

Sous la direction de
Roland COUTANCEAU
Joanna SMITH

Psychothérapie et éducation

La question du changement

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, 2015
 5 rue Laramiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-072749-0

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. 3352 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XV
<i>AVANT-PROPOS</i>	XIX

PREMIÈRE PARTIE

TECHNIQUES THÉRAPEUTIQUES ET CHANGEMENT

1. Les psychothérapies cognitives et comportementales	2
Jean Cottraux	
Qu'est-ce que la TCC ?	2
<i>Stratégie et tactiques du changement, 3 • Changement et personnalité, 7</i>	
Conclusion	9
2. Le changement en mouvements	10
Jean-Paul Mugnier	
Un premier concept organisateur de la pratique : le mythe familial	11
<i>Prescrire un rituel pour détruire le mythe, 12 • Prescrire le rituel pour reconnaître le mythe avant de le dénoncer, 13 • Prescrire un rituel pour prendre conscience de la difficulté de changer, 13</i>	

Du mythe familial au jeu relationnel	15
<i>Le dévoilement du jeu, 17 • Restaurer la dyade relationnelle parent/enfant, 17</i>	
Je sais que tu sais que nous savons ensemble...	18
L'histoire de Rosa	20
<i>La reconstitution du jeu, 20 • Les sculptures, 22</i>	
Conclusion	23
3. Thérapie en sexologie et changement	24
Patrick Jacques Blachère, Aurélie Maquigneau	
La question du changement en sexologie	24
Évaluation des processus de changement dans l'approche chirurgicale	25
<i>Chirurgie de l'impuissance et de l'orgasme féminin, 25 • L'esthétique, 27</i>	
<i>• La chirurgie sexuelle réparatrice, 28</i>	
Évaluation des processus de changement dans l'approche pharmacologique	29
Évaluation des processus de changement dans l'approche sexothérapique	30
<i>Sexothérapie des conduites et dysfonctions sexuelles : l'évaluation, 31 •</i>	
<i>Le changement de la demande, 31 • Évaluation des processus de changement dans les prises en charge des sexualités paraphiles et troubles des conduites sexuelles : la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, 32 • La prise en charge des paraphilies et des troubles des conduites sexuelles hors du champ pénal, 33</i>	
Évaluation des processus de changement en matière d'éducation sexuelle	34
Conclusion	34
4. Hypnose, changement et victimologie	36
Victor Simon	
Comment devient-on victime ?	37
<i>La prise de conscience de la réalité, 39</i>	
Comment agir ?	39
<i>Construire le changement en hypnose, 40</i>	
Le premier changement	41
Expliquer le fonctionnement du système pervers	42

5. Le psychodrame : un cheval de Troie thérapeutique	45
Nicolas de Salles de Hys	
Transfert et interprétation	46
Clivage des espaces et censure	49
Cheval de Troie thérapeutique	52
Conclusion : une ruse thérapeutique fondamentale	53
6. La question du changement selon la Somatic Experiencing®	55
Michel Schittecatte	
Illustrations cliniques	58
<i>Première illustration, 58 • Deuxième illustration, 59 • Troisième illustration, 61</i>	
Quatrième illustration	62
<i>Que s'est-il passé ?, 62 • Le processus de changement selon la SE® est le suivant, 63</i>	
Conclusion	63
7. Le processus de changement en psychothérapie EMDR	66
Michel Silvestre	
Comment se déroule une thérapie EMDR ?	67
8. Le changement en thérapie par Intégration du Cycle de la Vie	72
Joanna Smith, Elise Castonguay	
La Ligne du Temps, outil du changement en ICV	72
Les facteurs de changement en ICV dans le traitement d'un traumatisme psychique	73
<i>Illustration clinique, 74 • Facteurs de changement, 75</i>	
Les facteurs du changement en ICV dans le travail de consolidation du Soi	77
<i>Changements fréquemment observés, 77 • Illustration clinique, 77 • Facteurs du changement, 78</i>	
Conclusion	82
9. Pour une approche intégrative du changement	83
Edmond Marc	
La multiplicité des modèles	84
<i>Le modèle psychanalytique, 84 • Les thérapies psychocorporelles, 84 • Les thérapies existentielles et humanistes, 84 • Les thérapies</i>	

<i>comportementales et cognitives, 84 • Les thérapies systémiques et communicationnelles, 85</i>	
Options spécifiques et unité de la personne	85
Sortir des cloisonnements et de la pensée unique	86
Les moteurs du changement	88
<i>Au cœur du processus : la relation, 88 • L'actualisation du trouble, 90 • La libre expression, 91 • La catharsis, 91 • La prise de conscience, 92 • Le changement comportemental, 92</i>	
Conclusion	94
10. Psychothérapies : la question du changement ?	95
Pierre Canouï	
Le regard sur les psychothérapies a changé	95
Aucune approche psychothérapeutique n'est supérieure à une autre	96
Les changements de regard sur la formation des praticiens de la psychothérapie	98
Porter un regard différent sur la question du changement dans le champ psychothérapeutique	99
La dimension émotionnelle infraverbale du changement en psychothérapie	100
Une dimension éthique et existentielle du changement en psychothérapie	101
11. Psychothérapie humaniste et changement	103
Michel Meignant	

DEUXIÈME PARTIE

PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

12. Les patients borderline traités. Qu'est-ce qui change vraiment ?	110
Julien Daniel Guelfi	
Les principales variétés de psychothérapies	111
Le bilan d'efficacité des psychothérapies	111
Plusieurs initiatives françaises	113
Le suivi longitudinal et le changement	113
Conclusion : les progrès attendus dans la méthodologie de l'évaluation du résultat	115

