comédies et drames du mariage. Psychoguide illustré de la jungle conjugale*, Paris, ESF.
- GUILHOT M.-A. et J. (1980). *Psychothérapie de groupe pour les couples*, Paris, ESF.
- HALEY Jay (1985). *Changer les couples (conversations avec Milton Erickson)*, Paris, ESF, 1990.
- HALEY Jay (1995). *Un thérapeute hors du commun : Milton Erickson*, Paris, Desclée de Brower.
- HALL E. (1971). *La Dimension cachée*, Paris, Le Seuil.
- HITE S. (1977). *Le Rapport Hite (sur la sexualité féminine)*, trad. fr., Paris, Robert Laffont.
- HOBSON J.A. (1988). *Le Cerveau rêvant*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1992.
- HOOPER A. (1994). *Le Sexe : mode d'emploi*, Londres, Liber.
- ISRAËL L. (1989). *Boiter n'est pas pécher*, Paris. Denoël, coll. « L'espace analytique ».
- ISRAËL L. (1984). *Initiation à la psychiatrie*, Paris, Masson.
- JANOV A. (2001). *La Biologie de l'amour*, Monaco, Le Rocher.
- JOUVET M. (1992). *Le Sommeil et le Rêve*, Paris, Odile Jacob, et coll. « Poche Points ».
- JOUVET M. (1992). *Pourquoi rêvons-nous ? Pourquoi dormons-nous ?*, Paris, Odile Jacob.
- JULIER C. (1994). *Propos sur l'influence en psychothérapie*, documents EPG n° 11, Paris.
- JUNG C.G. (1970). *L'Homme à la découverte de son âme*, Paris, Payot.
- JUNG C.G. (1962). *Ma vie*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1966.

- JUNG C.G. (1936-1987). *Sur l'interprétation des rêves*, trad. fr., Paris, Albin Michel, 1998.
- KAUFMANN J.-C. (1993). *Sociologie du couple*, Paris, PUF.
- KIMURA D. (2000). *Cerveau d'homme, cerveau de femme ?*, Paris, Odile Jacob.
- KIRK S., KUTCHINS H. (1998). *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond » (trad. de *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, de Gruyter).
- LABORIT H. (1979). *L'Inhibition de l'action*, Paris, Masson.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LATNER J. (1991). *Gestalt-thérapie. Théorie et pratique*, Bordeaux, L'Expriprimerie, 5^e éd. 2006.
- LAZORTHES G. (1982). *Le Cerveau et l'Esprit*, Paris, Flammarion.
- LAZORTHES G. (2007). *Le Cerveau et l'Ordinateur*, Toulouse, Privat.
- LEMAIRE Jean (1971). *Les Thérapies du couple*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1978.
- LEMAIRE Jean (1979). *Le Couple : sa vie, sa mort*, Paris, Payot.
- LE MOIGNE J.-L. (1977). *La Théorie du Système général*, Paris, PUF.
- LE VAY Simon (1993). *Le cerveau a-t-il un sexe ?*, Paris, Flammarion, 1994.
- LIEBOWITZ M. (1982). *La Chimie de l'amour*, Montréal, Éd. de l'Homme.
- LOFTUS E. et KETCHAM K. (1994). *Le Syndrome des faux souvenirs*, Paris, Exergue, 1997 (trad. de *The Myth of Repressed Memory*, USA).
- MAGNIN P. (1990). *Le Sommeil et le Rêve*, Paris, PUF, 2^e éd. 1992.
- MALAREWICZ J.-A. (1990). *Cours d'hypnose clinique*, Paris, ESF.
- MALAREWICZ J.-A. (1999). *Le Couple : 14 définitions décourageantes, donc très utiles*, Paris, Robert Laffont.
- MALAREWICZ J.-A. (1990). *Cours d'hypnose clinique*, Paris, ESF.
- MARC E. (1982). *Le Guide pratique des nouvelles thérapies*, Paris, Retz, 3^e éd. 2008.
- MARTEL B. (2004). *Sexualité, amour et Gestalt*, Paris, InterÉditions, Dunod.
- MASQUELIER G. (1999). *La Gestalt aujourd'hui. Choisir sa vie*, Paris, Retz 2^e édit. 2008.
- MASQUELIER G. (2005). « Qu'est-ce que la Gestalt-thérapie ? », in NGUYEN T. (sous la dir. de), *Pourquoi la psychothérapie ? Fondements, méthodes, applications*, Paris, Dunod, p. 113-123.
- MC LEAN P. et GUYOT R. (1990). *Les Trois Cerveaux de l'homme*, Paris, Robert Laffont.
- MC MILLAN B., (2005). *Pourquoi les garçons sont différents ?*, Paris, Octopus, Hachette-Livre.
- MEIGNANT M. (1992). *Amourologue*, Paris, Buchet-Chastel.
- MERLEAU-PONTY M. (1976). *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.
- MEYER C. et al. (2005). *Le Livre noir de la psychanalyse*, Paris, Les Arènes.
- MILLER M.-V. (1995). *L'Amour terroriste*, Paris, Robert Laffont.
- MILLET L. (1995). *La Crise du milieu de la vie*, Paris, Masson.
- Mini-DSM-IV, *Critères diagnostiques*, Paris, Masson, 1996, format poche.
- MOREL Corinne (1997). *ABC des psychothérapies*, Paris, Grancher.

