

Pour une thérapie brève

Luc Isebaert
Marie-Christine Cabié

POUR UNE THÉRAPIE BRÈVE

LE LIBRE CHOIX DU PATIENT COMME ÉTHIQUE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Préface de Steve de Shazer

The logo for Éditions érès features a stylized lowercase 'é' with a grey circular background. To its right, the word 'éditions' is written vertically in a small font, and the word 'érés' is written horizontally in a larger, bold, lowercase font.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Première édition parue dans la collection « Relations »
© Éditions érès, 1997

ISBN PDF : 978-2-7492-5023-6
ME - 2000
© Éditions érès 2015
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Table des matières

AVANT-PROPOS À L'ÉDITION DE POCHE, <i>Marie-Christine Cabié</i>	7
PRÉFACE, <i>Steve de Shazer</i>	9
INTRODUCTION.....	11
1. CHOIX ET SOLUTIONS, QUELQUES REPÈRES THÉORIQUES	30
Au-delà de l'homéostasie	30
Un modèle « post-postmoderne ».....	32
Choisir de choisir	34
Au-delà de la fonction du symptôme	36
Du langage des problèmes au langage des solutions (I)	38
Éloge de la brièveté	40
2. LE MODÈLE DE BRUGES	47
Sens et action : une épistémologie de la thérapie.....	47
Eusémie.....	52
Euhérésis	64
Vers la transcontinuité	80
3. LA RELATION THÉRAPEUTIQUE	90
La construction de la relation thérapeutique	90
Du langage des problèmes au langage des solutions (II)	97
Obtenir un mandat	108
Les objectifs.....	115
4. SOPHIE : CONSTRUIRE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE	128
5. VERS LA PRATIQUE : LES NIVEAUX DE RELATION	154
Problème ou limitation	156
La relation engagée.....	158

La relation de recherche	167
La relation de consultance.....	201
La relation d'experts.....	204
6. KARINE : UNE DÉPRESSION CHRONIQUE ?	205
7. LE PREMIER ENTRETIEN ET LES SUIVANTS.....	222
Le premier entretien.....	222
Les entretiens suivants.....	240
Le génogramme « solutionniste » et le cas de michèle	242
8. LAURENCE : UN RITUEL AUTOPRESCRIT.....	250
CONCLUSION : LE CHOIX COMME ÉTHIQUE.....	269
BIBLIOGRAPHIE.....	273

Remerciements

La rédaction de ce livre fut longue. Heureusement, plusieurs amis nous ont aidés et soutenus.

Nous aimerions remercier :

- pour leur participation directe à la rédaction : le D^r Lieve Vandenbulcke, Mme Adeline Fride, le D^r Jean-Claude Benoit, M. Louis Cauffman et le D^r Myriam Lefevère de Ten Hove ;
- pour l'apport de leurs réflexions : M. Michael Houseman, le D^r Marika Moisseeff, M. Erwin de Bisscop, le D^r Hans van den Aemele, le D^r Maurice Wajeman, M^{me} Jeanne Wajeman, le D^r Cornélia Masi, le D^r Malena Gille, le D^r Marianne Grilhé, le D^r Daniel Chardin, M^{me} Carole Gammer ;
- pour leur soutien et leurs conseils : M. Steve de Shazer, M^{me} Insoo Kim Berg, M^{me} Yvonne Dolan, le D^r Yves Colas et M. Jeffrey Zeig ;
- enfin pour leur patience, leur soutien et leur aide active : M. Jean-Charles Jacquemin et M^{lle} Adeline Jacquemin.

Avant-propos à l'édition de poche

Élaboré par Luc Isebaert et un groupe de thérapeutes belges et français, le modèle de Bruges fait partie des courants de thérapie systémique brève qui se sont développés depuis les années 1960. Tous continuent à évoluer s'influençant et s'enrichissant mutuellement. Steve de Shazer a eu une place à part dans l'évolution du modèle de Bruges qui a progressivement intégré les idées et techniques venant de la thérapie orientée vers les solutions.

