

Patrizia Montini Lirgg

**Interventions « approfondissantes » lors d'un
entretien initial – Une étude expérimentale et
analogue de différentes formes d'interventions**



Thèse de Doctorat
présentée devant la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg
(Suisse)
2004

Approuvé par la Faculté des Lettres sur la proposition de
Messieurs les Professeurs Dr. M. Reicherts et Dr. M. Perrez.

Fribourg, le 12 mai 2005
Le Doyen, Prof. Dr R. Friedli

Ogni uomo ha dei ricordi che vorrebbe poter raccontare soltanto agli amici. Ha in mente delle altre faccende che non rivelerebbe nemmeno agli amici, ma solo a se stesso e in gran segreto. Ma ci sono altre cose che un uomo ha paura di dire perfino a se stesso, e ogni uomo degno ne ha parecchie in mente.

Fëdor Dostoevskij, *Memorie dal sottosuolo*ⁱ
(1864, in LeDoux, 1998)

ⁱ Traduction libre: Chaque homme détient des souvenirs qu'il aimerait raconter seulement aux amis. De plus, il a en tête autres faits qu'il ne révélerait même pas aux amis, mais plutôt secrètement à soi-même. Mais, il y a d'autres choses qu'un homme a peur de dire même à soi-même, et chaque homme digne en a plusieurs en tête.

Remerciements

La réalisation de ce projet de recherche a été conçue durant mes cinq années d'assistantat auprès de la chaire francophone de psychologie clinique du Département de Psychologie chez le professeur Dr. Michaël Reicherts. Cette recherche s'est avérée être un travail d'équipe auquel plusieurs personnes ont contribué par leur participation bien particulière à son avancement. Le sujet de la thèse résulte d'une maturation qui s'est développée et enrichie au cours des années, d'une part grâce aux expériences thérapeutiques directes avec les clients, d'autre part, par mon travail d'assistantat qui m'a permis d'approfondir le thème grâce à l'apprentissage continu que seulement un tel poste peut offrir, sans bien sûr oublier les échanges fructueux avec les collègues de travail.

Ainsi, je tiens à remercier vivement le Professeur Dr. Michaël Reicherts qui, grâce à l'engagement pour ce poste, m'a permis d'effectuer une thèse qui traite un domaine qui m'est familier et qui m'a permis d'approfondir mes connaissances thérapeutiques. Son appui s'est avéré être une aide précieuse dans différents domaines, tant théoriques, méthodologiques que personnels.

Un grand merci est dédié aux deux thérapeutes Françoise Zurich et Sarah Koch qui par leur professionnalisme, engagement et patience, ont contribué à réaliser ce projet.

A ce propos, je tiens à remercier très particulièrement les 60 clients qui par leur authenticité, confiance et engagement ont décidé de partager leurs douleurs et espoirs durant la recherche.

De même, les étudiantes, Flavia Guidali, Sanja Glisic et Tanja Frei qui par leur engagement, persévérance, indulgence et patience ont contribué par leurs cotations à effectuer les analyses statistiques.

Pour un appui méthodologique et statistique soutenu, mais aussi en tant qu'ami, j'aimerais remercier en particulier Dr. phil. Eckehard Kuhlmei.

Un autre appui méthodologique et statistique m'a été offert par le Prof. Dr. Bernard Plancherel, Dr. phil. Laurent Rossier, lic. phil. Philippe Genoud et Dr. phil. Wilhelm Peter que je remercie.

Lic. phil. Laurence Defago m'a porté de l'aide fructueuse à différents moments dans la réalisation de ma thèse, je la remercie beaucoup.

Progin Thierry ; grâce à son appui technique, l'enregistrement des données a pu être réalisé.

A mes amis, lic. phil. Monica Arriola, lic. phil. Frédéric Baumann et lic. phil. Ryser Valérie-Anne, pour leur appui moral et leurs conseils.

J'aimerais aussi remercier tous les collègues du Département de Psychologie qui simplement par leur présence et leurs échanges m'ont apporté chacun à sa façon un soutien moral particulier.

Pour finir, je tiens à remercier de tout cœur mes parents Marisa e Francesco qui m'ont toujours soutenue dans les moments les plus difficiles.

Un grand merci tout particulier et affectueux, je le dédie à mon mari René qui a bien fait preuve d'indulgence et de patience tout au long des diverses étapes de ma thèse. Il a été pour la réalisation de ma thèse un appui moral bien important.

Berikon, Novembre 2004

Patrizia Montini Lirgg

RESUME

Cette étude est réalisée dans le cadre de la recherche sur les processus psychothérapeutiques et leurs effets, en fonction de différentes formes d'*interventions approfondissantes*. De plus, elle tient compte des caractéristiques préalables du client susceptibles de modérer l'impact cognitif et émotionnel de ces interventions.

Dans cette étude expérimentale et analogue, on applique trois types d'interventions (conditions expérimentales) réalisées lors d'un même entretien psychologique initial avec 60 sujets : deux *interventions approfondissantes*, (1) une séquence s'inspirant du *processus explicatif* (Sachse, 1992), une séquence s'inspirant de la *flèche descendante* (Beck, 1993) en thérapie cognitive, et (3) une séquence contrôle sans intervention *spécifiquement approfondissante*. L'impact cognitif et émotionnel de ces trois séquences d'interventions sur les sujets est évalué (1) dans l'immédiat, au niveau du processus thérapeutique, (2) à court terme, en tant que résultat à la fin de la séance, et (3) une semaine après la séance. L'impact cognitif et émotionnel est mesuré par différents outils : l'*échelle du traitement explicatif* (Sachse, 1992), l'*échelle des émotions d'Izard* (in Ouss et al., 1990), l'*ouverture émotionnelle DOE état* (Reichert, 1998), l'*évaluation des buts à atteindre* (EBA, Reichert & Pauls, 1998), l'*importance personnelle* et la *motivation pour le changement* et le *questionnaire après-séance pour le client*. Parmi les caractéristiques préalables du sujet pouvant modérer l'impact, sont analysées : la *charge psychique* (Derogatis, in Franke, 1994), l'*ouverture émotionnelle DOE trait* (Reichert, 1998), l'*extraversion* versus l'*introversion* (Eysenck & Eysenck, 1971) et le *locus of control* (Levenson, 1972, in Krampen, 1981), évaluées une semaine avant l'entretien.

Les résultats montrent un impact évident des interventions *approfondissantes* lors de l'*entretien initial* et parlent en faveur de celles-ci. Les caractéristiques des clients, comme leur *charge psychique* ou le profil d'*ouverture émotionnelle favorable* produisent un effet différentiel sur les deux types d'*interventions approfondissantes*. En ce qui concerne le *processus explicatif* qui, dans l'immédiat, a moins d'impact que la *flèche descendante*,

semble avoir une influence encore plus marquée une semaine après la séance qui dépasse celle de la *flèche descendante*. Cette étude a permis aussi de constater que les *interventions approfondissantes* agissent sur l'*importance personnelle* et sur la *motivation au changement* des clients.

1. INTRODUCTION	13
1.1 INTRODUCTION GENERALE	13
1.2 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE SUR LE PROCESSUS ET BREF SURVOL HISTORIQUE	16
1.3 OBJECTIFS GENERAUX DE LA RECHERCHE	18
1.4 SYNTHÈSE	21
2. CADRE DE RECHERCHE	22
2.1 LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION SUR LE PLAN COGNITIF ET AFFECTIF	22
2.1.1 L'approche cognitive et la relation entre cognitions et affects	22
2.1.2 Les théories cognitives dans une perspective clinique	29
2.1.3 Les connaissances en neurobiologie et leur influence sur les théories cognitives et thérapeutiques	36
2.1.4 Synthèse	40
2.2 LA PSYCHOTHÉRAPIE ET LE PROCESSUS DE CHANGEMENT	42
2.2.1 Les approches comportementales et cognitives	47
2.2.2 L'approche humaniste / expérientielle	52
2.2.3 Les nouvelles approches thérapeutiques	68
2.2.4 Synthèse	77
2.3 LES INTERVENTIONS	
«APPROFONDISSANTES	79
2.3.1 Le processus explicatif	84
2.3.2 La flèche descendante	95
2.3.3 Synthèse	100
2.4 L'ENTRETIEN INITIAL ET SES PARTICULARITES	103
2.4.1 Le fonctionnement et la gestion émotionnels du client	113
2.4.2 L'ouverture émotionnelle du client	121
2.4.3 Synthèse	126

3. QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE

RECHERCHE	130
3.1 LES QUESTIONS DE DÉPART	130
3.2 QUESTIONS DE RECHERCHE ET GROUPES D'HYPOTHÈSES	132
Groupe 1: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général et plus spécifiquement en fonction de leurs caractéristiques dans l'immédiat, au cours du processus thérapeutique	132
Groupe 2: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général et plus spécifiquement en fonction de leurs caractéristiques, à court terme, à la fin de l'entretien initial	134
Groupe 3: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général, une semaine après l'entretien initial	136
3.3 RÉSUMÉ DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	136
Groupe 1: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, au cours du processus thérapeutique	136
Groupe 2: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, à la fin de l'entretien initial	137
Groupe 3: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général, une semaine après l'entretien initial	138
3.4 LA DÉFINITION DES VARIABLES	138
3.4.1 Les variables indépendantes	138
3.4.2 Les variables dépendantes	138