13. Personnalité paranoïaque et changement	117
Patrick Le Bihan, Diane Brulin-Solignac, Michel Bénézech	
Rappel clinique	118
<i>Principaux traits de personnalité, 118 • Diagnostic différentiel, catégories vs dimensions, 119</i>	
La spirale de la paranoïa	119
Évolution	121
<i>Évolution naturelle, 121 • Complications évolutives, 121</i>	
Approches thérapeutiques	122
<i>Thérapie psychodynamique, 124 • Thérapie comportementale et cognitive, 125 • Thérapie de couple et familiale, 127 • Thérapeutique pharmacologique, 127</i>	
Conclusion	127
14. Thérapie de couple et changement	129
Philippe Brenot	
L'invention du couple	129
La thérapie de couple	130
Changement	131
L'accompagnement stratégique du couple	133
Conclusion	134
15. Intervention en psychothérapie de liaison comme processus de changement	135
Cyril Manzanera, Jean Louis Senon	
Un milieu et des contraintes : la prison	136
<i>Entre pathologie mentale et passage à l'acte : la réalité carcérale, 136 • Une organisation sanitaire pénalement ordonnée, 137</i>	
Modélisation de l'intervention en psychothérapie de consultation-liaison	140
<i>De la psychiatrie de liaison en milieu hospitalier vers la psychiatrie de liaison en milieu carcéral : un pas, 140 • Spécificités de l'application du modèle de la psychiatrie de liaison au milieu pénitentiaire, 145</i>	
Conclusion	150

16. Repenser les psychothérapies	151
Didier Bourgeois	
Existe-t-il une structure psychique ?	152
Du psychisme aux psychothérapies	152
Confronter les logiques	154
Que reste-t-il de la psychiatrie face à la neuropsychiatrie ?	156
En pratique	156
17. Le changement en psychothérapie par internet	162
Bernard Astruc, Chrystel Chaudot	
La psychothérapie par internet	162
Le cadre thérapeutique	165
La relation thérapeutique	166
L'alliance thérapeutique	168
Les modifications comportementales et le langage corporel en vidéo-consultation	168
Vignette clinique	169
Conclusion et perspectives	171
18. Facteurs de changement en psychothérapie de groupe	172
Joanna Smith	
Changement en groupe et appareil psychique groupal	172
La cohésion groupale	173
Le groupe comme famille	174
Le groupe comme lieu d'observation, d'apprentissage et de socialisation	174
Dissociation et thérapie de groupe	175
Conclusion	175

TROISIÈME PARTIE

TRAUMA ET SENS

19. Entre trauma et sens	178
Michelle Vinot	
Mono-mythe du Héros	178
<i>Profondeurs de l'humanité, 179 • Patient en tant que « Héros », 179 • Voyage du Héros, 179</i>	
Les étapes du parcours du Héros, vues par Robert Dilts	179
<i>Héros potentiel, 179 • Outil « SCORE », 180 • Tracer le parcours du Héros, 180 • Processus global de transformation, 181 • Fin de la cure, 182 • Lâcher les tensions, 182 • Sortir d'un État de Stress Post Traumatique, 183</i>	
Les besoins fondamentaux de l'Être humain, vécus comme un parcours du Héros	183
<i>Besoins fondamentaux et comportements défensifs, 183 • Exploration de l'un des trois besoins fondamentaux à travers le parcours du Héros : celui de « Réalité d'être », 186</i>	
Conclusion	189
20. Les phases de changement au cours d'une psychothérapie d'une victime	191
Carole Damiani	
Réactions immédiates et soins immédiats	192
L'installation d'un syndrome psychotraumatique et le post immédiat	194
La psychothérapie post traumatique : syndrome psychotraumatique ou névrose traumatique	196
Thérapie et réparation	198
Conclusion	199
21. Trop tôt, trop tard. Le temps juste pour la thérapie d'enfants et d'adolescents victimes d'agression	200
Jean-Luc Viaux	
Problématique du temps thérapeutique et de l'air du temps	200
Expertiser/évaluer/diagnostiquer/accompagner	202
De la pertinence d'une indication de thérapie en cours de procédure judiciaire	207

Conclusion : de l'investigation au besoin de secret pour être Soi	212
22. Quelques repères dans l'évolution des techniques de <i>debriefing</i>	214
Louis Crocq	
<i>L'Historical group debriefing</i> de S. L. A. Marshall (1945)	214
Sokol et le <i>Stress Management Team</i> de l'US Army (1979)	216
1983 : le <i>Critical Incident Stress Debriefing</i> (CISD) de J. Mitchell	219
Deux émules de Mitchell : Armstrong et le <i>Multiple Stressor Debriefing Model</i> (MSDM) en 1991 ; Dyregrov et le <i>Process Debriefing</i> (PD) en 1997	222
Deux méthodes de <i>debriefing</i> réintroduisant l'exploration d'emblée de l'affectivité : le <i>consultant debriefer</i> selon Beverley Raphael, et le <i>debriefing</i> selon Shalev (Israël)	227
1992-2002, le <i>debriefing</i> à la française : verbalisation cathartique des émotions	229
La fausse controverse sur l'efficacité du <i>debriefing</i> (1999-2002)	234
Conclusion	235
23. Le changement dans les psychothérapies de femmes victimes de violences conjugales	237
Muriel Salmona	
Identifier les violences et déconstruire l'emprise du conjoint	238
Identifier, expliquer et traiter les conséquences psychotraumatiques des violences	241
L'importance de la compréhension dans le processus de changement et de guérison	243
les conduites « paradoxales » : des conséquences normales des violences	246
Identifier les violences et démonter la stratégie de l'agresseur	247
Conclusion : redonner du sens pour permettre le changement	251
24. Le changement dans les thérapies d'enfants victimes	253
Karen Sadlier	
L'enfant victime, trauma et attachement	253
Le juste milieu de la position thérapeutique	255
<i>Identifier et verbaliser les émotions liées au trauma, 255</i> • <i>La régulation des émotions, 257</i> • <i>Le soutien social, 258</i>	
Conclusion	259