- MORENO J. L. (2007). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, PUF.
- MUCCHIELLI R. (1974). *Psychologie de la vie conjugale*, Paris, ESF, 4^e éd. 1989.
- MONTAGU A. (1980). *La Peau et le Toucher*, Paris, Le Seuil.
- NASIO J. D. (1994). *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*, Paris, Rivages psychanalyse.
- NATHAN T. et al. (1998). *Psychothérapies*, Paris, Odile Jacob.
- NEUBURGER R. (1988). *L'Irrationnel dans le couple et la famille*, Paris, ESF, 2^e éd. 1993.
- NEUBURGER R. (1995). *Le Mythe familial*, Paris, ESF.
- NEUBURGER R. (1997). *Nouveaux Couples*, Paris, Odile Jacob.
- NGUYEN Tan et al. (2005). *Pourquoi la psychothérapie ? Fondements, méthodes, applications*. Dunod, Paris.
- NORCROSS J., GOLDFRIED M. (1998). *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brower.
- PAGÈS M. (1977). *Le Travail amoureux*, Paris, Dunod.
- PAGÈS M. (1993). *Psychothérapie et complexité*, Paris, L'Épi.
- PASINI W., CRÉPAULT C. (1987) *L'Imaginaire en sexologie clinique*, Paris, PUF, coll. « Nodules ».
- PASINI W. (1990.). *Éloge de l'intimité*, Paris, Payot,
- PASINI W. (1996). *À quoi sert le couple ?* Paris, Odile Jacob.
- PASINI W., ANDRÉOLI A. (1981). *Éros et changement*, Paris, Payot.
- PEASE A. ET B. (2001). *Pourquoi les hommes n'écotent jamais rien et les femmes ne savent pas lire les cartes routières*, trad. fr., Paris, Éd. First, 2001.
- PERLS F. (1942). *Le Moi, la Faim et l'Agressivité*, Paris, Tchou, 1978.
- PERLS F., HEFFERLINE R., GOODMAN P. (1951). *Gestalt-thérapie*, Montréal, Stanké, 1979 ; nouvelle trad., Bordeaux, L'Expressimie, 2001.
- PERLS F. (1969). *Rêves et existence en Gestalt-thérapie*, Paris, L'Épi, 1972.
- PERLS Fritz (1973). *Manuel de Gestalt-thérapie* (trad. fr. de *The Gestalt Approach*), Paris ESF, 2^e éd. 2005, préface de S. GINGER.
- PERLS L. (1993). *Vivre à la frontière*, Bordeaux, L'Expressimie, 2001.
- PETIT M. (1980). *La Gestalt, thérapie de l'ici et maintenant*, Paris, Retz, 5^e éd. Paris, ESF, 1996.
- PICAT J. (1984). *Le Rêve et ses fonctions*, Paris, Masson.
- PIERSON M.-L. (1987). *Guide des psychothérapies*, Paris, MA Éditions.
- PRITZ A. ET AL (2002). *Globalized Psychotherapy*, Vienne (Autr.), Facultas Universitätsverlag.
- PROCHIANTZ A. (1989). *La Construction du cerveau*, Paris, Hachette.
- PSYCHOLOGIES MAGAZINE (2001). *Enquête BVA – Psychologies – FF2P*, n° spécial 197, mai.
- PSYCHOLOGIES MAGAZINE (2003). *La Psy, mode d'emploi*, Paris-Bruxelles, Marabout-Hachette.
- RANK O. (1984). *L'Art et l'artiste*, Paris, Payot.
- REICH W. (1979). *L'Analyse caractérielle*, Paris, Payot.
- REICH W. (1978). *La Fonction de l'orgasme*, Paris, Arche.
- Revue Autrement (1990). *Œdipe et neurones (Psychanalyse et neurosciences : un duel ?)*, n° spécial 117, oct.

- ROBERT Marthe (1970). *La Révolution psychanalytique*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
- ROBINE J.-M. (1994). *La Gestalt-thérapie*, Paris, Bernet-Danilo.
- ROBINE J.-M. (1998). *Gestalt-thérapie, la construction du soi*, Paris, L'Harmattan.
- ROBINE J.-M. (2004). *S'apparaître à l'occasion d'un autre*, Bordeaux, L'Expression.
- ROGERS Carl (1961). *Le Développement de la personne* (trad. fr. de *On Becoming a Person*), Paris, Dunod, 2^e éd. 2005.
- ROGERS C. (1972). *Réinventer le couple*, trad. fr., Bruxelles, Marabout, coll. « Guide poche » 1999.
- ROQUES J. (2004). *EMDR, une révolution thérapeutique*, Paris, La Méridienne, D. de B.
- ROQUES J. (2007). *Guérir avec l'EMDR*, Paris, Le Seuil.
- ROSNEY J. (de) (1988). *L'Aventure du vivant*. Paris, Le Seuil.
- ROSSI E. L. (1994). *Psychobiologie de la guérison*, Paris, Hommes et perspectives..
- ROUDINESCO É., PLON M. (1997). *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard.
- ROUDINESCO É. (2004). *Le Patient, le Thérapeute et l'État*, Paris, Fayard.
- ROUSTANG F. (1990). *Influence*, Paris, Éditions de Minuit.
- ROUSTANG F. (2000). *La Fin de la plainte (hypnothérapie versus psychanalyse)*, Paris, Odile Jacob.
- ROZENBAUM H. (1980). *La Cinquantaine épanouie*, Paris, Robert Laffont.
- SABOURIN P. (1985). *Ferenczi*, Paris, Éd. Universitaires.
- SALATHÉ N. (1991). *Psychothérapie existentielle : une perspective gestaltiste*, Genève, Amers.
- SALOMÉ J. (2001). *Le Courage d'être soi*, Paris, Pocket.
- SALOMÉ J. (2003). *Si je m'écoutais, je m'entendrais*, Montréal, Éd. de l'Homme.
- SALOMÉ J. (2004). *Parle-moi, j'ai des choses à te dire*, Montréal, Éd. de l'Homme.
- SARTRE J.-P. (1946). *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Nagel.
- SCIENCE ET VIE (1990). *L'Un et l'Autre Sexe*, n° spécial 171, juin.
- SEARLES H. (1979). *Le Contre-Transfert*, Paris, Gallimard, 1981.
- SERVAN-SCHREIBER D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Robert Laffont.
- SHAPIRO F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, New York, The Guilford Press (trad. fr. *Manuel de l'EMDR*, Paris, InterÉditions, 2007).
- SHAPIRO F. (1997). *Des yeux pour guérir. EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*, Paris, Le Seuil.
- SPIRA A., BAJOS N. et al. (1993). *Les Comportements sexuels en France. Rapport au ministère de la Recherche*, Paris, La Documentation française.
- SINELNIKOFF N. (1993). *Les Psychothérapies (Dictionnaire critique)*, Paris, ESF, 2^e éd. 1998.
- SULLEROT E. (1978). *Le Fait féminin. Qu'est-ce qu'une femme ?*, Paris, Fayard.
- SNPPsy (sous la dir. d'Y. LEFEBVRE) (1996). *Profession psychothérapeute*, Paris, Buchet-Chastel.