4. MÉTHODOLOGIE	140
4.1 LES CLIENTS ET LES INTERVENTIONS EXPÉRIMENTALES	140
4.1.1 Les clients	140
4.1.2 Les interventions expérimentales	141
4.2 LES ÉLÉMENTS EXPÉRIMENTAUX	142
4.2.1 Les thérapeutes	142
4.2.2 L'enregistrement vidéo et audio	143
4.2.3 Le pilotage	143
4.2.4 Les remarques finales concernant le matériel utilisé	144
4.3 LE DÉROULEMENT DE LA PASSATION	144
4.3.1 Le secret professionnel	145
4.3.2 L'entraînement des thérapeutes	145
4.3.3 L'entraînement des juges, évaluation des échelles utilisées	146
4.3.4 Le déroulement de la phase expérimentale	147
4.3.5 Les difficultés rencontrées	151
4.4 LES INSTRUMENTS UTILISÉS	151
4.4.1 Le manuel et les échelles utilisées pour les thérapeutes et les juges	151
4.4.2 Les questionnaires de type «screening» pour le client	154
4.4.3 Les échelles présentées au client avant et après l'entretien	159
4.4.4 Les questionnaires appliqués après l'entretien uniquement	162
5. RÉSULTATS	165
5.1 ANALYSES STATISTIQUES PRÉLIMINAIRES	165
5.1.1 Entraînement préalable des juges	165
5.1.2 Évaluation des thérapeutes en fonction des conditions expérimentales préfixées	171
5.1.3 Échantillon et procédure de recrutement	174
5.1.4 Synthèse des analyses préliminaires	178

5.2 ANALYSES STATISTIQUES SELON LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	179
5.2.1 Hypothèses groupe 1: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, au cours du processus thérapeutique	179
5.2.2 Synthèse des résultats observés pour les hypothèses du groupe 1	187
5.2.3 Hypothèses groupe 2: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, à la fin de l'entretien initial.	188
5.2.4 Synthèse des résultats observés pour les hypothèses du groupe 2	196
5.2.5 Hypothèses groupe 3: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général, une semaine après l'entretien initial.	197
5.2.6 Synthèse des résultats observés pour les hypothèses du groupe 3	200
6. DISCUSSION	201
6.1 REVUE DES RÉSULTATS LES PLUS INFLUENTS EN FONCTION DES GROUPES D'HYPOTHÈSE	201
6.2 LIMITES DE LA RECHERCHE ET LES INDICATIONS POUR LES ETUDES ULTERIEURES	215
7. CONCLUSION	222
BIBLIOGRAPHIE	224
ANNEXES	232
Annexe 1 : Texte de l'annonce pour le recrutement des clients	
Annexe 2 : Règles déontologiques signées par les juges	
Annexe 3 : Manuel thérapeutique	
Annexe 4 : Modes de traitement explicatif du client	

-
- Annexe 5 : Offres de traitement explicatif de thérapeute
- Annexe 6 : Questionnaires du type screening pour le client
- Annexe 7 : Echelles appliquées au client avant l'entretien
- Annexe 8 : Echelles appliquées au client après l'entretien
- Annexe 9 : Questionnaire du client
- Annexe 10 : Fréquences et moyennes de l'index de sévérité global GSI de la population de référence
- Annexe 11 : Catégories pour la classification des arguments concernant les raisons personnelles et le souvenir d'une situation difficile du passé proche ou lointain

1. INTRODUCTION

1.1 INTRODUCTION GENERALE

« The overarching goal of psychotherapy research is to understand alternative forms of treatment, the mechanisms and processes through which these treatments operate, and the impact of treatment and moderating influences on maladaptive and adaptive functioning. In the context of research, psychotherapy serves as a laboratory for studying human interaction and individual differences in relation to specific types of interventions, processes and outcomes. » (Kazdin, in Bergin & Garfield, 1994, p. 9)

Selon les affirmations de Kazdin, on peut mieux comprendre la raison pour laquelle le progrès scientifique a connu un essor dans le domaine de la psychothérapie durant ces dernières années. Dans une même perspective, Livingstone Smith (1999) prétend que la recherche en psychothérapie devrait se baser sur une connaissance théorique et scientifique valable qui s'appuie sur des recherches empiriques. Malgré les connaissances acquises durant toutes ces années, l'auteur est de l'avis que dans le monde de la psychothérapie, les liens entre technologie, théorie et recherche ne sont pas encore la norme. Les chercheurs devraient apprendre de l'histoire de la science et se concerter afin de créer des théories de base qui permettraient d'améliorer la pratique en psychothérapie. En effet, Huber (1993) révèle que la recherche technologique répond à un ordre éthique et social. D'une part, l'évaluation de nouvelles techniques spécifiques et adéquates améliorent le traitement de patients en détresse avec des caractéristiques

spécifiques, d'autre part, en résulte la diminution des coûts engendrés pour la société.

Dans cette optique, la recherche présente tiendra compte de l'importance accordée aux aspects décrits ci-dessus afin de contribuer à délimiter les techniques utilisées en évaluant leurs effets à partir de clients qui se distinguent par rapport à leurs caractéristiques personnelles. Les résultats sensibiliseront les thérapeutes praticiens à tenir compte de l'aspect différentiel qui peut jouer un rôle sur l'efficacité de la thérapie qui, à son tour, aura une influence sur la détresse du client. Pour les chercheurs en psychothérapie, les résultats montreront une fois de plus l'importance d'effectuer des recherches dans le domaine du processus thérapeutique dont le but consiste à nuancer les théories existantes afin d'expliquer le fonctionnement psychique d'une personne donnée et à appliquer des interventions plus adéquates pour un traitement psychothérapeutique efficace.

Avant d'expliquer de façon plus approfondie l'objectif de ma recherche, j'aimerais dans le chapitre suivant donner un bref survol de l'histoire de la recherche sur le processus.

Organisation de l'ouvrage

Le présent travail est divisé en sept chapitres. Après l'introduction, le deuxième chapitre sera consacré à la théorie sur laquelle se base cette recherche (quatre parties). Le troisième chapitre concernera les questions et hypothèses de recherche (quatre parties). Le quatrième chapitre présentera la méthodologie (trois parties). Le cinquième chapitre illustrera les résultats. Le sixième chapitre mettra l'accent sur la discussion des résultats et de ses limites. Le dernier chapitre enfin sera consacré à la discussion. Chaque partie de chapitre sera suivie d'une synthèse.

Les cinq parties du deuxième chapitre seront structurées ainsi :

La première partie illustrera différents modèles théoriques issus de la psychologie cognitive qui traitent du traitement de l'information. Ceci permettra de mieux comprendre la relation entre émotion et cognition, relation qui s'avère être la force motrice du changement pour le client dans différentes formes de thérapies.

La deuxième partie expliquera le changement en psychothérapie à partir de modèles plus généraux d'une part et plus spécifiques d'autre part, c'est-à-dire se basant sur deux courants théoriques, humaniste et cognitif. Dans cette optique, il s'agira de mieux comprendre comment différents auteurs définissent le changement thérapeutique sur les plans émotionnel et cognitif chez le client dont le but est la guérison. De plus, il sera aussi question de comprendre la notion de *schéma*.

La troisième partie illustrera les principes des *interventions approfondissantes* utilisées dans ce travail.

La quatrième partie présentera différents aspects de l'entretien initial en tenant compte de la motivation à vouloir traiter des problèmes personnels et de leur importance personnelle. La cinquième partie se consacrera à l'expression des émotions et de leur importance accordée en thérapie. En plus, cette partie présentera des outils utilisés pour la recherche en relation avec les émotions.

Le troisième chapitre contiendra les hypothèses générales et opérationnelles, et les variables indépendantes et dépendantes.

Le début du quatrième chapitre sera consacré à la démarche préparatoire, avant l'étape de l'expérimentation proprement dite, et aux instruments utilisés. Après quoi, la description continuera avec l'explication du déroulement de la phase expérimentale. Pour finir, on présentera la démarche effectuée pour le dépouillement des données et on terminera avec un éclaircissement sur les méthodes d'analyse des données.

Pour le cinquième chapitre, les parties incluront l'analyse des statistiques descriptives et les analyses statistiques selon les hypothèses de recherche.

La fin de l'ouvrage mettra l'accent sur la discussion des résultats par rapport aux hypothèses de recherche définies auparavant, et apportera un regard critique sur l'ensemble de la recherche.

Le dernier chapitre tirera des conclusions par rapport à l'utilité de cette étude, tant pour les praticiens que pour les chercheurs dans le domaine de la recherche sur le processus thérapeutique.