25. Clinique du Trauma	260
Roland Coutanceau	
Évaluer la situation traumatique	261
Évaluer l'intensité de la symptomatologie post-traumatique	262
<i>L'observation clinique, 263 • la théorisation clinique, 263 • L'analyse statistique de l'impact post-traumatique, 263</i>	
Le thérapeute entre trauma et résilience	264
Repérages dans l'évolution	266
<i>La classique métabolisation du trauma, 266 • Repérages par des processus psychiques propres à la dynamique de la résilience, 267</i>	

QUATRIÈME PARTIE

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET CHANGEMENT

26. Évaluation et évolution sous suivi des troubles de la personnalité	274
Roland Coutanceau	
Évaluation préliminaire	274
<i>Une approche psycho-criminologique, 277 • Explorer le passage à l'acte, 277</i>	
Le discours d'après-coup	278
<i>Le rapport aux faits, 278 • Le rapport à la responsabilité propre, 279 • Le vécu surmoïque de l'acte, 279 • L'appréhension ou pas du retentissement psychologique de la victime (plaignant), 280 • Le rapport à la loi, 280</i>	
Thématiques spécifiques	281
L'évaluation de l'évolution	282
Repérages dans l'évolution	285
Conclusion	286
27. La clinique du changement	288
Astrid Hirschelmann	
Introduction	288
Le passage à l'acte et ses enjeux dans la polémique autour des pratiques thérapeutiques	289
Logiques infractionnelles et temporalités : sérialité et trajectoires de vie	291

Travailler le changement : Les étapes de la reconnaissance de l'implication dans les faits	294
<i>Reconnaissance autour des faits, 296 • Reconnaissance comme auteur et non acteur des faits, 296 • Reconnaissance de la violence et de la contrainte, 297 • Reconnaissance des troubles dans la relation à autrui, 297 • Reconnaissance de la différence entre culpabilité et responsabilité, 298</i>	
Conclusions et mises en perspective	298
28. Diversité d'évolutions de personnalités d'agresseurs sexuels engagés dans une thérapie spécifique	300
Florent Gathérias, Magali Bodon Bruzel	
Personnalité initiale de la population de patients	301
<i>Les agresseurs sexuels intra-familiaux, 301 • Les agresseurs sexuels de mineurs féminins, 302 • Les agresseurs sexuels d'au moins une victime mineure masculine, 303 • Les agresseurs sexuels de femmes adultes, 303</i>	
Dynamique du changement de personnalité des patients	304
<i>Phase 1 : Observation, 304 • Phase 2 : Mobilisation, 305 • Phase 3 : Mutation, 305 • Phase 4 : Développement, 306 • Évolution globale, 306</i>	
Évolution de chacun des groupes criminologiques	307
<i>Les agresseurs sexuels intra-familiaux, 308 • Les agresseurs sexuels de mineurs féminins, 308 • Les agresseurs sexuels d'au moins une victime mineure masculine, 309 • Les agresseurs sexuels de femmes adultes, 309</i>	
Le cas des thérapies interrompues	310
Conclusion	311
29. Les auteurs de violence sexuelle et les soins psy	312
Alain Harrault, Claudette Hugon	
Penser les éléments contextuels	313
<i>Le contexte historique, 313 • Le contexte social, 314</i>	
Nous recentrer autour de notre travail de soignant	315
<i>Impacts des changements sociaux sur la construction et le fonctionnement du psychisme, 315 • Les changements en psychothérapie, 316</i>	
Tenir compte de la spécificité des patients et utiliser des outils adaptés	317
<i>Qui sont les agresseurs sexuels ?, 317 • Le travail corporel en groupe : un outil favorisant le changement au niveau psychique, 318</i>	

Conclusion	321
30. Passage à l'acte et psychothérapie : d'une histoire à l'autre	323
Mathieu Lacambre, V.F.G.	
Le Chaos	323
<i>L'incarcération (octobre 2007), 323 • Éléments de biographie, 324 • Les froments du passage à l'acte, 324 • Le traumatisme de l'auteur, 325</i>	
Le chantier	326
<i>Étape 1 de reconstruction : se (re)mettre au travail (janvier-février 2008), 326 • Étape 2 : de l'action à la réflexion (juillet 2010), 326 • Étape 3 : de la réflexion à l'écriture (novembre 2011), 327</i>	
Du discours à l'écriture, la narration qui compte	328
<i>Le premier conte, 328 • Une histoire du patient ?, 329 • Une histoire du soin !, 329 • Quels changements ?, 330</i>	
Conclusion	330
31. L'utilisation du groupe de parole comme levier de changement par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)	332
Béatrice Asencio, Laurent Théoleyre	
Les règles européennes de probation, charte d'action des SPIP	333
<i>Les règles européennes de probation (REP), 334 • L'accompagnement au changement, 335</i>	
La théorie du changement portée par les règles européennes de probation	337
<i>Le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente, 337 • L'entretien motivationnel de Miller et Rollnick, 337 • Le modèle risque, besoin, réceptivité (R-B-R) d'Andrews et Bonta, 338 • Les 7 facteurs dynamiques favorisant la récidive (besoins criminogènes), 339</i>	
Le groupe comme outil du changement	340
<i>Théorie du groupe, 341 • Les précurseurs français dans le champ de la thérapie, 341 • Création du référentiel PPR, 342 • La méthode utilisée, 343 • Les apports du groupe dans le cadre du traitement pénitentiaire, 344</i>	
Conclusion	346
BIBLIOGRAPHIE	347

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

Roland COUTANCEAU, psychiatre, expert national, président de la Ligue Française de la Santé Mentale, chargé d'enseignement en psychiatrie et psychologie légales à l'université Paris V, à la faculté du Kremlin-Bicêtre et à l'École des Psychologues Praticiens.