Pour une thérapie brève. Le choix du patient comme éthique en psychothérapie, notre premier ouvrage, présente les bases théoriques de ce modèle et des outils techniques facilement utilisables. Des exemples cliniques illustrent le processus thérapeutique mis en œuvre. Il en permet une première approche. Sur le plan théorique, il intègre l'évolution du monde des problèmes vers le monde des solutions, il met l'accent sur le rôle du thérapeute dans la création d'un contexte dans lequel le patient retrouve la liberté de choisir et sur l'importance de la relation thérapeutique, principal outil du thérapeute. C'est l'analyse de la qualité de la relation thérapeutique qui guide le thérapeute dans l'élaboration de sa stratégie thérapeutique. Ce livre permet déjà à son lecteur d'utiliser ce modèle dans sa pratique.

Pendant les dix-huit années qui ont suivi sa première publication, nous avons poursuivi notre réflexion à partir de notre pratique et avons approfondi le modèle. Nous avons ainsi

questionné la notion d'habitudes et leur rôle dans notre quotidien et dans le changement en thérapie. Nous avons affiné les stratégies thérapeutiques utilisables en fonction des problématiques et de la qualité de la relation thérapeutique. Nous avons intégré d'autres techniques venant d'autres courants de thérapie. Enfin, nous avons continué à réfléchir à une façon de construire la relation thérapeutique qui mette le patient au travail, qui fasse que ce soit lui qui dirige la thérapie dans une co-construction avec le thérapeute. Notre réflexion s'est nourrie notamment des travaux de Bruce Wampold, de Scott Miller et de Barry Duncan qui ont montré que le facteur le plus important dans la réussite d'une thérapie est le patient. Puis viennent le thérapeute et la relation thérapeutique. Ces travaux ont conforté notre conviction première que le thérapeute est un créateur de contextes évolutifs (choix, solution, créativité) dans lequel le patient peut choisir de changer dans la direction qu'il souhaite. De ces années est né un nouvel ouvrage, *Alliance thérapeutique et thérapies brèves*¹.

Si *Pour une thérapie brève* peut être considéré comme le livre de base d'une première année de formation au modèle de Bruges, *Alliance thérapeutique et thérapie brève* est l'ouvrage nécessaire à son approfondissement.

Marie-Christine Cabié

1. L. Isebaert avec M.-C. Cabié et H. Dellucci, *Alliance thérapeutique et thérapie brève. Le modèle de Bruges*, Toulouse, érès, coll. « Relations », 2015.

Préface

Souvenez-vous du jeu de votre enfance, dans lequel vous chuchotez quelque chose à l'oreille de la personne à côté de vous, qui à son tour chuchote ce qu'elle a entendu à la personne à côté d'elle, etc. Quand la dernière personne dans le cercle entend le message de l'avant-dernière, les phrases n'ont souvent que très peu ou même plus aucune ressemblance avec votre message initial.

Ceci illustre l'un des aspects sociaux et interactionnels de la communication dont on ne tient souvent pas compte : le message reçu n'est pas nécessairement – ni même généralement – le même que celui qui fut envoyé. Il n'y a pas – et il ne peut pas y avoir – de réponse à cette question importante : à la fin du voyage autour du cercle, de qui est le message ?

Quand le message d'origine est aussi complexe que la thérapie brève orientée sur les solutions, la résultante des péripéties du message peut être si tordue que les initiateurs en arrivent à se demander si quelqu'un a vraiment été à l'écoute, ou bien, dans de rares occasions, les changements survenus dans le message amènent les initiateurs à dire : « Mais bien sûr ! Voilà ce que nous voulions dire depuis le début ! »

C'est ce qui se passe à la lecture du livre de Luc Isebaert et de Marie-Christine Cabié.

La thérapie brève orientée sur les solutions se sert des objectifs du client pour guider toutes ses méthodes et démarches thérapeutiques. Il est d'une importance capitale d'aider le client à décrire ce qu'il ou elle attend exactement de la thérapie ; ceci vaut pour toute la thérapie, et tout particulièrement pour la première séance. En

fait, il ne serait pas exagéré de dire qu'en thérapie brève orientée sur les solutions, si le client et le thérapeute ont des objectifs différents, le thérapeute est dans l'erreur.

Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié ont repris cette optique dans un contexte différent : la dichotomie choix/léthique pourrait être reformulée ainsi : choix = éthique et/ou éthique = choix.

Ainsi, quand par exemple quelqu'un qui a un problème avec l'alcool vient en thérapie en voulant changer sa façon habituelle de boire, il ou elle a souvent l'impression de ne pas avoir le choix ; s'il y a une bouteille de bière sur la table, il ou elle doit la boire. Cette « compulsion » lui est claire. Il faut définir et décrire soigneusement de quel changement dans ses façons de boire le patient pourrait avoir besoin. Quel que soit l'objectif particulier que choisit le patient, si (en tant qu'un des résultats de la thérapie), il en arrive à croire qu'il y a un choix et qu'il peut être aussi bien « oui » que « non », alors l'action de boire (ou de ne pas boire) cette bouteille de bière devient une autre activité : un choix plutôt qu'une compulsion. Une activité volontaire a remplacé une activité involontaire.

De mon point de vue, et à la suite de Wittgenstein, l'éthique peut être montrée plutôt que discutée ou décrite directement. De ce fait, la description des méthodes et des démarches qu'utilisent thérapeutes et patients/clients pour augmenter les choix indique exactement l'éthique de la thérapie brève orientée sur les solutions et le travail de Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié. Ces méthodes et démarches peuvent – et généralement arrivent à – amener le patient/client à obtenir ce qu'il attendait de la thérapie. Mon espoir est que ce message restera clair pendant son voyage autour du cercle. Il est certain qu'un autre message de ce livre est que tout ce que le thérapeute et le patient/client font ensemble et qui limiterait ou restreindrait les choix du patient est contraire à l'éthique. J'ai espoir que ce message-là, lui aussi, restera clair tout au long de son voyage autour du cercle.

Steve de Shazer

Introduction

Tout commença pour nous à une époque – les années soixante-dix – où, pour être accepté comme des gens sérieux et pour se sentir sérieux soi-même en tant que thérapeute, il convenait de faire référence à des théories compliquées. Cela est peut-être toujours nécessaire, mais est-ce aussi utile ? C'est une des nombreuses questions que nous nous posons encore. Pour permettre d'en juger, nous suivrons d'abord le cheminement de Luc Isebaert.

« J'ai commencé ma formation en psychiatrie en Thurgovie suisse, à Münsterlingen sur le lac de Constance, chez Roland Kuhn vers lequel m'avait dirigé un lacanien et phénoménologue belge, Jacques Schotte. Roland Kuhn était célèbre à deux titres : il avait identifié et développé le premier antidépresseur tricyclique, l'imipramine ; et il était le dauphin de l'initiateur de la Daseinsanalyse, Ludwig Binswanger, directeur de la clinique psychiatrique de Kreuzlingen.

Ludwig Binswanger fut un penseur original. Imprégné de la psychopathologie allemande, celle de Kraepelin, de Bleuler et de Karl Jaspers, et ami de Sigmund Freud, il essaya de bâtir dans les années trente une psychopathologie fondée sur la pensée de Husserl et plus encore sur celle de Heidegger, dont *L'être et le temps* lui servit de trame théorique pour son œuvre principale *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*

(Binswanger, 1962). Il y développa une psychopathologie basée sur des catégories relationnelles plutôt que psychologiques, avec des chapitres intitulés « Prendre quelqu'un par la main », « Prendre quelqu'un par le bout du nez », « Prendre quelqu'un par l'oreille », etc., catégories qui, transposant l'ontologie heideggerienne à la pratique clinique, brisèrent pour la première fois le carcan cartésien de la psychologie intrapsychique.

Le patient n'était plus seulement une machine à pulsions, à refoulements, à mécanismes intrapsychiques de toute nature, il était d'emblée et avant tout un animal relationnel : un être inconcevable sans sa réalité environnante, sans son système.