1.2 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE SUR LE PROCESSUS ET BREF SURVOL HISTORIQUE

Objectifs de la recherche sur le processus

Après une décennie de stagnation, c'est à partir des années quatre-vingt-dix que la recherche sur les effets *outcome* en psychothérapie a connu un changement remarquable en se dirigeant vers la recherche sur le processus (Schindler, in Ehlers & Hahlweg, 1996). Cette évolution est due au fait que les études effectuées auparavant devaient surtout démontrer l'efficacité de la psychothérapie ou qu'une méthode thérapeutique spécifique était supérieure à une autre. Ainsi, les nombreux résultats provenant de la recherche sur les *effets* ont bien pu prouver que la psychothérapie est efficace et qu'il existe des effets différents entre les diverses orientations thérapeutiques. C'est à ce moment donné qu'on s'est rendu compte qu'on devait se focaliser plutôt sur l'*événement thérapeutique*, c'est-à-dire sur ce qui se passe durant les séances thérapeutiques et sur la façon dont s'effectue le changement au cours du traitement psychothérapeutique. C'est donc sur la base de ces principes que la recherche sur le processus s'est développée. On ne s'intéresse plus simplement à la vérification de l'efficacité d'une thérapie, mais on veut plutôt savoir quels sont les mécanismes d'effet déterminants et comment ceux-ci influencent finalement les changements thérapeutiques (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Toutefois, la tradition de la recherche sur le processus suscitait déjà de l'intérêt dans les années quarante, par exemple pour la psychothérapie centrée sur la personne, mais les variables de processus étaient difficiles à mesurer. De plus, il manquait un modèle procédural et des outils valides. Aujourd'hui, par contre, les nouvelles techniques et méthodes favorisent l'accès à la recherche sur le processus. S'y ajoute que même dans les différentes orientations thérapeutiques, on pose des questions de recherche identiques, ce qui produit un rapprochement sur les plans théorique et méthodologique. Ainsi, malgré la diversité des orientations psychothérapeutiques, la recherche sur le processus est déterminée par des objectifs communs :

- Rendre mieux compréhensibles les changements psychothérapeutiques dans leur déroulement procédural.

-
- Déceler les déterminants responsables du succès ou de l'échec d'une thérapie, de la façon suivante:
 - à partir d'une micro-analyse des facteurs de changement et des facteurs séquentiels dans le processus thérapeutique,
 - par une validation macro-contextuelle des parcours et des processus,
 - en intégrant l'analyse du processus avec les valeurs des effets de la psychothérapie.

Par *processus*, on comprend un développement ou un parcours temporel dont on suppose que celui-ci a lieu dans une direction spécifique, ou qu'il mène à un but désiré.

Bref survol historique

Au début des années cinquante, l'intérêt du déroulement des séances psychothérapeutiques s'appuyait sur une théorie conceptuelle similaire à la casuistique clinique provenant de l'orientation psychanalytique. Les études sur les effets étaient rares et peu élaborées sur le plan méthodologique.

Dans cette évolution, les études effectuées dans les thérapies centrées sur la personne représentaient plutôt une exception. Pour ces dernières, les chercheurs analysaient des aspects provenant du processus psychothérapeutique, ainsi que les effets des traitements, et ils concluaient qu'ils étaient étroitement liés (1974, Tausch, in Bastine, Fiedler & Kommer, 1989).

La recherche comparative, dont le but est de trouver des différences significatives entre différentes approches thérapeutiques et méthodes, a connu peu de succès dans les années quatre-vingt. L'effet thérapeutique entre différentes orientations étaient peu marqué par rapport à ce qu'on attendait. La déception face à ces résultats a entre autre fait accroître l'intérêt pour la recherche sur le processus.

À la fois nouvelle et ancienne, la question « qu'est-ce qui est vraiment thérapeutique en psychothérapie ? » (Orlinsky & Howard, 1986) est composée de deux demandes sous-jacentes qui ont une importance scientifiquement différente. Une de ces questions est la

suivante: « Quels changements ont lieu en thérapie ? ». La deuxième question focalise l'attention sur la compréhension et sur l'explication du changement psychothérapeutique: « Comment est-ce que ces changements se créent et quels effets ont-ils ? » (Bastine et al., 1989).

Ces questions ont mûri avec le temps, grâce au développement de nouveaux concepts, méthodes et outils de recherche. Ce changement se caractérise par les faits suivants:

- On tient compte de la relation entre la recherche sur le processus et celle sur les effets, afin de mieux comprendre les changements et les séquences en psychothérapie.
- On présuppose que les processus en psychothérapie forment un ensemble homogène d'événements, dont même l'analyse d'épisodes singuliers en thérapie s'avère être sensée.
- On a créé de nouveaux outils diagnostiques différenciés pour recueillir les informations sur les plans verbal, paraverbal, vocal, non-verbal, etc.
- On a développé des outils techniques plus précis et utiles à l'enregistrement des séances thérapeutiques, et la création de nouveaux programmes informatiques pour le traitement des données a aussi contribué à l'expansion (Bastine et al., 1989).

Après ces constatations, il ne faut pas non plus oublier que ce développement a également été stimulé, encouragé et stabilisé grâce au traitement psychothérapeutique dans la pratique.

1.3 OBJECTIFS GENERAUX DE LA RECHERCHE

Les objectifs de la recherche sur le processus révèlent que les mécanismes en jeu durant une séance psychothérapeutique, entre client et thérapeute, sont subtiles et complexes (Sachse, 1992). En fait, les « acteurs » du processus psychothérapeutique sont des agents qui s'influencent réciproquement. La qualité de l'interaction entre les deux acteurs dans la relation thérapeutique dépend donc de différents facteurs qui peuvent compromettre l'effet d'une thérapie. C'est pour cette raison que de nombreuses recherches ont été soumises à l'étude du *process-outcome* (Orlinsky, Grawe &

Parks, 1994). La caractéristique de ces recherches consiste à isoler les variables qui se montrent indispensables pour un traitement psychothérapeutique efficace. Dans de nombreuses recherches, ces variables ont été nommées *variables du processus* (*Prozessvariablen*), et mettent en évidence les caractéristiques de la situation psychothérapeutique. Dans la recherche proprement dite, on étudie la relation entre ces variables et le résultat thérapeutique. Ces variables incluent différents aspects comme la relation psychothérapeutique entre le patient et le thérapeute, la qualité de l'engagement du patient dans sa volonté de suivre une thérapie ou encore les techniques thérapeutiques comme la confrontation.

Les résultats actuels des recherches en psychothérapie illustrent à chaque fois que le processus psychothérapeutique de chaque orientation psychothérapeutique est un événement complexe. En effet, d'après Sachse (1992), le processus psychothérapeutique est une tâche difficile à saisir, à décrire et à soumettre à une recherche empirique. C'est pour cette raison qu'il est très important dans ce type de recherche de structurer ce domaine complexe et de le rendre plus transparent. Ainsi, si on veut prédire l'effet d'une intervention spécifique, alors il semble primordial de connaître les facteurs qui influencent et orientent l'élaboration sans oublier de déceler comment ces facteurs interagissent. En fait, l'interaction psychothérapeutique n'est pas du tout statique, mais elle change pour chaque énoncé provenant de la part du thérapeute et du client. Dans cette perspective, l'intervention prend sa forme en tenant aussi compte des caractéristiques particulières du client. L'intervention donnée peut donc provoquer des effets différents en fonction des particularités du client. Ainsi, il s'agit de comprendre à partir d'une microanalyse comment l'intervention, qui correspond à un énoncé émis par le thérapeute, est élaborée par le client. Le produit de cet effet se traduit pour finir par un énoncé du client.

En tenant compte du cadre décrit ci-dessus, le but de ma recherche consiste à analyser les processus cognitifs et émotionnels du client à partir des *interventions approfondissantes* utilisées en thérapie. Plus précisément, il s'agit d'analyser, lors d'une première et unique séance thérapeutique, dans quelle mesure les *interventions*

approfondissantes mettent en jeu des implications affectives dont le but final consiste à retrouver un ou plusieurs événements particuliers (chargés d'émotions) du passé proche ou lointain du sujet. Lors d'une *intervention approfondissante*, le client éprouve généralement une charge affective provenant probablement d'événements particuliers du passé proche ou lointain. Toutefois, l'approfondissement peut être influencé, soit par l'application d'une *intervention approfondissante*, particulière, soit par des caractéristiques spécifiques des clients. La recherche vise donc l'analyse émotionnelle et cognitive du client en tenant compte des effets spécifiques mentionnés ci-dessus qui agissent activement sur l'approfondissement. A ce sujet, cette étude permettra de fournir des directives pour l'entretien initial afin d'améliorer d'une part les effets thérapeutiques à court et à long terme, d'autre part, dans le but de simplifier le travail thérapeutique du praticien.

Cette recherche vise à constater l'effet concret des *interventions approfondissantes* en fonction de différentes caractéristiques préalables de clients. Le principe général de l'utilisation des *interventions approfondissantes* est de se rapprocher de ce qu'on appelle, d'après Beck, Rush, Shaw et Emery (1979), le *schéma principal* implicite du client lié à une problématique donnée. Le processus cognitif-émotionnel déclenché chez le client par les *interventions approfondissantes* devrait lui permettre de mieux comprendre sa problématique. Et le client pourrait même parvenir à résoudre son problème.

Safran, Greenberg et Rice (1988) sont de l'avis que la compréhension différenciée du processus du changement psychothérapeutique découlant des recherches dans ce domaine puisse jouer un rôle fondamental dans la reconnaissance de la psychothérapie en tant que méthode scientifiquement fondée. Les gagnants principaux de ces recherches effectuées sur le processus thérapeutique sont sûrement les thérapeutes et les clients. Dans cette optique, ce travail apportera une contribution à la clarification des agents qui influencent le processus thérapeutique et qui pour finir jouent un rôle sur l'efficacité d'une thérapie.

1.4 SYNTHÈSE

Livingstone Smith (1999) est de l'avis que dans le monde de la psychothérapie, les liens entre technologie, théorie et recherche ne sont pas encore la norme. Ce travail, par contre, tiendra compte de l'importance accordée aux conclusions de cet auteur.

À partir des années quatre-vingt-dix, la recherche sur le processus s'est développée et vise à éclaircir les changements psychothérapeutiques en cours durant les séances, dans le but de mieux comprendre les facteurs qui déterminent le succès ou l'échec d'une thérapie. Cela a été possible en se détachant de la casuistique clinique en vigueur dans les années cinquante.