Joanna SMITH, psychologue clinicienne, formatrice en ICV, praticienne de la thérapie EMDR, chargée de cours à l'École des Psychologues et Praticiens et à l'université Paris V (<http://www.joannasmith.fr>).

Auteurs ayant collaboré à l'ouvrage :

Béatrice ASECIO, conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation.

Bernard ASTRUC, psychiatre, psychothérapeute, expert en télé-psychiatrie et directeur médical de la société Eutelmed (www.eutelmed.com).

Michel BENEZECH, professeur associé des Universités (médecine légale, droit privé), chef de service en psychiatrie et expert judiciaire honoraires, conseiller scientifique de la Gendarmerie nationale.

Patrick-Jacques BLACHERE, psychiatre-sexologue, expert près la cour d'appel de Chambéry, administrateur de l'Association Interdisciplinaire post-universitaire de Sexologie, membre du Conseil International permanent du Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle.

Magali BODON BRUZEL, psychiatre, chef de pôle SMPR/UHSA – GH Paul Guiraud (Villejuif) (magali.bodon@gh-paulguiraud.fr).

Didier BOURGEOIS, psychiatre des hôpitaux, chef de pôle, centre hospitalier de Montfavet.

Philippe BRENOT, psychiatre, thérapeute de couple et anthropologue, directeur des enseignements de sexologie et sexualité humaine à l'université Paris Descartes, président de l'Observatoire International du Couple, auteur, entre autres, de *Inventer le couple* (Odile Jacob, 2001) et de *Les Femmes, le sexe et l'amour* (Les Arènes, 2012).

Diane BRULIN-SOLIGNAC, psychologue clinicienne, pôle unité pour malades difficiles, centre hospitalier de Cadillac.

Pierre CANOUÏ, président de la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse – FF2P (www.ff2p.fr), psychiatre, pédopsychiatre, psychopraticien, praticien hospitalier à l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades, responsable de l'unité de pédopsychiatrie de liaison (service de pédopsychiatrie du Pr Bernard Golse), docteur en éthique médicale (université Paris Descartes – Paris V), président de l'Association de la Psychologie de la Motivation (Paul Diel).

Elise CASTONGUAY, psychologue clinicienne, superviseur et formatrice en ICV.

Chrystel CHAUDOT, psychologue, psychothérapeute, directrice du réseau de télé-consultants d'Eutelmed (www.eutelmed.com)

Jean COTTRAUX, psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chargé de cours à l'université Lyon 1 (cottraux@univ-lyon1.fr).

Louis CROCO, psychiatre des armées, professeur associé honoraire à l'université René Descartes (Paris V), créateur du réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP).

Carole DAMIANI, docteur en psychologie, directrice de Paris Aide aux Victimes, chargée de mission à l'INAVEM, secrétaire générale de l'ALFEST.

Nicolas DE SALLES DE HYS, psychologue clinicien, psychanalyste.

Florent GATHÉRIAS, psychologue clinicien, psychothérapeute pour agresseurs sexuels UHLIS-SMPR de Fresnes, responsable de l'analyse comportementale psychocriminologique de la direction centrale de la police judiciaire, expert judiciaire (florent.gatherias@interieur.gouv.fr).

Julien-Daniel GUELFY, professeur émérite de l'université Paris Descartes, CMME, 100 rue de la santé, 75674, Paris Cedex 14.

Alain HARRAULT, psychologue clinicien, CRIAVS Centre, CHU de Tours, vice-président de l'ARTAAS, expert près la cour d'appel d'Orléans.

Astrid HIRSCHMANN, maître de conférences-HDR en psychopathologie et criminologie, directrice adjointe du Centre interdisciplinaire d'analyse des processus humains et sociaux (CIAPHS), université Rennes 2.

Claudette HUGON, psychologue clinicienne, unité TAAGS, CH de Niort, membre de l'ARTAAS.

Mathieu LACAMBRE, psychiatre hospitalier, CHRU de Montpellier.

Patrick LE BIHAN, psychiatre des hôpitaux, chef de pôle, unité pour malades difficiles, centre hospitalier de Cadillac, chargé d'enseignement de criminologie clinique à l'université de Bordeaux.

Edmond MARC, psychologue, Docteur d'état en psychologie, professeur émérite des universités, auteur de nombreux ouvrages sur la psychanalyse et la psychothérapie dont, chez Dunod, *Le changement en psychothérapie*, *Psychologie de l'identité*, *Pratiquer la psychothérapie* (avec A. Delourme), *Le groupe thérapeutique* (avec Ch. Bonnal).

Cyril MANZANERA, psychiatre, praticien hospitalier, département d'urgences et de post-urgences psychiatriques, CHRU de Montpellier, docteur en droit pénal et sciences criminelles.

Aurélien MAQUIGNEAU, psychologue, sexologue.

Michel MEIGNANT, président d'honneur de la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse.

Jean-Paul MUGNIER, thérapeute familial et de couples, directeur de l'Institut d'Études Systémiques, Paris.

Karen SADLIER, docteur en psychologie clinique, exerce dans plusieurs programmes de l'Observatoire de violence envers les femmes (93) et de la MIPROF, ex-directrice (1996-2014) du département enfants-adolescents du Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie (Paris), ancienne secrétaire générale de la Société européenne pour l'étude du stress et du trauma, auteure de nombreux travaux sur l'enfant victime.

Muriel SALMONA, psychiatre, psychotraumatologue, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie (drmsalmona@gmail.com, site : <http://memoiretraumatique.org>).