Revenant de Suisse, je commençai à travailler comme psychiatre en Flandre, à Courtrai, dans le service psychiatrique d'un hôpital général, propriété de mutuelles (et de ce fait affilié aux syndicats) chrétiennes. L'afflux de patients était très grand, de l'ordre de cinq cents nouveaux cas par an. Il y avait peu de réticence pour venir me consulter : un grand nombre de patients n'avaient pas conscience d'aller voir un psychiatre. Ils venaient soigner leurs nerfs, comme ils auraient soigné leur nez ou leur estomac. Vers la même époque, je faisais mon analyse didactique chez un analyste aussi taciturne qu'excellent ; au bout de quatre ans de cet exercice, il m'était devenu clair que si la théorie était fort intéressante, la technique ne m'était d'aucune utilité pour 95 % de mes patients. Je recevais mes patients deux, cinq ou dix fois. La plupart allaient mieux. Même si j'avais voulu faire un travail plus « profond », eux n'en voyaient pas l'utilité. J'écoutais activement leurs problèmes, j'étais empathique, aimable et respectueux, je m'ingéniais à leur donner des conseils qui ne s'éloignaient pas trop de ce qu'ils essayaient déjà de faire eux-mêmes pour s'en sortir.

Je ne le savais pas, et sans doute m'en serais-je défendu si on me l'avait dit, mais j'étais en train de devenir, avec leur aide, un thérapeute bref à la façon de Monsieur Jourdain.

Une première pierre de ce qui allait devenir notre modèle était posée : celle de l'attitude fondamentale du thérapeute, faite d'empathie, de respect, d'authenticité et du souci du bien-être du patient. Carl Rogers (1951) avait écrit que ces attitudes étaient les qualités de base du thérapeute (ou, pour utiliser sa terminologie, du facilitateur). Les travaux des écoles intégratives, comme ceux de Prochaska et Norcross (Norcross, 1986) ou éclectiques comme ceux de Lazarus (1981) tout comme ceux de Van Dyck, allaient confirmer leur importance en tant que facteurs non spécifiques (« facteurs placebo ») en psychothérapie.

Pour nous, la thérapie structurale de Minuchin (1974 ; Minuchin et Fishman, 1981), que Théo Compennolle rapporta des États-Unis, coula ces éléments dans un cadre technique : celui de l'affiliation. Avant de restructurer, il fallait s'adapter, avant de changer les règles, il fallait les respecter.

La thérapie familiale offrit un cadre et une justification à ce que, inspirés peut-être par Binswanger mais répondant surtout à des considérations pragmatiques, nous avons commencé à faire : pour se donner du courage, les patients se faisaient souvent accompagner par un époux, un parent, voire un ami ou un voisin. Au lieu de mettre tout ce monde à la porte au nom du sacro-saint colloque singulier, nous acceptions leur présence, et la thérapie n'en devenait que plus facile.

Avec Théo Compennolle et Anita Devos, le LIST (Institut de Louvain des thérapies systémiques) fut fondé. Avec Yves Colas à Lyon, notre équipe mit sur pied la première formation longue à la thérapie familiale en France.

C'est à ce moment, en 1983, que mon parcours rejoint celui de Marie-Christine Cabié.

Nous suivrons donc, à présent, son parcours.

« J'ai commencé à m'intéresser à la psychiatrie au moment où la thérapie familiale faisait son apparition en France. J'ai eu l'opportunité de m'intégrer à une équipe de thérapie familiale systémique qui se créait à l'Hôpital international universitaire de Paris, dans le service du Professeur Flavigny. Ces premiers pas ont confirmé mon intérêt pour cette approche et m'ont conduite à approfondir le début de formation que j'ai pu avoir au sein de cette équipe. Pour cela, il m'a semblé important d'une part de suivre des formations spécifiques et d'autre part d'appliquer ces nouvelles connaissances dans ma pratique. J'ai eu la chance de pouvoir le faire dans tous les services où j'ai travaillé. Néanmoins, c'est dans le service du Dr Maurice Wajeman, où je suis arrivée comme interne en 1981, que j'ai pu réellement mettre en œuvre l'approche systémique dans le travail institutionnel, étant à la fois déléguée et soutenue pour cela. Dans un premier temps, je me suis centrée sur le travail hospitalier proprement dit : comment créer une alliance thérapeutique avec les familles des patients hospitalisés ? Comment se servir de l'approche systémique dans le travail de déchronicisation ? Enfin, comment appliquer les thérapies systémiques brèves dans le Centre d'accueil et de crise que j'ai ouvert en 1992 ? Ma formation fut, au début américaine avec Salvador Minuchin puis Carl Whitaker, ensuite européenne avec Théo Compernelle, Luc Isebaert et Carole Gammer. »

Ainsi, la thérapie familiale fit de nous deux de meilleurs techniciens.