Le terme «processus» inclut un parcours dans le temps, une direction déterminée et un but visé.

Finalement, la recherche sur le processus s'est enrichie grâce à la création de nouveaux concepts, méthodes et outils de recherche (Bastine et al., 1989).

2. CADRE DE RECHERCHE

2.1 LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION SUR LE PLAN COGNITIF ET AFFECTIF

2.1.1 L'approche cognitive et la relation entre cognitions et affects

« The task of the various branches of cognitive psychology is to explain how knowledge is acquired, how it is internally represented and integrated with existing information, and what kinds of knowledge affect people's feelings and behaviour acteurs »
(Brewin, 1988, p. 2)

La citation de Brewin (1988) permet de comprendre l'influence et l'importance que les théories cognitives ont apportées à la psychologie clinique.

En effet, dans le monde environnemental les individus réagissent très différemment face à des situations particulières. Dans ce cas, il semble évident que ces sujets sont soumis à des mécanismes sous-jacents qui influencent l'interprétation des événements. A ce sujet, une interprétation plausible serait que les expériences vécues déterminent le comportement futur de ceux-ci.

Il semble évident que les personnes ne sont souvent pas conscientes des connaissances qu'elles ont acquises durant toute leur vie, ni de leur influence.

Selon Neisser (in Brewin, 1988, p. 2). *« ..people do not have access to the vast majority of cognitive acts and processes involved in the registration , transformation, and storage of stimuli, but may achieve conscious awareness of some of the products of these processes »*

Toujours dans cette perspective, les cognitivistes sont de l'avis que les états internes résultent des diverses formes d'*appraisal* et de l'évaluation. C'est justement à travers l'état émotionnel des individus, de leurs pensées, de leur mémoire et concentration, de leur capacité de coping face aux situations difficiles ou encore leur état physiologique que l'on arrive à comprendre les états internes effectifs. Aujourd'hui, on pense que l'évaluation doit inclure tout l'ensemble de ces domaines fonctionnels. Ces constatations ont éclairci le fait que des problèmes issus de différents domaines supposent l'application d'interventions diverses.

On peut donc en conclure que les cognitions semblent être importantes pour les processus de coping. Lazarus (1966) a mis en évidence que lorsque les personnes sont confrontées à des situations difficiles, elles mettent en jeu des stratégies de coping qui se révèlent être plus au moins efficaces. Ainsi, on distingue les stratégies qui se centrent sur le problème dans le but de le résoudre et celles qui se focalisent sur l'émotion afin de réguler les réponses émotionnelles qui pourraient survenir. Dans cette perspective, Lazarus (1966) est de l'avis que les méthodes que les personnes utilisent le plus soient la recherche des informations, les actions directes, les actions inhibées, le déni et l'intellectualisation. Par là, l'analyse erronée de la cause du problème, l'ignorance d'une stratégie efficace et la surestimation des difficultés pourraient empêcher d'appliquer préalablement un coping adéquat.

Les théories cognitives des émotions supposent que le stimulus (ou une situation) doit tout d'abord être reconnu, classifié et relié aux expériences passées, stockées dans la mémoire, avant d'éveiller une réponse émotionnelle.

Liées aux théories cognitives des émotions les plus courantes émergent surtout deux approches issues des théories philosophiques cognitives qui influencent ces modèles théoriques : l'associationnisme et le constructivisme. La tradition associationniste est longue et remonte à Aristote et à l'école philosophique associationniste. Le courant de l'*associationnisme* n'atteint pas seulement le behaviorisme, mais aussi la psychanalyse et la création par Freud de l'association libre. Ainsi, tout cela influence les théories basées sur les réseaux sémantiques, alors que

les principes *constructivistes* se retrouvent dans les théories de l'*appraisal*. Le terme d'*appraisal* a été nommé pour la première fois par Arnold en 1960 (in Power & Dalgleish, 1997). Dans cette perspective, les premières théories des émotions mettaient au même niveau les émotions et les réponses physiologiques. Les théories qui se sont développées plus tard ont ajouté l'interprétation cognitive pour expliquer l'état physiologique au cours d'une émotion.

Les théories cognitives des émotions les plus connues dans le courant *constructiviste* se retrouvent chez Schachter (1964), Lazarus et Folkman (1984) et Weiner (1986).

D'après Schachter (1964), l'expérience émotionnelle est vécue grâce à la conjonction de deux éléments, à savoir la perception de la stimulation périphérique sur le plan physiologique et l'estimation du niveau de cette stimulation. La spécificité émotionnelle est donc fournie par l'évaluation cognitive de la source de cette stimulation. Ainsi, l'éveil sera attribué automatiquement au stimulus ou à la situation qui l'a suscité.

Le déterminant qui explique le type d'émotion éprouvée serait l'explication que donnerait le sujet à cette stimulation.

Schéma 1: Représentation théorique d'après Schachter et Singer (1962, in Power & Dalgleish, 1997, p. 79)

<p>STIMULATION► INTERPRÉTATION► ÉMOTION (incluant l'information situationnelle)</p>

Une attention plus particulière a été mise pour la situation où l'individu perçoit qu'il a été stimulé physiologiquement, mais où il n'a pas une explication immédiate pour ce phénomène. Dans ce cas, la stimulation n'est correctement interprétée seulement lorsque dans la situation des signaux appropriés sont présents.

Une autre théorie plus générale a été proposée par Lazarus et al. (1984, in Otto, Euler & Mandl, 2000). Ils partent du principe que l'évaluation cognitive est reliée à des processus qui médient la réponse d'une personne par rapport aux événements

environnementaux. Ils distinguent deux sortes d'*appraisal*. Le *primary appraisal* concernerait les événements évalués pertinents ou pas pour le bien-être, donc soit positifs soit stressants. L'auteur décrit trois formes d'évaluation de situations stressantes :

- les blessures qui viennent d'être produites
- les menaces
- les défis

Le *secondary appraisal* inclut l'évaluation des ressources personnelles et environnementales qui sont disponibles pour affronter une situation donnée. Finalement, le *primary* et le *secondary appraisal* peuvent être modifiés par la réévaluation constante résultant de la réussite des efforts de coping et de l'impact continu des événements sur la personne.

Les émotions négatives surgissent quand un événement est évalué comme nocif ou menaçant et quand les sources de coping disponibles sont perçues comme étant inadéquates ou peu efficaces. L'auteur suppose que les comportements de coping et les états internes (déli, rejet) modifient l'environnement de sorte à influencer la relation entre événement et réponse émotionnelle. Contrairement à Schachter, Lazarus et al. (1984, in Otto et al., 2000) se représentent les émotions comme des réactions changeantes continuellement influencées par les pensées et par les actions de la personne.

Weiner (1986), par contre, propose qu'un nombre spécifique d'états émotionnels puisse être liés aux attributions causales faites préalablement. En fait, Weiner (1986) ne fournit pas une théorie compréhensive de l'émotion, il focalise plutôt l'attention sur la voie par laquelle différents états émotionnels résulteraient d'une sorte spécifique d'*appraisal*, plus précisément une attribution causale des événements. Un tel principe permet d'expliquer pour quelle raison les êtres humains se distinguent des animaux, par rapport à tout l'éventail d'émotions différenciées.

Parmi les théories d'*appraisal*, on considère aussi celle de Leventhal et Scherer (1987, in Power et al., 1997). Ces auteurs postulent que le fonctionnement cognitif et émotionnel est interdépendant. Leventhal distingue trois niveaux principaux qui

seraient à l'origine de l'émotion. Ces composants sont structurés hiérarchiquement et se présentent ainsi :

- Le *niveau moteur sensoriel* inclut les mécanismes innés de base qui répondent automatiquement aux stimuli externes et internes.
- Le *niveau schématique* est activé automatiquement et intègre les associations d'apprentissage qui sont reliées à l'expérience émotionnelle.
- Le *niveau conceptuel* contient la mémoire émotionnelle, les attentes, les buts et les projets conscients et le concept de soi.

La contribution de Scherer (1987, in Power et al., 1997) pour cette théorie consiste en l'inclusion de *l'évaluation directe du stimulus* qui est activée dans les séquences où le stimulus est nouveau, agréable, pertinent (par rapport aux buts et projets), caractérisé par un potentiel de coping, et compatible avec le concept de soi et avec les normes sociales.

Vu dans leur ensemble, les trois systèmes de Leventhal (1987, in Power et al., 1997) s'activeraient simultanément, alors que la *vérification de l'évaluation du stimulus* de Scherer (1987, in Power et al., 1997) se déclencherait en séquence.

En se référant à Lazarus et al. (1984, in Otto, Euler & Mandl, 2000), les auteurs mentionnés ci-dessus ont incorporé dans les processus d'*appraisal* primaire et secondaire, la *vérification de l'évaluation du stimulus*.

Dans la même perspective, Oatley et Johnson-Laird (1992, in Power et al., 1997) différencient l'approche de Schachter et Singer (1962, in Power & Dalglish, 1997) et proposent que l'émotion peut être éveillée à partir de n'importe quelle voie. Ainsi, la voie pour la génération des émotions ne semble donc pas être invariable et unique. D'après ces auteurs, cinq émotions de base (joie, tristesse, anxiété, colère, dégoût) seraient liées aux buts et aux attentes de la personne. Toutefois, cette liaison peut être suffisante, mais pas forcément nécessaire pour déclencher l'émotion. En effet, l'expérience émotionnelle peut être activée simplement par le fait de croire que des événements pourraient nous arriver.