- TORDJMAN Gilbert (1971). *L'Aventure du couple*, Paris, Denoël.
- TORDJMAN Gilbert (1973). *La Maladie conjugale*, Paris, Denoël.
- TORDJMAN G. (1980). *La Violence, le Sexe et l'Amour*, Paris, Robert Laffont.
- TORDJMAN G. (1989). *La Femme et son plaisir*, Bruxelles, Marabout.
- VANOYE F, GINGER S. et al. (1985). *Le Développement personnel et les travailleurs sociaux*, Paris, ESF.
- VANOYE F, DELORY-MOMBERGER C. (2005). *La Gestalt, thérapie du mouvement*, Paris, Vuibert.
- VIDAL C. (2005.). *Cerveau, Sexe et Pouvoir*, Paris, Belin.
- VINCENT J.-D. (1986). *Biologie des passions*, Paris Odile Jacob.
- VINCENT J.-D. (2001). *La Chair et le Diable*, Paris. Odile Jacob.
- VINCENT L. (2004). *Comment devient-on amoureux ?*, Paris, Odile Jacob.
- VINCENT L. (2005). *Petits Arrangements avec l'amour*, Paris, Odile Jacob.
- WATZLAWICK P. (1972). *Une logique de la communication*, Paris, Le Seuil.
- WATZLAWICK P. (1975). *Changements, Paradoxes et Psychothérapie*, Paris, Le Seuil.
- WATZLAWICK P. (1978). *Le langage du changement*, Paris, Le Seuil.
- WAYNBERG J. (1982). *Premières réponses en sexologie de pratique quotidienne*, Paris, Sandoz.
- WIDLÖCHER D., MARIE-CARDINE M., BRACONNIER A, HANIN B. (2006). *Choisir sa psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.
- WILLI J. (1982). *La Relation de couple*, Neuchâtel (Suisse), Delachaux et Niestlé.
- WINNICOTT D. (1947). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D. (1971). *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
- YALOM I. (1989). *Le Bourreau de l'amour*, trad. fr., Paris, Galaade, 2005.
- YALOM I. (1992). *Et Nietzsche a pleuré*, trad. fr., Paris, Galaade, 2007.
- YALOM I. (1996). *Mensonges sur le divan*, trad. fr., Paris, Galaade, 2006.
- YALOM I. (2001). *The Gift of Therapy*, Londres, Piatkus Books.
- ZAJDE N. (2005). *Guérir de la Shoah*, Paris, Odile Jacob.
- ZARIFIAN É. (1988). *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob.
- ZARIFIAN É. (1996). *Le Prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris, Odile Jacob.
- ZINKER J. (1977). *La Gestalt-thérapie, un processus créatif*, trad. revue et corrigée, préface de S. GINGER, Paris, InterÉditions, 2006.
- ZINKER J. (1992). « Une approche gestaltiste de la thérapie de couple », in *Le thérapeute en tant qu'artiste*. Trad. française, Paris, L'Harmattan, 2006.

OUVRAGES DE SERGE GINGER

- « Jeunesse et difficultés d'adaptation », in *Une nouvelle jeunesse française* (sous la dir. de JOUSSELIN J.), Toulouse, Privat, 1966.
- « La psychopédagogie, mal indispensable ou science qui se cherche », in *L'Équipe de psychiatrie et son psychiatre*, Toulouse, Privat, 1966.
- « La profession d'Éducateur spécialisé et ses perspectives », in *Sciences de l'homme et professions sociales* (sous la dir. de CRAPUCHET S.), Toulouse, Privat, 1974, p. 269 à 277.
- Les Interventions éducatives* (livre publié en persan), Téhéran, Éditions universitaires, 1976.
- Nouvelles Lettres persanes : Journal d'un Français à Téhéran (1974-1980)*, Paris, Anthropos, 1981 (grand prix international du reportage – épuisé chez l'éditeur, mais disponible chez l'auteur).
- « La Gestalt-thérapie et quelques autres approches humanistes, dans la pratique hospitalière », in *Former à l'Hôpital* (sous la direction d'HONORÉ B.), Toulouse, Privat, 1983.
- « La Gestalt, une troisième voie ? » et « Développement personnel et sexualité », in *Le Développement personnel et les Travailleurs sociaux* (sous la dir. de VANOYE et GINGER), Paris, ESF, 1985.
- La Gestalt, une thérapie du contact* (avec la coll. d'A. GINGER), Paris, Hommes et Groupes éditeurs, 1987, 8^e éd. 2006 (traduit en 5 langues).
- La Gestalt : l'art du contact*, Bruxelles-Paris, Marabout, coll. « Guide de poche », 1995, 9^e éd. 2007 (traduit en 12 langues).
- Lexique international de Gestalt-thérapie (en huit langues)* (avec la collaboration de nombreux spécialistes). Paris, FORGE, 1995.
- L'École parisienne de Gestalt, une équipe en marche*, Paris, EPG, 2001.
- « Psychotherapy in France », in *Globalized Psychotherapy* (sous la dir. de A. PRITZ), Vienne (Autr.), Facultas Universitätsverlag, 2002.
- La Psychothérapie au XXI^e siècle : les psychothérapeutes*, Paris, FFdP, 2004.
- Préface de *Voyage au pays de la Gestalt*, de N. LEBEDEVA et L. IVANOVA, Saint-Petersbourg, Éditions Retch, 2004 (en russe).
- Préface du *Manuel de Gestalt-thérapie* de Fritz PERLS, Paris, ESF, 2003.
- « La Gestalt-thérapie aujourd'hui », in *À quel psy se vouer ?*, sous la dir. de M. ELKAÏM, Paris, Le Seuil, 2003.
- Préface de *Pourquoi la psychothérapie ? Fondements, méthodes, applications*, sous la dir. de T. NGUYEN, Dunod, Paris, 2005.
- Préface de *La Gestalt-thérapie, un processus créatif*, J. ZINKER, Paris, Dunod, 2006.
- Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues*, Paris, Dunod, 2006 (traduit en 3 langues).
- Être psychothérapeute*, par S. GINGER, E. MARC, A. TARPINIAN et al., Paris, Dunod, 2006.
- « Un regard gestaltiste sur la supervision », in *La Supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, sous la dir. de A. DELOURME et E. MARC, Paris, Dunod, 2007.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos profonds remerciements à plusieurs collègues qui ont bien voulu relire notre manuscrit et nous faire part de leurs suggestions opportunes et de leur expérience.