Michel SCHITTECATTE, psychiatre, agrégé, formateur en *Somatic Experiencing* (michel.schittecatte@cefort.fr).

Jean Louis SENON, professeur de psychiatrie, université de Poitiers.

Michel SILVESTRE, psychologue, thérapeute familial et praticien EMDR.

Victor SIMON, changements : thérapies – formations, hypnose médicale et thérapie brève, 4 rue de Solférino, 75007 Paris (victor.simon@hypnose.org).

Laurent THEOLEYRE, directeur d'insertion et de probation.

Jean-Luc VIAUX, professeur émérite de psychopathologie, université de Rouen.

Michelle VINOT, analyste existentielle humaniste, praticienne en psychothérapie neurolinguistique, EMDR et *Lifespan Integration*, consultante en entreprise, anciennement vice-présidente de la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse.

Avant-propos

CET OUVRAGE a pour vocation de proposer à différents théoriciens et praticiens spécialisés en psychothérapie et éducation, de se confronter à la question du changement.

Si l'une des sensibilités psychodynamiques a pu souligner que « la guérison vient de surcroît » et que le sens de la psychanalyse est ailleurs, il n'en reste pas moins qu'il est particulièrement stimulant de théoriser la problématique et les modalités du changement.

Ainsi nous avons proposé à des collègues incarnant des sensibilités variées (psychodynamique, systémique, psychocomportementale, psychosexologique, psychocorporelle) de choisir un angle pour traiter la question du changement.

Dans le passé, la dimension polémique et parfois passionnelle qu'a pris le débat entre tenants de la sensibilité analytique et praticiens de la thérapie comportementale, a parfois débouché sur un faux dilemme amenant à opposer recherche du sens, intensité dans l'intériorité et changement comportemental.

Est proposé dans cet ouvrage un regard plus ouvert, avec une complémentarité entre les techniques s'intéressant à l'existential et celles s'articulant autour de l'inflexion du comportement.

Apparaît, au-delà des repérages théoriques, un intérêt de situer l'angle d'attaque propre à chaque psychothérapie et à chaque stratégie éducative pour avoir à l'esprit l'émergence d'une thérapie intégrative.

L'esprit de ce livre est celui d'une véritable écoute entre pairs afin de s'inspirer mutuellement et d'apprécier les aspects dynamiques de sa technique propre mais aussi d'être conscient d'éventuels points aveugles.

Chaque thérapeute est au travail face à une même réalité psychique.

À titre personnel, j'ai été inspiré par le discours d'un acteur qui indiquait avoir tout d'abord travaillé dans l'esprit de *l'actor's studio*, c'est-à-dire en essayant de se glisser dans la peau de son personnage. Celui-ci a été amené à travailler avec Maurice Béjart qui lui demandait de mettre en scène des attitudes comportementales, en lui prescrivant par exemple une contraction musculaire, un regard plus tendu, un froncement de sourcils ; cet acteur me confia, à propos de cette collaboration : « Quand il m'a dit : c'est ça que je veux, et quand j'ai réalisé l'attitude comportementale et mimique qu'il souhaitait, j'ai curieusement senti naître en moi l'état d'âme du personnage. »

Dans ce livre, nous avons proposé une première partie autour de diverses techniques spécifiques et centrées sur un travail sur l'intrapsychique.

Puis, ont été abordées différentes thérapies axées sur la relation interpersonnelle.

Dans une deuxième partie, nous avons demandé à des collègues de s'atteler à des thématiques spécifiques du fonctionnement psychique (organisation *borderline* et personnalité paranoïaque, entre autres).

Une troisième partie s'articule autour du trauma, du sens et du changement, en livrant le regard de praticiens chevronnés en victimologie.

Enfin, une quatrième partie est consacrée à la problématique du changement dans les troubles de la personnalité.

Dans la première partie, nous avons souhaité constituer un écho, une racine, pour des approches classiques mais divergentes, parfois vécues comme s'opposant (sensibilité analytique, regard systémique, approche psychocomportementale, sensibilité psycho-corporelle).

En ce qui concerne les techniques comportementales, nous avons préféré les appeler techniques d'apprentissage et de désapprentissage pour les situer aussi dans un repérage éducatif. On retrouve dans la pensée même de Freud l'indispensable complémentarité entre un travail sur l'inconscient et un travail sur le Moi, un aspect psychothérapeutique et un abord éducatif ; comme par exemple, pour prendre en charge une problématique phobique, en conseillant de confronter le sujet avec l'objet phobogène.

Nous avons également souhaité confronter des praticiens aux techniques très spécifiques à ce questionnement autour du changement (EMDR, IVC, *Somatic Experiencing*, Thérapie par internet).

Et ce n'est pas un hasard si nous avons offert une place significative aux thérapies de la relation humaine, avec parallèlement une sensibilité humaniste et intégrative.

Concernant les thématiques spécifiques, nous nous sommes notamment intéressés à la question de la structure *borderline* et à celle de la personnalité paranoïaque.

Nous avons de plus souhaité articuler quelques problématiques concernant la thématique : psychothérapies *versus* psychotropes.

Enfin, un article s'intéresse tout particulièrement à l'intervention en psychiatrie de liaison.

Dans la troisième partie, est traitée la question du destin du trauma. Et après un repérage autour de trauma et sens, des cliniciens spécialisés en victimologie traitent de l'évolution dans le psychisme de victimes, après leur propre repérage de la symptomatologie post-traumatique.

Les items, propres à chacun, en rapport avec leur référence théorique et leur sensibilité dans la pratique, font apparaître des intersections mais aussi des complémentarités particulièrement utiles.