D'après ces constatations, on peut conclure que le concept d'émotion inclut un événement, une interprétation, un *appraisal*, un changement physiologique, une tendance à l'action et un esprit conscient. Dans cette logique, il semble compréhensible qu'on distingue les émotions en se basant sur le composant de l'*appraisal*. Ainsi, l'analyse des émotions de base permet d'affirmer que les diverses émotions intègrent des changements physiologiques similaires ou pourraient être associés à des comportements semblables, comme par exemple l'expression faciale. En effet, Ekman (1992) a prouvé dans différentes études que l'expression faciale est associée à une émotion spécifique.

Afin de regrouper les multitudes de théories de l'*appraisal* qui existent actuellement, Scherer (1997a) a essayé de les différencier en distinguant trois approches :

- L'approche *réductionniste* qui postule un nombre minimal de dimensions, souvent basées sur des présupposés de constellations de motifs ou sur des thèmes prototypes (Oatley & Johnson-Laird, 1987).
- L'approche *éclectique* essaie d'inclure quelques dimensions d'*appraisal* dans le but de maximiser la distinction entre les types d'états émotionnels (Frijda, 1987).
- L'approche des *principes* se base sur des considérations psychologiques et postule un nombre réduit de dimensions abstraites considérées comme étant nécessaires pour prédire la majorité des catégories émotionnelles (Scherer, 1986).

Dans le courant *associationniste* par contre, Zajonc (1980) est de l'avis qu'il ne faudrait pas concevoir l'affect comme un produit de la cognition (après la classification, la reconstruction...). Les affects seraient, contrairement aux cognitions, plus difficiles à verbaliser, simples à communiquer et à comprendre. En ce qui concerne les processus cognitifs et affectifs, il propose qu'il vaudrait mieux parler en termes de systèmes parallèles et partiellement indépendants. De sorte que les réponses affectives accompagnent toutes les cognitions même si parfois seulement faiblement ou vaguement. Cette conception semble plutôt contredire la théorie cognitive des émotions de Lazarus. En fait, d'après Lazarus, l'émotion n'est généralement pas vue comme une

réaction éventuelle qui a lieu seulement après un processus perceptif et cognitif. Les réactions émotionnelles seraient aussi immédiates sans avoir des informations complètes et pourraient même être modifiées après avoir reçu des informations supplémentaires. Pour Lazarus donc, les émotions ne sont pas séparées, car l'*appraisal* cognitif fait lui-même partie de la réaction émotionnelle.

D'après Rachman (1981, in Brewin 1988), les arguments avancés par Zajonc se basent sur des recherches qu'il a fait à partir de stimuli peu familiers et sans importance. Cela est donc différent de la réalité clinique où les personnes sont confrontées aux situations familières, d'une importance élevée, et où on attend un processus cognitif considérable. Ces différences observées par l'auteur donneraient lieu plutôt à un asynchronisme entre les réponses physiologiques, subjectives et comportementales aux stimuli phobiques auxquelles on s'attendrait si les réponses cognitives et affectives se déclenchaient indépendamment.

Le débat entre Zajonc et Lazarus se base surtout sur la question de la primauté des affects ou des cognitions pour la génération d'émotions.

Il semblerait toutefois, d'après Power et al. (1997) que ce débat soit faux: les émotions et les cognitions seraient en elles-mêmes plutôt des parties intégrantes et inséparables.

Inversement, Bower (1981), dans son modèle d'associations sémantiques, soutiendrait plutôt les deux idées. C'est-à-dire que dans certaines conditions le processus affectif serait direct et primaire, alors que dans d'autres conditions le processus cognitif serait seulement primaire. Dans la conception primaire de cet auteur, les concepts, les événements et les émotions sont tous représentés comme nœuds dans un réseau. L'activation à l'intérieur du réseau dépend d'un nombre de facteurs, dont la proximité des nœuds entre eux, la force de l'activation initiale et le laps de temps écoulé depuis l'activation. Il semblerait que les termes de réseaux ne soient pas des théories en soit, mais une formule de notation avec laquelle on peut exprimer des théories.

Depuis, nombre d'autres théories sur les réseaux se sont développées, avec des principes similaires à Bower, mais qui

s'appuient sur des troubles émotionnels, comme par exemple la dépression.

Lang (1984), par contre, a eu un impact sur l'étude de la peur et de l'anxiété. L'innovation que cet auteur avait proposée était que la peur et l'anxiété ne seraient pas des états singuliers et cohérents, mais qu'elles seraient exprimées dans trois systèmes, l'état verbal, le comportement et la physiologie. Ces trois systèmes ne seraient que partiellement synchronisés entre eux de façon à ce qu'un individu pourrait faire transparaître une émotion dans un seul de ces systèmes et pas dans les autres. Par exemple, une personne pourrait paraître complètement calme au niveau non verbal lors d'un exposé, alors qu'à l'intérieure d'elle-même, elle percevrait que son rythme cardiaque est accéléré. Lang (1984) n'était pas seulement intéressé à comprendre l'expérience émotionnelle normale, mais voulait aussi se focaliser sur les formes d'émotions troublées.

L'avantage de cette approche consiste à supposer qu'il existerait un niveau d'organisation de l'information élevé. Malheureusement, Lang (1984) détermine ce niveau élevé comme *prototype*, terme courant souvent utilisé en psychologie cognitive et créant des confusions.

2.1.2 Les théories cognitives dans une perspective clinique

Le travail fructueux entre la psychologie cognitive et la psychologie clinique a permis de développer un plus grand nombre de théories générales concernant les troubles émotionnels, sans se limiter simplement à trouver une seule théorie pour un trouble spécifique. Dans cette nouvelle perspective, les théories cognitives des troubles émotionnels ont connu un changement qui s'approche des conceptions des théories cognitives des émotions normales. Toutefois, les théories cognitives des émotions normales fournissent souvent des explications insuffisantes sur la façon dont les troubles émotionnels peuvent être expliqués à l'intérieur des réseaux appartenant à un modèle spécifique de ces théories cognitives. Afin de remédier à ces lacunes, de nombreux auteurs se sont intéressés à trouver des modèles valables pour les troubles émotionnels en se référant aux théories cognitives.

Un des auteurs qui a permis l'extension des théories cognitives valables dans une pour divers troubles, est Beck. En effet, Beck et ses collègues ont développé durant plusieurs années une approche clinique applicable aux troubles émotionnels, nommée aussi thérapie cognitive. L'auteur s'était d'abord focalisé essentiellement sur la dépression, puis les nombreuses recherches ont permis de fournir des contributions théoriques générales et plus spécifiques concernant le traitement de troubles comme l'anxiété ou les troubles de la personnalité. A l'origine de sa théorie sur la dépression, l'auteur se référait à un simple modèle où il affirmait que les cognitions sont les causes des émotions. Ce modèle s'est élaboré et Beck (1987) a constaté que les émotions résulteraient d'une série de mécanismes qui agiraient interactivement et incluraient les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. D'autres thérapeutes cognitifs se représentent la relation entre cognition et émotion d'une façon circulaire et non linéaire (Clark, 1986; Teasdale, 1983). Le concept de ces auteurs regroupent deux composants principaux qui dérivent généralement des approches thérapeutiques. Le premier se réfère aux types de structures cognitives qui différencient les troubles émotionnels et le deuxième reflète les genres de processus cognitifs impliqués dans le début et le maintien de ces troubles. La structure de connaissance sur laquelle la thérapie cognitive se réfère pour comprendre le fonctionnement des troubles, et celle des *schémas*. Cette terminologie a été utilisée par de nombreux auteurs en partie pour des significations diverses. Pour Beck (1987), les schémas sont des unités dans lesquelles s'organisent la mémoire, la réflexion et la perception. Pour Kovacs et Beck (1978, in Power & Dalglish, 1997, p. 123):

Cognitive structures or schemata (...) are relatively enduring characteristics of a person's cognitive organization. They are organized representations of prior experience (...) A schema allows a person to screen, code, and assess the full range of internal or external stimuli and to decide on a subsequent course of action (...) schemata encompass systems for classifying stimuli that range from simple perceptual

configurations to complex stepwise reasoning processes.

Les schémas ne semblent pas être simplement des représentations passives de l'expérience passée, car l'activation du schéma revient à déclencher l'ensemble du schéma. Les informations qui ne sont pas présentées à l'input vont être complétées en relation avec les informations manquantes. Ainsi, les schémas qui sont reliés aux relations interpersonnelles et aux buts et rôles importants vont être activés en même temps.

Les groupes dysfonctionnels des schémas s'activeraient quand un nombre élevé de stressseurs seraient présents.

On peut ainsi conclure que la différence entre la pensée normale et la pensée dépressive serait due aux processus cognitifs déformés négativement et serait moins la cause d'un raisonnement illogique.

Dans cette optique, William (1988, in Power et al., 1997) a proposé un modèle empirique dans lequel les déformations cognitives seraient spécifiques aux troubles émotionnels. Dans les troubles anxieux, l'auteur propose que les processus automatiques de *priming*¹ (ou intégration) seraient déformés lors de la détection des stimuli ou lors de situations anxieuses. Donc, les processus automatiques de *priming* seraient déformés durant la détection de la menace en anxiété, et les processus d'élaborations successives seraient déformés loin du processus de menace. L'effort de cet auteur consistait à s'éloigner des théories de déformations cognitives globales comme chez Beck.