Il s'agit notamment de :

Gonzague Masquelier,
Anne Le Berre,
Armen Tarpinian,
Marie-Paule Glachant.

Adresse des auteurs

Serge et Anne GINGER	s.ginger@noos.fr
Tél. :	+336 0976 2651
Fax :	+331 5368 6457
Site personnel :	www.sergeginger.net

INDEX DES MOTS CLÉS

A

absence 60
abstinence sexuelle 91
abus sexuel 47, 128
acceptation inconditionnelle 52, 77
accouchement 107, 108
addiction 46, 58, 59
adolescent 105, 106
Affop 174
agressivité 113, 119
ajustement créatif 115, 165
alliance thérapeutique 8, 11, 35, 98
alternance 139, 149
amendement Accoyer 182
amplifier 149
amygdale 96, 109, 127
analyse
 psycho-organique 162, 168, 169
 transactionnelle 98, 103, 158, 162, 165
angoisse 114, 115
 existentielle 113
annuaire 105, 178
antidépresseurs 24
antipsychiatrie 112
approche
 centrée sur la personne 158, 163
 centrée sur le client 98

 humanistes-existentielles XI
archétypes 78
argent 42, 119
arrêt
 brutal 62
 de la thérapie 34
arrêter un traitement 24
arroser mes fleurs 40
art 54, 78, 85, 104
arts martiaux 41
assertivité 109, 114
assistance à personne en danger 80
Association fédérative française des
 organismes de psychothérapie
 173, 174
assurance 5
authenticité contrôlée 77, 147
auto-dévoilement 76
avance verbale 144
awareness 129, 148, 165

B

bénéfice secondaire 75
berceuse 67
bio-énergétique 169
bipolaire 64, 116, 118
bonheur 41, 42, 51, 136
borderline 20, 64, 116, 118

bouffée

délirante 115

psychotique 66

boule de cristal 124, 125

burnout 36, 156

C

cabinet 2, 3, 5, 6

cadre 35, 53, 118, 122

cancer 109

cas

de force majeure 60, 63

types 45

catharsis 89, 107

cause 43, 44, 64

certificat 70

Certificat européen de psychothérapie
(CEP) 177

cerveau

émotionnel limbique 96

limbique 68, 109, 134

chaise vide 86

champ IX, 17, 41, 99, 102, 134, 164,
165

Charte 6, 21, 182

de la personne en psychothérapie
XIII

des usagers 179

nationale 182

chèque 37

CIM-10 18, 104

cinq 100–103

clause du grand-père 177

client(e) XII, 9, 58

co-animation 134

coaching 51

Code de déontologie XIII, 6, 176, 179,
184

Collège français de Gestalt-thérapie 165

comment 95, 149

Commission nationale d'attribution du
CEP 178

comprendre 40, 44, 55, 76, 141, 142

conditionnement négatif 68

confidentialité 73, 78, 79, 183

confluence 107, 133, 142, 150

conjugaison 87

conscience modifiée 67

conseil 51

Conseil national de l'Ordre des
médecins 5

contact hors séance 129

contrat 14, 16, 62, 63, 65, 166, 171

contre-transfert 29, 42, 54, 77, 82, 147,
155

cordon ombilical de l'espèce 94

corporel 122, 126, 127, 133, 183

corps 90–91, 108, 127, 134

cothérapeute 130, 136

cothérapie 130, 148

couche limbique profonde 87

counseling 164

couple 103, 135, 138

de thérapeute 139

créativité 46, 104, 109, 156, 175

créneaux horaires 36, 61

D

débriefing 47, 68

Déclaration

de Strasbourg 173, 177, 179, 189

décompensation 64, 66, 115

déflexion et évitement 150

défragmentation 97

délire 66–68

démarches 30

dépendance 46, 82, 88, 105, 118

dépressif 19, 64, 112, 116, 132

dépression 21, 51, 52, 115, 118

dérôlage 87

désirs 43

deuil 119–121, 133, 138

développement personnel 51

diagnostic 17, 19, 103, 112

directive 141

distance relationnelle 36, 81

divan 51, 86, 161, 180
 divorce 50, 70, 137
 dossier 13, 70
double bind 170
 double-verrouillage 123
 DSM 18, 104, 112, 118
 dyslexique 44
 dysmorphophobie 89