Mais l'intérêt pour la technicité du métier risquait de dégénérer en une fascination pour les « trucs » brillants que le thérapeute sortait de son chapeau. Au début des années quatre-vingt, les interventions paradoxales étaient à la mode. Aux paradoxes du système du « patient désigné », le thérapeute répondait par un contreparadoxe. Aussi intéressante que fût la

théorisation des écoles de Palo Alto, de Milan ou de Rome, leur pratique ne semblait se fonder que sur la prescription du symptôme et sur la connotation positive, formulée de façon à faire réagir le patient contre la bonne opinion qu'avait de lui le thérapeute. Des trésors d'ingénuité étaient déployés pour formuler des messages ou des tâches auxquels le patient résisterait ; il était censé trouver son salut dans cette résistance. Dans bien des cas, dans son message de fin de séance, le thérapeute jouait son va-tout ; le patient abandonnait ses symptômes ou sa thérapie.

Tout cela nous semblait trop aléatoire. Le modèle hiérarchique et pédagogique minuchinien, s'il était efficace là où un enfant était le patient désigné, ne convenait guère aux adultes ; et le modèle paradoxal ne s'intéressait ni aux objectifs que poursuivait le système, ni au mandat confié au thérapeute. Il nous semblait que quatre questions devaient orienter notre démarche :

1. Quelle est l'épistémologie du changement ? Qu'est-ce qui rend un changement thérapeutique ? Quelles modifications constituent de véritables changements ?
2. Quelle est la vision de l'être humain et de sa réalité environnante qui serait utile en thérapie ?
3. Quelle doit être l'attitude fondamentale du thérapeute ?
4. Quelles sont les interventions thérapeutiques qui aident efficacement le patient et son système à atteindre leurs propres objectifs ?

Gregory Bateson et l'analyse de ses travaux par Bradford Keeney nous servirent de repère pour la première question. Pour la seconde ce fut à nouveau Bateson et Alfred Korzybski. Enfin pour les deux dernières questions, ce furent Milton Erickson, le protéiforme, et tous ceux qui essayèrent de décoder son œuvre.

Les quatre questions précitées nous éloignèrent rapidement de Minuchin comme de Haley. Bateson était là pour nous

avertir : attention à la torpeur mentale induite par les principes dormitifs ! Les concepts ne sont pas des choses ; le pouvoir, les règles du système comme l'homéostasie ou la résistance ne se promènent pas dans la réalité, elles ne vivent que dans l'esprit du thérapeute qui croit les discerner. Il est futile de vouloir « vérifier » une hypothèse thérapeutique ; qu'elle soit utile ou non, qu'elle aide ou non à induire un changement qui fait une différence, elle n'est pas « vraie » pour autant. Seuls les événements, les faits sur lesquels elle repose peuvent avoir lieu dans la réalité.

La rigidité, pour ne citer qu'un autre concept à la mode au début des années quatre-vingt (Andolfi), n'« existe » pas ; elle n'est qu'une manière de décoder des patterns qui, s'ils restent constants, ne sont pas pour autant immobiles et ne cessent de changer dans cette danse du concept « MIND » intraduisible par lequel Bateson exprima l'ensemble des patterns qui relie à l'infini les êtres dans le temps.