Dans la quatrième partie portant sur les troubles de la personnalité, nous avons donné la parole à des praticiens exposant leurs techniques pour susciter le changement, en associant travail psychologique ou abord éducatif. Cette pratique de terrain est illustrée par des vignettes cliniques.

Deux auteurs se sont risqués, à évaluer de façon pragmatique le changement pour situer par ailleurs la difficile question de la prévention.

Tous les auteurs ont tenté, chacun à leur manière, de répondre au défi de questionner le changement, dans leur repérage théorique ou au sein de leur pratique.

Cet ouvrage s'inscrit dans un esprit d'ouverture qui donne à voir une écoute entre pairs – comme un groupe de parole de praticiens s'inspirant les uns des autres, dans ce travail psychothérapeutique au quotidien – avec une réflexion théorique se voulant plus complémentaire que contradictoire, et ce, dans une sensibilité humaniste et intégrative.

Dr Roland COUTANCEAU

PARTIE I

Techniques thérapeutiques et changement

- **Chap. 1** Les psychothérapies cognitives et comportementales 2
- **Chap. 2** Le changement en mouvements 10
- **Chap. 3** Thérapie en sexologie et changement 24
- **Chap. 4** Hypnose, changement et victimologie 36
- **Chap. 5** Le psychodrame : un cheval de Troie thérapeutique 45
- **Chap. 6** La question du changement selon la Somatic Experiencing® 55
- **Chap. 7** Le processus de changement en psychothérapie EMDR 66
- **Chap. 8** Le changement en thérapie par Intégration du Cycle de la Vie 72
- **Chap. 9** Pour une approche intégrative du changement 83
- **Chap. 10** Psychothérapies : la question du changement ? 95
- **Chap. 11** Psychothérapie humaniste et changement 103

Chapitre 1

Les psychothérapies cognitives et comportementales

Pourquoi et comment changer ?

Jean Cottraux

*« Tout est affaire de décor
Changer de lit changer de corps
À quoi bon puisque c'est encore
Moi qui moi-même me trahis. »*
Louis Aragon (1956)

DÈS LEUR DÉBUT dans notre pays, les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) se sont présentées comme des stratégies du changement (Cottraux, 1978). Elles ont connu depuis une évolution rapide, du fait de nombreux travaux cliniques et de recherches sur leur efficacité et leurs processus.

QU'EST-CE QUE LA TCC ?

Les TCC appliquent les principes de la psychologie scientifique à la résolution des problèmes psychopathologiques. Elles se sont fondées, en premier lieu, sur les théories de l'apprentissage : l'apprentissage classique, l'apprentissage opérant,

l'apprentissage social par observation de modèles. Puis, sans négliger l'apport de ces modèles initiaux, elles ont pris pour référence le modèle cognitif du traitement de l'information qui s'articule aux données des neurosciences.

La figure 1.1 résume le modèle actuel qui intègre différents niveaux de causalité et d'analyse des perturbations qui amènent le patient à demander un changement.

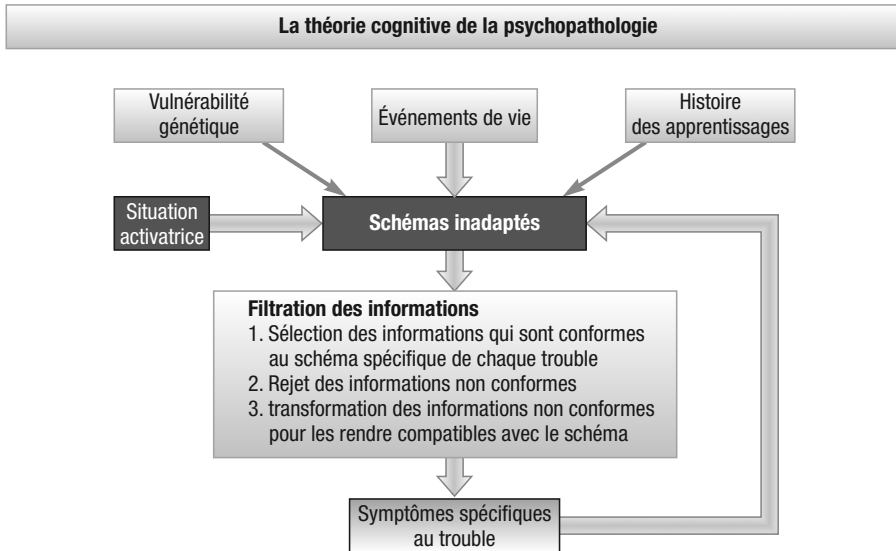


Figure 1.1. La théorie cognitive de la psychopathologie

Aujourd'hui, les TCC sont le courant de psychothérapie le mieux validé avec 269 méta-analyses qui montrent une efficacité prouvée, ou une présomption d'efficacité, dans la quasi-totalité des troubles psychopathologiques, y compris les troubles de la personnalité (Hofmann, 2012).

► Stratégie et tactiques du changement

La TCC est une psychothérapie focalisée sur des objectifs établis avec le patient et qui se déroule sur dix à cent séances, structurées suivant la nature du trouble pris en compte. Les troubles anxieux et la dépression nécessitent une vingtaine de séances ; les troubles de la personnalité, une centaine. La réhabilitation des états psychotiques, ou la prise en charge du trouble du spectre autistique, peut

se dérouler sur plusieurs années de pratique intensive. La TCC se définit par douze caractéristiques fondamentales.