E

e-mail 88
 EAPTI (European Accredited
 Psychotherapy Training Institute
 188
 École
 de la cause freudienne (ECF) 161
 parisienne de Gestalt (EPG) 122,
 165
 éducateur 28
 effet
 placebo 159
 Pygmalion 82
 Zeigarnik 69, 71
 EMDR 96, 97, 118, 158, 171
 émigré 111
 empathie 76
 en groupe XI, 23, 35, 81, 90, 91,
 121–134, 138, 139, 155, 165
 enfant 80, 105, 106, 141
 engrammation 47, 68, 88, 96, 127
 enquête 49
 nationale 58, 180, 181
 entreprise 103
 environnement 37, 81, 114
 érythème honteux 144
 Esalen 65, 86
 espèces 37
 European
 Association for Psychotherapy
 (EAP) XIII, 173, 177
 Family Therapy Association (EFTA)
 170
 évitement 53, 61, 62, 119, 141

exception 29, 45, 46, 60, 81
 exercice 91, 129, 146
 extraconjugale 149

F

fantasme 79, 109, 119, 124, 151
 Fédération française
 de psychothérapie 184
 de psychothérapie et psychanalyse
 (FF2P) XIII, 30, 173, 174, 176,
 177, 184
feed-back 7, 68, 71, 82, 125, 126, 150
 femme
 enceinte 94, 107
 stérile 108
 FF2P 30, 177, 184
 fin de la thérapie 61
 fœtus 94, 107
 frais professionnels 3, 5
 frigidité 151
 frustration 78

G

génosociogramme 89
 genralité 110
 Gestalt 164
 inachevée 95
 Gestalt-thérapie 45, 86, 98, 135, 148,
 149, 158, 162, 164, 169
 inachevée 98, 124
 geste et posture 149
 grands-parents 50
 groupe 22, 23, 66, 90, 95, 106, 118,
 120–134
 de parole 106, 107
 lentement ouvert 122
 Groupe français d'études de sociométrie
 163

H

habitude 60

hémisphère
 cérébral 143
 droit 126
 herméneutique 25, 79
 heuristique 103
 hippocampe 127
 histoire 43, 134, 155, 171
 homosexuel 22, 64, 76, 110, 135, 138,
 140
hot seat 86
 humaniste IX, XI, XII, 9, 11, 17, 36, 59,
 76, 78, 82, 111, 120, 158, 162,
 178, 180
 Hygie 101
 hypertélie 46
 hyperventilation 68
 hypervision 155
 hypnose 159
 ericksonienne 98, 169
 hypothalamus 119
 hystérie 117, 160
 hystérique 114–116, 132, 158–160

I

implication 87
 contrôlée XII, 29, 75, 147, 175
 impôt 38
 impuissance 97
 sexuelle 40
in utero 107, 108
 incarné 76, 147
 inconscient 47, 109, 125
 collectif 93, 95, 102
 incubation 92
 individuation 94
 infidélité 142
 influence 53
 information 32
insights 90
 intégration posturale 169
 interprétation 40, 52, 78, 95, 98, 129
 interruption 58, 83

introjection 143, 150
 isolation acoustique 6

J

jardin secret 45
 jumeaux 109

K

Karpman (triangle de) 103, 166

L

langue maternelle 111
 limites 36
 loi
 du 9 août 2004 181
 Kouchner 14, 71

M

maladie 119
mandala 89
 manie 118
 masochisme 117, 129
 massage 90, 147
 mécanisme de défense 52, 113, 114
 médicament psychotrope 180
 méthode Vittoz 169
 mineur 79
 miroir 5, 8, 89
 mobilisation corporelle 86, 133
 monodrame 85, 86, 95, 111, 163
 moquette 7
 mort 109, 119, 120
 mouvements sectaires 179
 mutisme 66, 115
 mythe de la transparence 44, 141

N

narcissisme 115
 neurogenèse 93

neuromédiateur 134
 neurophysiologie 98, 159
 neuroscience 112, 127, 160, 165
 neurotransmetteur 24, 62, 88, 107, 110, 112
 neutralité 52
 bienveillante 29, 52
 névrose de transfert 59
 non verbales 54
 non-assistance à personne en danger 63
 non-directivité 54, 163
 notes X, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 71, 124, 146
 nouvelle hypnose 162

O

objet
 symbolique 85, 86, 126
 transitionnel 87
 obsession 117
 obsessionnel 114, 115
 ocytocine 91
 olfaction 144
 onirologue 92
 ontogenèse 102
 organe voméronasal (OVN) 88, 125
 orgasme simultané 143, 150
 ouverture limbique 126

P

paliers de décompression 67
paper board 8, 85
 papier à dessin 4
 paranoïa 115–117
 paranoïaque 21, 114, 129, 132
 parent 106
 partenaire 52, 76
 passage à l'acte 58, 62, 63, 79, 116, 123, 142
 pathologie 111, 115
 patient désigné 170
 payer la première séance 14
 pédophilie 54, 79, 131

pendule 7
 persécuteur 103
 personne âgée 109
 phéromone 88
 phobie 22, 115, 116, 132, 171
 photodrame 90
 plainte 69
 PNL 162
 polarité 19, 98, 114, 130
 polysémie 44, 92, 100, 149
 portage salarial 31
 post-contact 69
 post-traumatique 133
 précontact 133
 premier
 client 27
 entretien 10
 prérequis 174
 prévention 136
 prise de notes 7, 10, 12, 13, 16, 71
 processus 55, 98, 121, 149
 proches 37
 profil 116
 de personnalité 18, 112
 psychopathologique 116
 profflexion 150
 projection 95, 125, 130, 150
 promenade aveugle 90, 146
 prospective 43
 Psy en mouvement 174
 PSY'G 173, 174
 psychanalyse 46, 57, 59, 82, 97, 112, 115, 127, 157, 159, 161
 psychiatre 24, 79, 110, 131
 psychocorporel 127, 151, 158, 168, 169
 psychodrame 95, 129, 135, 151, 158, 159, 162, 169
 psychodynamique 161
 psychologie de la motivation 162
 psychoneurologie 145
 psychopathologie 3, 20, 21, 118, 154, 155, 181
 psychophysiologique 134