« La carte n'est pas le territoire » : ce fut peut-être la phrase la plus citée de la littérature systémique de l'époque. Pourtant, son auteur, Alfred Korzybski, restait largement inconnu. Il est vrai que la lecture de *Science and Sanity*, son livre principal, est une entreprise rébarbative qui n'est pas sans requérir de la part du lecteur une bonne dose de masochisme. Des concepts importants y sont pourtant élaborés, et ce n'est pas un hasard si des penseurs aussi différents que Gaston Bachelard, Gregory Bateson, Albert Ellis, le père de la thérapie rationnelle-émotive, ou Richard Bandler et John Grinder s'en sont inspirés. La notion de réaction sémantique nous apparut essentielle pour répondre du versant émotionnel du processus

thérapeutique : il s'agit de l'acte fondamental dans lequel je constitue ma réalité en lui donnant un sens, mon sens. Dans cet acte, tout à la fois, je réagis à la réalité dans mes émotions, je la comprends par ma logique, je l'appréhende pour opérer sur elle, et je la symbolise par ma parole. Cette action sémantique dans laquelle je m'approprie la réalité, la faisant mienne tout en me libérant d'elle, cet acte désaliénant où je choisis le sens qu'elle aura pour moi, Korzybski le mit à jour avec plus de bonheur que ceux qui, comme Bergson, William James ou de Saussure, l'avaient précédé.

Vue sous cet angle, la pathologie survient quand, en donnant son sens à ma réalité, je m'engage dans un sens unique : je deviens claustrophobe quand, par exemple, je ne peux plus ressentir que comme menaçants le tunnel ou l'ascenseur ; je deviens dépressif quand tout me semble triste, morne, gris.

Binswanger avait décrit dans son livre sur le délire (1962) comment la perception de tout ce qui est touché par le délire devient *eingleisig*, engagée sur une seule voie dont elle ne peut plus s'écarter, incapable d'intégrer les nuances qu'apporterait tout ce qui se situe en dehors de cette voie unique.

Il nous semble, à la suite de Binswanger et de Korzybski, que si les émotions symptomatiques (les émotions qui constituent des symptômes, telles l'angoisse, la tristesse, la répulsion, etc.) reviennent toujours dans le contexte déclenchant la pathologie, c'est qu'elles font partie d'une réaction sémantique figée. Du moment où le patient peut à nouveau choisir le sens qu'il veut donner à cet aspect de sa réalité, il peut se libérer de ces émotions désagréables.

La réaction sémantique qui, comme nous l'avons vu, comprend une part émotionnelle, se produit à un niveau inconscient, ou mieux encore, pour rester dans une métaphore topographique, à la lisière de la conscience.

La réalité perçue comprend beaucoup trop de paramètres pour qu'un choix conscient et raisonné puisse être fait. Pourtant il s'agit bien d'un choix. *Entre différents sens possibles, c'est celui-ci que je m'impose, aussi inévitable qu'il me paraisse.* Les émotions naissent « spontanément », mais elles émergent dans un contexte. Elles naissent au sein de la réaction sémantique en lien avec la réalité perçue. Le contexte extérieur et notre adaptation à celui-ci nous les font choisir. Pourtant le contexte extérieur n'est pas une partie constituante de nos émotions. C'est dans le terreau de notre contexte intérieur¹ que les émotions germent. La rencontre des deux contextes détermine l'émergence de nos émotions.

Pour les influencer, nous pourrions en théorie modifier l'un d'eux. Or, le contexte intérieur n'est pas directement accessible au changement : nous le percevons comme spontané, il nous apparaît comme un état de fait, ce qui nous paralyse pour le changer. Par contre, il nous est beaucoup plus facile d'agir sur le contexte extérieur. Souvent nous pouvons modifier la réalité elle-même. Au lieu de rester à se morfondre dans son fauteuil, une personne déprimée peut profiter du soleil s'il y en a, et aller se promener, ou s'il pleut, téléphoner à une amie. Dans d'autres cas, nous pouvons modifier la direction de notre attention et nous intéresser à la classe des solutions plutôt qu'à la classe des problèmes. C'est la voie du moindre effort pour le thérapeute, ou plus précisément de la moindre résistance. C'est à elle que nous donnons la préférence dans notre modèle.

Tel fut le second jalon dans l'élaboration de notre modèle. À partir de Korzybski pour la réaction sémantique et la vision ontologique, de Binswanger pour

1. Le contexte intérieur est le fruit de notre histoire, des joies et des souffrances passées, de l'orientation de nos préférences et de nos intérêts, des fluctuations de notre humeur. Y participent les émotions dites « nobles » comme la joie, le désespoir, mais aussi les émotions plus ordinaires comme l'appétit ou la fatigue, etc.