L'*interactive Cognitive Subsystem* (ICS, sous-système cognitif interactif) de Teasdale et Barnard (1993), représente un modèle récent d'approche à multi-niveaux qui compte un nombre élevé et varié de capacités cognitives et de processus. Le modèle conçoit en tout neuf sous-systèmes principaux : La première série de sous-systèmes est liée au plan sensoriel, la deuxième représente le sous-système central du langage, la troisième regroupe des sous-systèmes liés au plan affectif. Ces sous-systèmes fournissent des informations procédurales en partie parallèlement ou en partie

¹ Il s'agit d'une étape du processus automatique où le stimulus pourrait par exemple être lié avec sa représentation dans la mémoire à long terme.

successivement en accord avec le type de tâche. Dans d'autres conditions, ils activent l'ensemble du système. Les sous-systèmes principaux qui seraient responsables pour la production des émotions seraient le sous-système *implicationnel* incluant le système visuel et celui de l'état corporel, et le sous-système *propositionnel*.

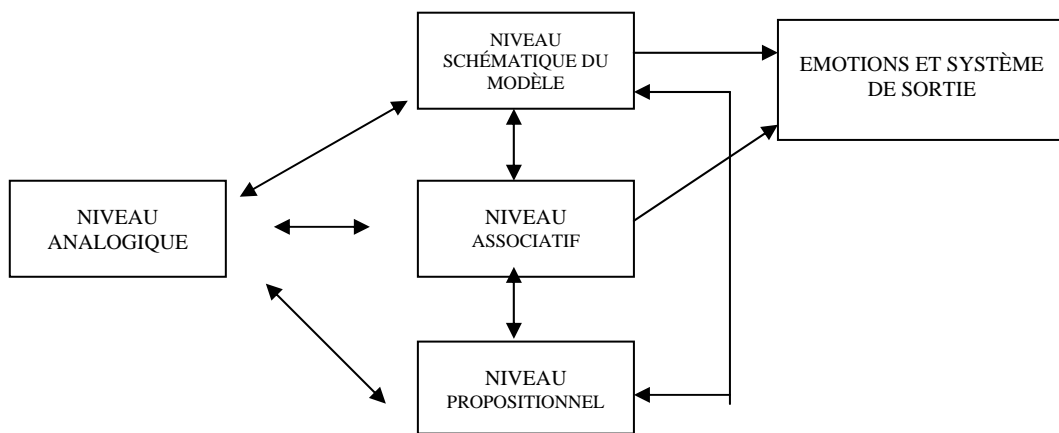
Dans l'approche ICS, l'émotion est traitée comme un phénomène partagé qui résulte de la combinaison à l'intérieur du sous-système *implicationnel* des sorties d'un nombre élevé de sous-systèmes. Les émotions dans ce modèle ne résultent donc pas d'un simple *appraisal* cognitif et spécifique. Il semblerait plutôt que cette approche s'éloigne des buts des théories sur les émotions qui se basent sur l'*appraisal*. L'ICS explique par exemple le trouble dépressif à partir d'une configuration emboîtée où des boucles sensorielles et cognitives rétroactives s'établissent et bloquent les sous-systèmes en une configuration perpétuelle propre qui maintient la dépression.

Il existe un autre groupe de théories psychopathologiques, appelées aussi théories socioconstructivistes, dans lesquelles on suppose que les troubles émotionnels découlent de l'interaction complexe entre les facteurs internes et externes de l'individu. Cette conception s'est développée car beaucoup de théories sur l'émotion ne considéraient pas assez les facteurs sociaux. Les théories socioconstructivistes accordent de l'importance aux rôles et aux buts interpersonnels et soulignent la possibilité que si l'individu devait surestimer un rôle ou un but particulier, il pourrait devenir vulnérable à l'aversion. Ainsi, cette approche semble adéquate pour expliquer les émotions qui résulteraient d'un échange entre les besoins individuels et sociaux qui sont intégrés dans une perspective psychologique, biologique et sociale. Toutefois, pour que ces théories puissent convaincre, il faudrait développer des modèles psychologiques et les valider (Otto et al., 2000).

Pour finir, un dernier modèle, le SPAARS (*Schematic, Propositional, Analogical, and Associative Representation Systems*) de Power et al. (1997) intègre les théories cognitives des émotions. Dans le SPAARS, les émotions peuvent être générées directement par le niveau associatif sans avoir l'accès simultané au

niveau schématique de signification. Dans cette perspective, le processus d'*appraisal* consiste en une analyse de l'interprétation des événements en termes des buts existant chez le sujet au niveau schématique du modèle.

Schéma 2: Le SPAARS et l'illustration des émotions par les quatre systèmes de représentation (d'après Power et al., 1997, p. 178, trad. Defago)



Le modèle SPAARS retient deux voies pour la génération des émotions, afin de tenir compte du fait que les *émotions de base* ont un composant inné et qu'on suppose que les émotions peuvent être déclenchées automatiquement. Cette voie émotionnelle directe se retrouve dans les troubles émotionnels, comme par exemple pour une phobie où le processus automatique provoque de l'anxiété face à un objet non menaçant. Cette situation montre que ce processus n'est pas traité par la voie de l'*appraisal*. La forme extrême de l'automatisation des émotions semble être le développement d'un ou plusieurs *modules émotionnels* qui deviennent particulièrement rigides et autonomes. Un module est défini généralement en science cognitive comme une série d'opérations capsulées et qui sont actives une fois qu'elles ont été déclenchées. De plus, elles opèrent parallèlement aux autres composants cognitifs automatiques. Si les séquences émotivo-cognitives modularisées ont été formées durant le développement, dans ce cas, le module sera difficile à modifier, car la rétroaction positive entre les différents niveaux vont bloquer le module sur place. Ainsi, si dans

le développement précoce il existe une série d'instructions compatibles, par exemple quand une ou plusieurs émotions de base ne peuvent pas être admises par la personne, alors le développement de ce module émotionnel de base se séparera du reste; c'est-à-dire, de l'évolution normale qui concerne les expériences cohérentes avec les émotions de base. Sur le plan clinique, ces dispositions provoqueraient chez un individu, une dissociation des modules d'émotions de base avec les expériences vécues. Cette condition provoquerait une perte du *self*, car les expériences émotionnelles seraient exclues de la définition du *self* (Power & Dalgleish, 1999).

Après ces constatations, Izard (1994, in Power et al. 1999), accentue l'importance pour le travail thérapeutique, de tenir compte de la voie automatique des émotions. En effet, d'après lui, le niveau bas des processus associatifs se montre moins flexible et plus automatique dans ses opérations, ce qui entraîne en thérapie un changement plus lent. Ainsi, l'existence de deux voies sur le plan émotionnel fait en sorte que les émotions conflictuelles ou d'autres sortes de conflits font parfois sentir que l'émotion vécue n'est pas la même, comme dans le cas des émotions automatiques, où l'émotion peut être présente et observable dans d'autres canaux comme l'expression faciale, les indicateurs physiologiques ou les comportements. Les émotions chroniques semblent être le résultat du couplage de deux ou plusieurs émotions, comme par exemple la tristesse et le dégoût personnel dans le cas de la dépression, et ainsi de suite.

Le modèle SPAARS met en quelque sorte en évidence le phénomène d'inhibition sur les plans cognitif et émotionnel. On peut distinguer en fait l'*inhibition des informations* liées aux émotions et l'*inhibition des sentiments émotionnels*. Le fait de ne pas penser à un événement émotionnel ou d'éprouver de la difficulté à s'en souvenir, serait le résultat de l'*inhibition des informations*. Alors que le fait d'être principalement capable de se souvenir d'une situation chargée d'émotions, mais d'essayer volontairement d'inhiber les émotions qui y sont liées résulterait de l'*inhibition des émotions*. Cela montre que les émotions peuvent être distinguées en une série de composants.

D'après Herman (1992, in Power & Dalglish, 2000), le fait de ne pas penser ou de se distraire soi-même face aux informations chargées d'émotions, serait un exemple pour une *inhibition contrôlée*. De nombreux auteurs en psychologie cognitive proposent que les processus contrôlés ont le potentiel de devenir automatiques par répétition constante. Ainsi, ces processus deviendraient rapides, inconscients, parallèles et indépendants des ressources. Singer (1990) a retrouvé les mécanismes de l'inhibition automatique des affects émotionnels chez les individus qui présentent un style de coping répressif. La caractéristique de ces personnes réside dans le fait qu'elles semblent inconscientes du changement physiologique qui peut avoir lieu dans une situation spécifique. Ceci s'explique par le fait que ces personnes n'associent pas leurs expériences corporelles à l'émotion, car elles utilisent une stratégie délibérée de déni en harmonie avec leurs arguments de désirabilité sociale.

La caractéristique des personnes dites *repressors* montre que la régulation des émotions fait référence à une large constellation de processus qui servent à amplifier, atténuer ou à maintenir la force des réactions émotionnelles. Ainsi, parmi ces processus, on retrouve certains dispositifs qui règlent l'ampleur de façon à distraire l'organisme d'un stimulus aversif potentiel. De plus, ces différences individuelles, respectivement caractéristiques ou traits, ont la capacité de se générer par l'imagerie afin de remplacer les émotions non voulues par des scripts d'imagerie désirés (Derryberry & Reed, 1996).

Il semblerait que les différences individuelles se retrouvent également dans l'étendue des réponses émotionnelles. La présentation d'une série de stimuli graduée montre que les individus diffèrent dans l'intensité et le maximum d'amplitude dans un certain système, comme l'intensité de la contraction faciale, le changement du rythme cardiaque, et ainsi de suite. Ces différences changent en fonction de l'émotion présente, ce qui entraîne pour le sujet lui-même une variation en fonction des émotions éprouvées.