psychosynthèse 162, 166
pyramide des besoins 50

R

racine 43, 101, 111
rage de guérir 43, 54, 156
Rapid Eye Movement ou REM 96
Rapport Zarifian 24
rédemption 42
refuser 37
Registre national des psychothérapeutes 181
règle d'abstinence 73
régression 54, 62, 67, 109
régularité des séances 34
relation
 amoureuse 82
 d'objet 127
 extraprofessionnelle 81
 sexuelle 83
 thérapeutique 38
repère 60
résidentielle intensive 138
résistance 150
résonance 82, 147
responsabilité 78, 95, 130, 141, 150, 164, 179, 183, 186
restitution 129
retraite 109, 119, 120
rétroflexion 94, 95, 150
réussite 40
rêve 92–95, 125, 160
richesse de la différence 145
ritualisation 60
rituel 114, 120, 122, 124
roue
 de la personnalité 18, 114
 des troubles 104
rythme 59, 131
 des séances 13

S

sadique 118
sagesse 58
salle d'attente 4–6
scénario de vie 166
schizoïdie 118
schizophrénie 64, 112, 118
séance
 de clôture 61
 hebdomadaire 60
secret 80, 119, 122, 123, 128, 138, 140, 142, 148, 149
 partagé 130
 professionnel 65, 70, 73, 80, 106, 118, 133, 183, 185
 professionnel partagé 24
sectaire 70
secte 14, 70
Sécurité sociale 176
sélection naturelle 144
séminaire résidentiel 122
séparation 136–138
session résidentielle 139, 140
setting 10, 23, 137
sexo-Gestalt 172
sexologie 172
sexothérapie 91, 146, 172
sexualité 91, 113, 119, 121
sexuelle 137, 138
SFU (Sigmund Freud University) 6, 209
Shoah 111
siège 7
silence 54, 85, 88, 150
situation inachevée 95
SNPPsy 30, 173, 174
Société
 française de Gestalt (SFG) 165
 française de psychanalyse (SFP) 161
 française de sexologie clinique (SFSC) 172
 parisienne de psychanalyse (SPP) 160, 161
somatothérapie 169

sommeil paradoxal 96
 sophia-analyse 162, 168
 sophrologie analytique 169
 soutien 78
 souvenir 47
 spéléologue 78
 spirituelle 101, 102, 127, 167
squiggle 89
 stage résidentiel 135
 stimulation bilatérale alternée (SBA) 96
 stratégie thérapeutique 53, 79, 112, 130
 suicide 54, 63–65, 70, 80
 superviseur 2, 27, 79, 82
 supervision X, XI, 21, 29, 42, 62, 73, 78, 115, 130, 139, 153, 154, 176, 178
 symbole 7, 86–89, 99, 108
 Syndicat national
 des praticiens en psychothérapie (SNPPsy) 30, 173, 174

T

table 4, 7
 TAC (Training Accreditation Committee) 188
 tarif 38
 TCC 98, 118, 158, 171
 téléphone 36, 65, 88
 temps de latence 83
 tentative de suicide 19
 testostérone 44, 119, 144
 thérapie
 brève 57, 60
 centrée sur la personne 162
 cognitivo-comportementale (TCC) 158, 159, 162, 171
 familiale 141, 158, 159, 162, 170
 parallèle 23
 primale 169
 psychocorporelle 158, 169

tirer sur la plante 43
 titre de psychothérapeute 50
to try is to lie 78
 tour de groupe 129
 toxicomanie 118
 traitement médicamenteux 19, 23
 tranche de thérapie 59, 61, 62, 156
 transfert 23, 76, 77, 81, 130, 166
 transgénérationnel 111, 158
 transparence 44, 141
 transpersonnelle 127, 158, 162
 traumatisme 47, 62, 93, 96, 98, 108, 128, 171, 180
 triangle dramatique 103, 166
 trouble
 de conduite alimentaire (TCA) 118, 171
 obsessionnel compulsif (TOC) 18, 171
trust walk 90, 146
 tutoiement 35, 81
 TVA 31

V

végétothérapie 169
 verbal IX, 54, 68, 86–89, 99, 127, 141, 144, 149, 169
 vérité 44, 45, 78, 128, 142, 147
 victime 103, 151
 vieillissement 119, 140
 viol 67, 68, 128, 133, 151
 voie perforante 127
 voyage de noce 152
 vue 144

W

week-end résidentiel 151
 World Council for Psychotherapy (WCP) 173, 184

INDEX DES NOMS PROPRES

A

Accoyer B. 50, 182
Adler A. 157, 162
Ancelin-Schützenberger A. 135, 163
André C. 171
Anzieu D. 161, 163
Assagioli R. 162, 166

B

Bandelow U. 90
Bandler R. 162, 167
Bateson G. 112, 170
Berne E. 162, 165
Bernheim H. 159, 160
Bonaparte M. 160, 161
Boyesen G. 162
Boyesen P. 168, 169
Breuer J. 160

C

Camilli C. 90
Champ E. 169
Changeux J.-P. 126
Charcot J.M. 159, 160
Chidharom J. 169
Clarkson P. 128
Cottraux J. 171

Crépault C. 172
Crespelle I. 166
Cyrulnik B. 134

D

Damasio A. 126
Davis-Stein J. 167
de Perretti A. 164
de Vinci L. 100
Delisle G. 106
Delourme A. 155
Dement W.C. 92
Descamps M.A. 92
Diel P. 162, 168
Dolto F. 161
Donnars A. 169

E

Elkaïm M. VII, 147, 170
Elke M. 90
Erickson M. 162, 167
Étienne H. 168

F

Fairbairn W.R. 127
Ferenczi S. 93, 94

Freud S. 51, 59, 92–95, 113, 116, 157,
159, 160, 166
From I. 94, 95
Fromm E. 162

G

Ganem M. 172
Gellman C. 172
Glachant MP. 221
Goleman D. 126
Goodman P. 134, 164
Gray J. 145
Grinder J. 162, 167
Grof S. 92, 162
Guasch G. 90