1. Elle se présente sous forme de manuels pratiques auxquels chacun peut se référer. Il s'agit souvent d'ouvrages de base accessibles au grand public, ou de mini-guides ad hoc donnés par le thérapeute ;
2. Elle suscite des espoirs de changement et des attentes positives d'efficacité et, de ce fait, restaure le moral et fait appel à l'optimisme ;
3. Une alliance thérapeutique positive se noue entre le patient et le thérapeute. Un rapport de collaboration empirique s'établit entre le patient et le thérapeute, qui interagissent comme deux chercheurs travaillant sur un problème commun, à propos duquel ils formulent des hypothèses. Cette alliance représente le socle du changement, ce qui va faciliter l'acceptation des méthodes spécifiques proposées et leur mise en œuvre (Cungi, 2006) ;
4. La thérapie commence par une psychoéducation : en particulier, elle précise ses modalités et donne une information concernant le trouble en cause. Ainsi, le patient n'est pas passif et développe, en s'appuyant sur le thérapeute, la capacité d'agir sur son propre problème ;
5. Le thérapeute aide le patient à faire une analyse fonctionnelle synchronique (actuelle) des facteurs qui déclenchent et maintiennent les difficultés qu'il souhaite traiter. Il l'aide aussi à effectuer une analyse fonctionnelle diachronique (historique) des facteurs de déclenchement, et de maintien de ses troubles actuels. La mise au jour et la modification des schémas cognitifs dysfonctionnels conscients et inconscients sont une partie importante de la thérapie. Le rôle des expériences précoces dans le façonnement des problèmes actuels est reconnu et étudié avec le patient par un historique des schémas cognitifs ;
6. Les systèmes de croyances dysfonctionnels et les interprétations erronées de la réalité sont modifiés progressivement par des techniques, comportementales, cognitives, émotionnelles et interpersonnelles ;
7. La thérapie propose un affrontement progressif du malaise et favorise l'acceptation des émotions, qu'elles soient positives ou négatives. C'est le principe d'exposition graduée, prolongée et répétée qui est souvent utilisé dans les phobies, les TOC, le stress post traumatique et les dysfonctions sexuelles. L'objectif est de modifier les réponses de peur et d'évitement d'une situation provocatrice d'anxiété. L'exposition permet la mise en place d'une réponse d'habituation émotionnelle et l'extinction des comportements d'évitement,

ce qui représente concrètement pour le patient une véritable victoire sur lui-même ;

8. La thérapie met en place des stratégies de résolution de problème qui permettent au patient de mieux gérer sa vie et de prendre des décisions après avoir envisagé longuement les avantages et les inconvénients, ainsi que la validité d'une solution et sa faisabilité ;
9. Des plans d'action sont mis en place, en accord avec le patient. Ce sont des expériences comportementales qui permettent de modifier les cognitions négatives et les émotions pénibles ;
10. Le but ultime de la thérapie est de changer la vie du patient, en fonction de ses valeurs personnelles, et d'accroître son bien-être. De nouvelles formes de thérapie comme la thérapie du bien-être, fondée sur les principes de la psychologie positive, sont venues enrichir la TCC. La thérapie du bien-être intervient sur plusieurs dimensions : le sens de la vie, le développement personnel, les relations interpersonnelles, l'autonomie, le sens de la maîtrise de l'environnement et de l'acceptation de soi. Elle permet de traiter avec succès les symptômes résiduels de dépression chez les patients qui ont reçu une thérapie cognitive (Cottraux, 2012) ;
11. Il est possible de déterminer si la thérapie a échoué ou réussi, en fonction des objectifs fixés au départ par le patient et de mesures qui sont effectuées, sous la forme d'échelles d'évaluation ou de mesures directes des comportements et des émotions ;
12. La TCC présente des effets neurobiologiques mesurables par les techniques de neurosciences. Il existe actuellement une vingtaine d'études de neuro-imagerie cérébrale qui permettent d'établir des changements fonctionnels dans la connectivité cérébrale des répondeurs à la TCC (Cottraux, 2013).

● *La motivation au changement*

Comme l'écrivait Anatole France (1896) :

« Tous les changements même les plus souhaités ont leur mélancolie. »

Il est donc naturel pour un individu ou un groupe de résister au changement, surtout s'il est trop rapide. Il en résulte qu'il faut laisser au patient la décision et le choix du rythme des modifications. C'est ce que fait le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente (1986). Il se fonde sur le développement du sentiment d'auto efficacité étudié par Albert Bandura (2007) qui a souligné l'un des paradoxes du changement : même si le changement est, de manière ultime,

cognitif, le meilleur moyen pour changer les structures cognitives est d'aider le patient à accomplir des actions qui démentent son sentiment d'incapacité à agir et la croyance que ses actions n'aboutiront à aucun résultat tangible. Le thérapeute doit aider le patient à évaluer d'une manière plus objective ses attentes d'efficacité et de résultat et renforcer leurs aspects positifs. Freeman et Nolan (2001) ont appliqué ce modèle à la psychothérapie cognitive, et ils ont décrit dix phases dans ce cycle.

1. *Anticontemplation* : le sujet est contre l'idée même de psychothérapie ;
2. *Non contemplation* : il ne l'envisage pas comme une solution pour lui ;
3. *Pré contemplation* : il considère les raisons, la possibilité et les conséquences de la psychothérapie, et les changements qu'elle peut induire. À ce stade, les processus de changement résultent de motivations externes : symptômes d'anxiété, de dépression, de stress, etc., phases de la vie, risque de perdre son statut social ;
4. *Contemplation* : il envisage une thérapie dans les six mois car des changements sont nécessaires. Il admet qu'il a un problème et qu'il va étudier les possibilités et le coût (psychologique et financier) du changement. Il se prépare. Les processus de changement à ce stade sont : l'observation d'autrui, la recherche d'information, la prise de conscience, la confrontation par les autres à son problème ;
5. *Planification de l'action* : décision de rendez-vous avec un thérapeute ;
6. *Action* : entrée en psychothérapie, travail sur soi, modification progressive des comportements, des émotions et des attitudes dysfonctionnelles ;
7. *Maintenance* : maintien et optimisation du changement ;
8. *Pré-défaillance* : apparaissent des pensées négatives vis-à-vis de la psychothérapie et la nostalgie des vieux comportements ;
9. *Défaillance* : diminution des acquis ;
10. *Rechute* : retour à l'état initial et sortie du cycle du changement. À ce point, le patient arrête la thérapie. Cependant, il a la possibilité de revenir dans le cycle comme pré contemplateur et de refaire plus ou moins vite le parcours vers l'action psychothérapique.