2.1.3 Les connaissances en neurobiologie et leur influence sur les théories cognitives et thérapeutiques

Il y a quelques années, la neurobiologie et la psychothérapie étaient peu compatibles et par conséquent, elles étaient traitées séparément. Cette conception a changé dernièrement, car les neurosciences ont pu conclure étonnamment que les structures et les processus neuronaux sont influencés par les expériences de vie vécues par le sujet. Cette nouvelle conception a permis de valoriser les études et les modèles cognitifs et théoriques appliqués en psychothérapie. Ainsi, les deux disciplines sont unanimes sur le fait que les expériences négatives peuvent modifier le cerveau de façon à produire des troubles psychiques (Grawe, in Schiepek, 2003). A chaque trouble psychique correspond son propre corrélat neuronal. Si les expériences de vie peuvent rendre malade le cerveau, on peut supposer que des expériences spécifiques puissent le guérir. Dans ce cas, les psychothérapeutes peuvent être vus comme des spécialistes qui permettent au client de vivre des expériences particulières selon un but thérapeutique.

Les études en neurobiologie ont pu mettre en évidence que tous les événements psychiques sont influencés par les émotions. Le système limbique participe à presque tous les processus de perception, d'activation de mémoire, de la coordination motrice et de résolution de problèmes. Ainsi, on peut s'attendre à inclure les processus de changement psychothérapeutiques avec les méthodes et capacités fournies par la neurobiologie. Dans cette optique, l'identification des processus biologiques devra se compléter par les méthodes psychologiques concernant les mesures de changement.

Une psychothérapie efficace provoque des changements multiples sur le plan comportemental, sur les concepts de soi, sur l'estimation des situations et sur l'état émotionnel. La recherche de l'activité cérébrale durant le processus thérapeutique permet par exemple d'évaluer la réaction d'une stimulation expérimentale et spécifique. Schiepek (2003) est de l'avis que les psychothérapies efficaces se caractérisent par des transactions d'ordre auto-organisées qui parcourent des phases critiques instables. Les résultats de nombreuses études ont pu montrer que ces transactions

se laissent identifier dans le vécu subjectif, mais aussi dans le comportement verbal du patient. L'identification du changement des processus émotionnels se retrouve par exemple dans l'activation des structures sous-ordonnées du système limbique, plus précisément à travers les bandes associatives entre les structures limbiques et corticales. L'évaluation de l'information détermine l'activation ainsi que la réorganisation des contenus provenant de la mémoire, c'est-à-dire l'activation et la restructuration des réseaux neuronaux.

L'étude effectuée sur l'effet des neuromodules (2000, Harkness & Tucker, in Schiepek, 2003) a pu démontrer que différents niveaux d'*arousal* sont associés avec des états émotionnels divers. A ce sujet, il ne faut pas oublier que le changement de l'excitation (*arousal*) est indispensable pour comprendre les processus psychothérapeutiques. Ainsi, les auteurs ont pu mettre en évidence qu'un *arousal* élevé est caractérisé par un état émotionnel euphorique, alors qu'un niveau d'*arousal* bas par un état émotionnel dysphorique. Si au début du développement de la personne domine un niveau d'*arousal* bas, alors elle pourrait développer un schéma d'impuissance ou une estime de soi basse qui représenteraient des facteurs prédisposants et vulnérables pour le développement d'un trouble dépressif. En effet, si la personne a fait des expériences négatives et répétitives durant son enfance, il faudra du temps pour que celle-ci élabore ces événements en intégrant des expériences plus favorables. Dans ce cas, la psychothérapie parvient, en appliquant des outils adéquats, à activer les émotions implicites et produire des modifications au niveau sous-cortical auprès des centres limbiques. Cette intervention thérapeutique provoque une augmentation de neuromodulateurs spécifiques. Cependant, on ne connaît pas encore en détails comment se réalisent ces mécanismes dans une psychothérapie efficace. Certains neurobiologues comme LeDoux (1998) doutent que la mémoire épisodique limbique oublie ou puisse réapprendre une fois qu'elle a été imprégnée sur le plan émotionnel. Cela voudrait dire que les individus face à des situations de peur se calment sans que les sources profondes de la peur soient effacées. Si après une série d'expérience positives, l'événement négatif et passé réapparaît, alors cela voudrait dire que

la peur n'aurait pas vraiment disparu. En effet, il existe des cas où suite à l'application de méthodes thérapeutiques, la source des troubles émotivo-affectifs n'est pas complètement effacée. Dans d'autres cas par contre, la thérapie produit des changements dans le réseau neuronal, ce qui permet aux personnes de se confronter aux situations dangereuses sans vivre une rechute. Ces questions feront certainement l'objet d'études neurobiologiques ultérieures.

A côté des neurobiologues, les scientifiques psychologues spécialisés dans la recherche en psychothérapie utilisent les résultats des recherches provenant du domaine neurologique pour expliquer les changements en psychothérapie. Pour l'explication des troubles psychiques, comme la phobie ou la dépression, Grawe (1998) se réfère aux *configurations d'excitations neuronales* (« *Neuronale Erregungsmuster* »), qui déterminent les perceptions, les souvenirs, les convictions et les pensées. A partir des mécanismes d'apprentissage, ces composants peuvent activer d'autres configurations d'excitations neuronales auxquelles correspondent des émotions spécifiques. Une fois que ces configurations d'excitations émotionnelles sont activées, elles influencent le psychisme et préparent les autres assemblages de cellules ou « *cell assemblies*² » en modifiant leurs poids, pour l'activation. Par la suite, il suffit seulement d'un input minimal, comme par exemple d'autres perceptions, souvenirs etc., pour que d'autres *cell assemblies* s'activent. A leur tour, elles activent inversement et à nouveau la configuration d'excitation émotionnelle. Ces processus qui ont comme rôle d'augmenter l'intensité, seraient la cause des troubles psychiques, comme les peurs ou les dépressions. En effet, quand la réaction émotionnelle est tracée, de petits événements sont suffisants pour déclencher

² Il s'agit d'un assemblage de cellules qui sont impliquées dans la configuration neuronale d'excitation spécifique (Hebb, dans Grawe, 1998).

Le principe de la synapse de Hebb repose sur le fait que les états d'excitation donnent lieu à une modification des réseaux de nerfs quand les cellules postsynaptiques, à partir d'autres influences, les préparent pour l'apprentissage. Les membranes pré- et postsynaptiques doivent être activées simultanément pour qu'il se passe un transfert d'excitation. La préparation des cellules postsynaptiques peut se faire de différentes façons, comme par le priming, les humeurs, les intentions et les convictions.

l'état émotionnel concerné. Et celui-ci présente alors une tendance à se maintenir et à s'intensifier en raison du processus contra-réactif.

Dans une étude expérimentale, Knost, Flor et Birbaumer (1999) ont voulu démontrer que les patients souffrant de douleurs chroniques ayant un partenaire qui les renforcent positivement dans leur douleur, présentent plus de comportements de douleurs, que par des patients dont le partenaire ne les renforcent pas. Dans une situation provoquant une douleur à l'aide d'un appareil induisant des sensations de douleur ischémique, le but consistait à voir si les réactions concernant les comportements de douleur seraient signalées sur l'encéphalogramme. Les résultats montrent qu'effectivement le partenaire contribue au maintien de la douleur chronique. De plus, les mesures de l'encéphalogramme ont pu montrer que le renforcement social de la douleur se reflète dans le centre neuronal de la douleur. En effet, l'activité de l'encéphalogramme était significativement plus élevée lorsque le partenaire était présent, et moindre pour les personnes en bonne santé. Ce résultat montre que non seulement le comportement de la douleur est appris, mais que le traitement physiologique de la douleur est aussi soumis aux facteurs sociaux d'apprentissage. Ces conclusions font supposer l'existence d'un endroit spécifique de douleur qui représente la *mémoire de douleur*. Dans la thérapie, ces résultats impliquent l'inclusion du partenaire pour le traitement de la douleur chronique.

L'ensemble des résultats présentés ci-dessus illustrent seulement un bref aperçu de l'inclusion de la neurobiologie dans l'explication des phénomènes psychologiques.

Caspar (2003) partage l'avis que la recherche et la pratique en psychothérapie se trouvent actuellement au début d'une nouvelle ère. A ce sujet, il adopte un point de vue critique, car il recommande aux chercheurs en psychothérapie de ne pas se laisser trop influencer par les nouveaux résultats provenant de la neurobiologie au détriment des richesses acquises après de nombreuses années par les recherches effectuées en psychothérapie. Il suggère plutôt que les deux disciplines collaborent ensemble dans le but de se compléter. La recherche en

psychothérapie et en neurobiologie devrait représenter un défi, une chance et un enrichissement mutuels.

2.1.4 Synthèse

Dans le parcours de l'évolution des théories cognitives des émotions, on distingue deux courants principaux, le *constructivisme* et l'*associationnisme*. Le *constructivisme* regroupe les théories basées sur l'*appraisal*. Schachter (1964), Lazarus (1980), Leventhal et al. (1987), Oatley et al. (1992) se distinguent par le fait qu'au début leurs théories des émotions étaient assez simples, (ils mettaient au même niveau les émotions et les réponses physiologiques), pour devenir de plus en plus complexes par la suite, en ajoutant l'interprétation cognitive. Ainsi, à l'heure actuelle, Scherer (1997a) a rassemblé les théories de l'*appraisal* en les différenciant par rapport à leurs approches: *réductionniste*, *éclectique* et des *principes*.