H

Haley J. 170
Hefferline R. 134
Hellinger B. 89
Héraclite 45
Higy-Lang C. 172
Hobson J.A. 92
Horney K. 113, 162

J

Jacobson E. 82
Janet P. 159
Janov A. 89, 162, 169
Johnson V. 147, 172
Jouvet M. 92–94
Jung C.G. 92, 93, 95, 157, 162, 166
Jung E. 169

K

Kaës R. 161
Klein M. 113, 127, 157, 168
Krémer E. 164

L

Lacan J. 40, 157, 161
Lagache D. 161
Lao-Tseu 55
Le Berre A. 221
Lebovici S. 161, 163
Leclaire S. 161, 173
Lewin K. 135
Lœwenstein R. 160
Lowen A. 89, 162, 169

M

Marc E. 155
Martel B. 119, 165, 172
Maslow A. 50
Masquelier G. 55, 155, 165, 172, 221
Masson M. 172
Masters W. 147, 172
Meignant M. 172
Messmer F.A. 158, 159
Meyer R. 169
Miller J.A. 161
Moreno J.L. 89, 95, 162, 163

N

Nacht S. 161
Navarro F. 169
Neuburger R. 151, 170
Nguyen T. 167

P

Pagès M. 83
Painter J. 90, 169
Pavlov I. 171
Pease A. 145
Pease B. 145
Pentagramme de Ginger IX, 85, 99, 165
Perls F. 51, 86, 92, 94, 95, 126, 134,
136, 162, 164, 167
Pierrakos J. 89
Polster E. 126

Polster M. 126
Prigogine I. 120
Pythagore 100

R

Raynal D. 169
Reich W. 89, 162, 169
Rogers C. 52, 98, 158, 162–164
Rolf I. 90
Rosenthal R. 82
Roudinesco E. 161
Roustang F. 53

S

Salathé M.-N. 139
Salathé N. 139
Sartre J.-P. 141
Satir V. 167, 170
Selvini M. 170
Servan-Schreiber D. 96, 171
Shapiro F. 96, 171
Skinner F. 171
Sokolnicka E. 160

T

Tarpinian A. 162, 168, 221
Temperville I. 165
Tomkiewicz S. 90

V

Vaux C. 169
Vidal C. 143
Vincent L. 126

W

Watzlawick P. 170
Waynberg W. 172
Widlöcher D. 161
Winnicott D. 46, 88, 89, 127, 147, 168
Wolpe J. 98

Y

Yalom I. 53, 81

Z

Zajde N. 111
Zeigarnik B. 69

TABLE DES MATIÈRES

<i>PRÉFACE</i>	VII
<i>AVANT-PROPOS</i>	IX
1. Ils décident de s'installer	1
Gilles, médecin	1
Elaine, enseignante et professeur de yoga	2
Mireille, psychologue	4
Voilà donc trois exemples de démarrage	5
En résumé : un cabinet avenant et adapté	6
2. Le premier client	9
La première impression	9
Le premier entretien	10
Faut-il faire payer la première séance ?	14
Période d'essai ?	14
Apprentissage du « métier de client »	15
En résumé : quelques thèmes possibles lors du premier entretien	16
3. Le diagnostic et la prise en charge	17
Rester soi-même, derrière « les grilles »	18
À quoi sert le diagnostic ?	19
Dépressifs chroniques et suicidaires	19
Borderlines	20
Paranoïaques	21

Les motivations alléguées	22
Deux thérapies parallèles ?	23
Les médicaments	23
4. Se déclarer et se faire connaître	27
1, 2, 3... C'est parti !	27
Se déclarer	29
Me faire connaître	31
Quatre canaux parallèles d'information	32
5. Les premières difficultés	33
Mon client n'est pas venu au rendez-vous fixé	33
Faut-il réagir en cas d'absence ?	35
Le tutoiement	35
Il me téléphone sans arrêt	36
Pourquoi et comment refuser un client ?	36
Le paiement, le crédit	37
6. Chasse aux idées reçues	39
Arracher les mauvaises herbes...	40
<i>Struggle for life</i>	41
Faut-il « souffrir pour être belle »	42
L'argent... c'est de l'or !	42
Les racines viennent de l'arbre !	43
Faut-il tout comprendre ?	44
Le mythe de la transparence	44
La règle et l'exception	45
L'hypertélie	46
L'inconscient ne connaît pas la grammaire	47
7. Psychothérapie et société	49
La psychothérapie, émergence de notre temps	49
Thérapie ou conseil ?	51
8. Au fil de la thérapie...	57
Thérapies brèves, thérapies de soutien	57
La fréquence des séances	59

La régularité	60
La fin de la psychothérapie	61
Les incidents de parcours	62
Passage à l'acte et mise en action	62
Le suicide	64
La décompensation	66
Le débriefing	68
L'effet Zeigarnik	69
Les plaintes	69
Les dossiers	70
9. Déontologie	73
Éthique et déontologie : respect et secret	73
Le respect des collègues	74
Le respect du client	74
« L'implication contrôlée »	75
« L'auto-dévoilement »	76
Soutien et frustration	77
La confidentialité	78
La distance relationnelle	81
La relation amoureuse	82
10. Outils et techniques	85
Une large variété de techniques	85
La chaise vide	86
Les objets symboliques et la « conjugaison à l'envers »	86
Objets transitionnels	87
Le dessin	88
Le miroir	89
Le corps	90
La sexualité	91
Le travail du rêve	92
<i>Freud, Jung... et les autres, 92 • Les recherches récentes, 93 •</i>	
<i>Concrètement : dix approches du rêve, 94</i>	
L'EMDR	96