La tâche du psychothérapeute est d'aider l'individu à passer d'un stade à l'autre du cycle aussi rapidement que possible. Mais il responsabilise le patient en lui disant que lui seul est l'agent du changement et qu'il n'a pas, lui thérapeute, le pouvoir de la changer, même s'il le souhaitait.

La figure 1.2 représente le cycle motivationnel proposé par Freeman et Nolan.

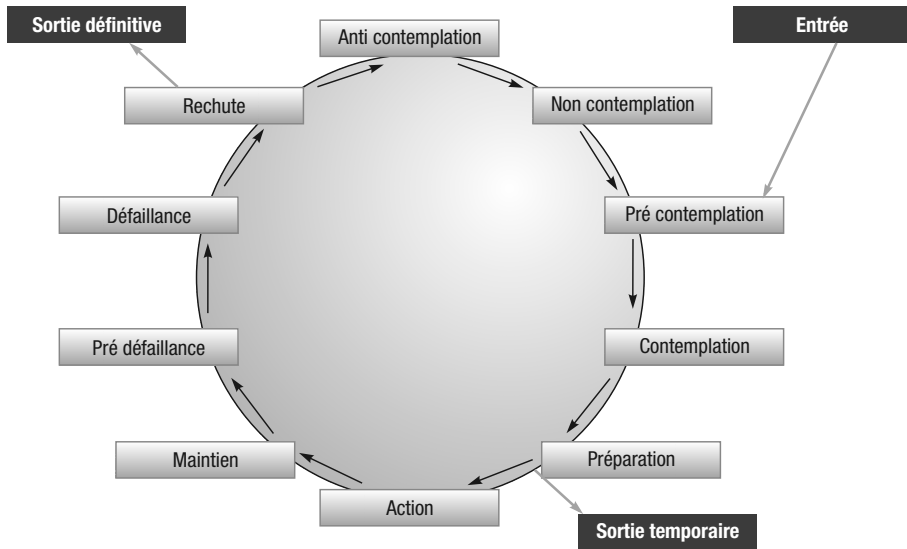


Figure 1.2. Psychothérapie et cycle motivationnel

► Changement et personnalité

Les TCC se sont intéressées depuis les années 1990 aux troubles de personnalité, ce qui a donné lieu à une vingtaine d'études contrôlées qui ont validé sa démarche. Il en existe trois formes principales dont les techniques se recourent souvent : la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 2006), la thérapie cognitive (Cottraux *et al.* 2009) et la thérapie des schémas (Giesen Bloo *et al.* 2006).

L'étude attentive des troubles de la personnalité met en évidence un processus qui verrouille le changement et entraîne une souffrance considérable : la répétition indéfectible des mêmes comportements qui s'oppose au désir sincère de changement. Cette répétition peut être conceptualisée comme un scénario de vie (Cottraux, 2001). Un scénario de vie est une situation piège dans laquelle une personne se débat, sans succès, et qui se répète, en de nombreuses occasions, tout au long de la vie. Les personnes font sans cesse la même chose, en espérant que les résultats vont être différents et sont entraînées dans la spirale descendante de l'insuccès. Ainsi les femmes qui épousent et réépousent des hommes

violents ou toxicomanes, ou qui redoutent l'abandon et le provoquent par leur suspicion. Ou encore des hommes soumis aux ambitions familiales, qui après une réussite sociale importante, font une dépression avec un profond sentiment d'échec et d'imposture.

Chacun des types de personnalité exprime des schémas profonds qui résultent à la fois du tempérament biologique, inné, des événements de la vie et des effets de l'environnement familial et social. Cette répétition « automatique » nous amène à aborder le problème de l'inconscient sous un angle nouveau. On peut distinguer trois formes d'inconscients (Cottraux, 2001).

● *L'inconscient biologique*

Il correspond à l'activité neuronale automatique en réseau et au fonctionnement neuroendocrinien. Il sous-tend les processus cognitifs conscients et les émotions. L'action sur ce type d'inconscient peut être aussi bien pharmacologique que psychologique.

● *L'inconscient environnemental*

Il est fait de notre éducation, mais aussi des traumatismes graves qui peuvent imprimer leur marque sur la personnalité de chacun. Les mythes et la culture façonnent les individus à leur insu. À cette régulation automatique par l'environnement s'oppose la notion d'autocontrôle et d'autodétermination. Il ne suffit pas d'augmenter la prise de conscience de ses motivations internes (*insight*) pour obtenir un changement, il faut aussi que chaque personne prenne conscience de ce qui de l'extérieur, parfois, la contrôle totalement (*outsight*).

● *L'inconscient cognitif*

Les neurosciences cognitives décrivent, aujourd'hui, l'inconscient comme un ensemble de processus de traitement subliminal de l'information et de mémorisation, qui se déroulent sans faire appel à la conscience (Dehaene, 2014). La TCC accorde une place centrale à la notion de schéma cognitif, qui se définit comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme et qui va se combiner avec une situation ou une idée pour déterminer comment cette situation ou cette idée doit être perçue et interprétée. Les schémas précoces inadaptés (Young, 2005) sont constitués de souvenirs, d'émotions, de pensées et de sensations corporelles. Ils concernent la personne et ses relations avec les autres. Ils peuvent résulter d'expériences traumatiques, ou de carences affectives précoces