Le Pentagramme de Ginger	99
Le Triangle de Karpman	103
11. Une large palette de clients	105
Enfants et adolescents	105
Les femmes enceintes et jeunes mamans	107
Les femmes stériles	108
Les jumeaux	109
Les personnes âgées	109
Les homosexuels	110
Diversité culturelle	111
Les différentes « pathologies »	111
La « personnalité de base »	113
La « Roue de la personnalité » (ou le « profil » individuel) <i>Brefs commentaires, 116 • Suggestions d'utilisation du graphique (si vous désirez tenter de tracer votre propre profil), 116</i>	114
Quelques réflexions sur des thèmes récurrents	119
12. Travail en groupe	121
Les groupes continus thérapeutiques	121
Le cadre et les conditions de travail	122
Le « double-verrouillage »	123
L'entrée dans le groupe : la « boule de cristal »	124
« <i>Floating hot seat</i> »	125
« L'ouverture limbique »	126
Approche interpersonnelle	127
Cothérapie sans confluence, mais dans la confiance	130
Mais alors, pourquoi la thérapie individuelle ?	131
Un cocktail potentialisateur	132
Richesse du travail en groupe	133
13. Travailler avec les couples	135
La demande des couples	136
Les principaux motifs de consultation des couples	137

Les modalités de réponses	137
<i>Thérapie individuelle, 137 • Thérapie de couple, 138 • Thérapie en groupe, 138</i>	
Spécificités de la thérapie de couple	140
Faut-il tout avouer ?	141
Comment vivre avec quelqu'un d'une autre « espèce » ?	143
Jeux et exercices	146
Un thérapeute « incarné »	147
La thérapie alternée	149
Une approche gestaltiste	149
Je/Tu/Nous	151
14. La profession de psychothérapeute	153
La formation professionnelle continue	153
La supervision	154
La carrière du psychothérapeute	156
ANNEXE	157
I. La psychothérapie en France	157
Rapide survol historique	158
La psychanalyse	159
Les courants psychanalytiques post-freudiens ou dissidents	162
Les « nouvelles thérapies » humanistes existentielles	162
La situation générale actuelle de la psychothérapie en France	173
II. La Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P)	177
Bref historique	177
Le CEP	177
Le Registre national français des psychothérapeutes (annuaire)	178
Les membres individuels	179
La reconnaissance officielle de la profession de psychothérapeute	179
Colloques, congrès et états généraux	180
III. Le titre de psychothérapeute : Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 sur la politique de santé publique, publiée au JO du 11 août 2004	181
L'usage du titre de psychothérapeute	181

Brefs commentaires	182
IV. Charte nationale pour les personnes en psychothérapie	182
1. Droit à la dignité et au respect	182
2. Droit au libre choix	182
3. Droit à l'information	182
4. Conditions de la thérapie	183
5. Droit à la confidentialité	183
6. Engagement déontologique du psychothérapeute	183
7. Procédure de doléance	183
V. Code de déontologie de la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (FF2P)	184
Préambule	184
Champ d'application	184
La profession de psychothérapeute	185
Compétence professionnelle et perfectionnement	185
Secret professionnel	185
Cadre de la thérapie	186
Obligation de fournir des informations exactes et objectives	186
Relations professionnelles avec les collègues	187
Principes déontologiques concernant la formation	187
Contribution à la santé publique	187
Recherche en psychothérapie	187
Infractions aux règles de déontologie	188
Obligations des organismes de la FF2P	188
VI. TAC (<i>Training Accreditation Committee</i>)	188
Questionnaire et procédures	188
1. Questionnaire	189
2. Visite de l'institut de formation	192
3. Procédures	192
4. Étapes de mise en place	195
Principaux sigles et termes anglais utilisés	196
VII. Adresses et sites des organisations membres de la FF2P (en janvier 2008)	197

TABLE DES MATIÈRES	241
VIII. Quelques autres adresses	207
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	211
Principaux ouvrages consultés	211
Ouvrages de Serge Ginger	219
<i>REMERCIEMENTS</i>	221
<i>INDEX DES MOTS CLÉS</i>	223
<i>INDEX DES NOMS PROPRES</i>	231

Serge et Anne Ginger

GUIDE PRATIQUE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE HUMANISTE

La psychothérapie humaniste considère l'homme dans l'interaction de toutes ses dimensions : physique, émotionnelle, cognitive, sociale et spirituelle. Le psychothérapeute humaniste a recours à des techniques de soin variées et originales, tout en se maintenant dans une posture « d'implication contrôlée ». Il est amené à résoudre de multiples difficultés telles que : Comment faire connaître l'ouverture de son cabinet ? Que faire en cas d'absence du client à une séance ? Comment aborder les questions de paiement ? Comment faire face à des menaces de suicide ? Comment gérer le contre-transfert ?...

Issu de la longue expérience internationale des deux auteurs comme psychothérapeutes, enseignants et superviseurs, ce guide présente :

- ▶ des **conseils pratiques** et incite chacun à rechercher son propre style, dans une créativité permanente ;
- ▶ un nouveau **regard diagnostique**, au-delà des « grilles » traditionnelles ;
- ▶ les caractéristiques spécifiques du **travail en groupe** ou avec les couples ;
- ▶ les récentes avancées des **neurosciences** ;
- ▶ des **réflexions éthiques et philosophiques** sur le travail.

Rédigé dans un style vivant, abondamment illustré de vignettes cliniques, ce livre s'adresse aux psychothérapeutes débutants et confirmés mais aussi aux clients, désireux de mieux comprendre les enjeux de leur propre itinéraire de recherche personnelle.



SERGE et ANNE GINGER sont psychologues cliniciens, formés en psychanalyse et psychothérapies humanistes. Ils enseignent la Gestalt-thérapie dans de nombreux pays.

SERGE GINGER a publié une vingtaine d'ouvrages (certains traduits en 12 langues). Il est le secrétaire général de la *Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse* et le président de la Commission européenne d'accréditation des Instituts de formation à la psychothérapie.