Pour le courant *associationniste*, les théories se focalisent sur les *réseaux sémantiques*, théories qui ont été influencées en partie par le behaviorisme et l'association libre de Freud. Zajonc (1980) postule que les processus cognitifs et affectifs résulteraient de systèmes parallèles et partiellement indépendants, contrairement à la théorie de Lazarus. Bower (1981), avec son modèle d'*associations sémantiques*, où les concepts, les événements et les émotions seraient représentés par des noeux, soutiendrait plutôt les deux idées.

Le développement des théories cognitives générales des émotions normales a contribué d'une part à expliquer les troubles psychique, d'autre part, il a permis de sensibiliser les cliniciens à l'importance de réaliser des recherches dans ce domaine, en tenant compte des troubles émotionnels. Beck (1978) a participé à l'extension des théories cognitives liées aux troubles émotionnels. Lié à cette perspective, il se réfère au *schéma* pour comprendre le fonctionnement des troubles dépressifs, par exemple. Il semblerait que la pensée dépressive résulterait de processus cognitifs qui seraient déformés négativement.

Dans l'approche ICS (Sous-système Cognitif Interactif) de Teasdale et al. (1993), modèle récent à multi-niveaux, le trouble

dépressif résulterait d'une configuration fermée où les boucles sensorielles et cognitives bloquent le sous-système en une configuration perpétuelle qui maintient la dépression. Dans un autre modèle plus sophistiqué de Power et al. (1997), le SPAARS (Schematic, Propositional, Analogical, and Associative Representation Systems), s'intègrent les théories cognitives des émotions. D'après ce modèle, les troubles émotionnels s'expliqueraient à partir de deux voies responsables de la génération des émotions. Ces concepts illustrent en quelque sorte l'*inhibition* aussi bien cognitive qu'émotionnelle. En effet, on distingue l'*inhibition des informations* liées aux émotions, l'*inhibition des émotions* d'elles-mêmes et l'*inhibition contrôlée*. À ce sujet, l'*inhibition contrôlée* caractériserait, d'après Singer (1990), les individus qui auraient un style de coping répressif, les *repressors*. Ces derniers n'associeraient pas leurs expériences corporelles à l'émotion, en utilisant une stratégie de déni. À part ces constats, les différences individuelles se trouveraient aussi dans l'amplitude des réponses émotionnelles.

En plus des modèles psychologiques pour la compréhension des troubles psychiques et de l'effet de la psychothérapie, la neurobiologie apporte aujourd'hui sa contribution. En effet, elle essaye de comprendre les effets des expériences négatives et l'influence des interventions thérapeutiques spécifiques sur le plan neuronal.

Plus récemment, des scientifiques spécialisés dans la recherche et l'élaboration des théories psychothérapeutiques, comme Grawe (1998), s'appuient sur les connaissances provenant de la neurobiologie pour expliquer les comportements perturbés des individus. Cette constatation n'est pas une exception, mais il semblerait que l'on se trouve dans une nouvelle ère. Caspar (2003) est de l'avis que les deux disciplines devraient collaborer ensemble dans le but de s'enrichir mutuellement.

2.2 LA PSYCHOTHÉRAPIE ET LE PROCESSUS DE CHANGEMENT

« Psychotherapy focuses on broad fundamental questions about the nature and organization of personality, interpersonal processes and their interplay, the course of development over the life span and the full range of factors that can have an impact on adjustment, maladjustment, and psychopathology. » (Kazdin, in Bergin & Garfield, 1994, p. 19)

Un des grands puzzles en psychothérapie réside dans le fait qu'un nombre élevé de différentes approches sont appliquées aux différentes personnes et pour des problèmes divers. Ce constat représente la principale source d'exploration pour le travail d'intégration en psychothérapie. Dans ce contexte, il est important de comprendre les rôles exercés par l'émotion, la motivation, la cognition, le comportement et ses interactions, sans oublier les fonctions biochimiques et celles des systèmes sociaux.

La relation thérapeutique et l'alliance de travail entre thérapeute et client se sont avérées être les facteurs clés pour l'efficacité thérapeutique. Autrement dit, l'engagement émotionnel serait central pour la formation de la relation thérapeutique. Ainsi, l'émotion semble être à la base de l'expérience et de la pensée personnelle. Dans le travail thérapeutique avec les clients, l'ensemble des formes de thérapies s'intéressent aux émotions, c'est-à-dire de quelle façon celles-ci interagissent avec l'expérience passée et présente du sujet. Le travail sur les émotions semble donc être le point central en psychothérapie. Cependant, chaque orientation psychothérapeutique le fait selon sa propre base théorique. Par là, il s'avère fructueux, dans une perspective éclectique, de comprendre les mécanismes sous-jacents qui agissent dans les différentes approches théoriques afin de pouvoir tirer des conclusions sur le processus thérapeutique qui, à son tour,

permet d'accroître l'efficacité en thérapie. Des recherches spécifiques dans ce domaine ont permis d'enrichir les théories psychothérapeutiques existantes pour rejoindre une perspective éclectique. Afin de comprendre cette évolution, il s'avère nécessaire de comprendre comment les différents courants thérapeutiques conçoivent le changement en psychothérapie, sur les plans cognitif et affectif. Avant de s'engager sur cette voie, il est intéressant de voir comment Greenberg et Paivio (1997) distinguent cinq sources potentielles de dysfonctionnement qui pourraient servir de cadre pour les diverses théories psychothérapeutiques :

- Incapacité d'effectuer des changements dans la relation avec l'environnement et qui dépend de l'émotion éprouvée et cause du stress.
- Éviter ou désavouer une émotion, ce qui mène à la désorientation et à l'incongruence.
- Problèmes avec la régulation de l'intensité émotionnelle et qui produit un coping inadéquat.
- Traumatismes, souvent décrits comme stress post traumatique.
- Pensées dysfonctionnelles des processus d'interprétation résultant des réponses émotionnelles maladaptées.

Chacune de ces sources de troubles amène les thérapeutes à appliquer différentes sortes de traitements, comme l'apprentissage de nouveaux comportements de coping qui améliorent la régulation, l'élaboration émotionnelle pour assimiler les traumatismes, la restructuration des schémas émotionnels responsables de la génération des pensées, etc.

Le problème majeur pour l'organisme émotionnel se réalise quand l'émotion n'arrive pas à s'adapter en modifiant la relation entretenue avec l'environnement. Quand cela a lieu, le stimulus qui a provoqué cette situation continue à susciter le sentiment. Des sentiments particulièrement intenses et négatifs produisent du stress et peuvent même aboutir à l'effondrement. Dans de telles situations, retrouver la source du stress et la modifier s'avère être thérapeutique.

Dans le cas où l'individu évite de se confronter à ses propres émotions, semblable à la situation présentée auparavant, l'inadaptation des émotions à l'environnement a cette fois lieu à l'intérieur de la personne. Quand le *self* n'autorise pas à se transformer en acceptant l'émotion, l'individu évite le processus affectif en ignorant, déniait ou en déformant l'expérience. En thérapie, il s'agira d'accepter les sentiments douloureux. Ces émotions, en fait, peuvent être utilisées comme sources d'informations qui indiquent que le système a été endommagé ou qu'il a conduit à la désorganisation. Ainsi, le *self* ou la situation devront être changés pour ramener un équilibre.

Une autre source de dysfonctionnement consiste dans le fait que les individus pensent éprouver certains sentiments alors que ceux-ci ne correspondent pas à la réalité. On peut se référer à la situation dans laquelle la personne se sent triste, mais montre de la joie. Cette expérience ne serait donc pas intégrée, car les signaux internes sont mélangés. La thérapie consisterait d'une part à s'ouvrir et à accepter ses propres sentiments, d'autre part à apprendre à en retirer du bénéfice par rapport aux informations que fournissent ces émotions. Plus la personne concernée appliquera ces indications, plus elle sera capable de s'adapter au monde et aux émotions.

Différents types de stratégies concernant les processus d'informations peuvent être utilisées pour contrôler les réactions émotionnelles. Ce phénomène peut conduire à un déplacement de l'expérience émotionnelle vers le conscient ou à un comportement qui empêche les sentiments d'être vécus. Les stratégies de distractions les plus utilisées seraient de se charger de travail ou de transformer les sentiments en des plaintes psychosomatiques (Greenberg et al., 1997).

Dans le cas des *problèmes de régulation*, ces processus influencent la dynamique et la qualité de l'expérience émotionnelle qui s'avère être en elle-même problématique. Ainsi, l'intensité, la labilité, la vitesse, la durée et la persistance de nos émotions peuvent être parfois sources d'une maladaptation. La régulation émotionnelle se développe durant la vie et inclut souvent une synthèse des réponses émotionnelles et d'apprentissage. Elle influence la coordination de

la réponse émotionnelle et le niveau supérieur du processus de réflexion. En effet, la régulation n'est pas toujours consciente et volontaire, car un certain nombre de processus de régulation ne sont pas immédiatement conscients. Le processus de régulation peut présenter un dysfonctionnement aussi bien dans le sous ou le sur contrôle de l'expérience et de l'expression émotionnelle. La difficulté à régler les sentiments négatifs et les émotions douloureuses se retrouve chez les personnes qui souffrent de troubles de personnalité. La régulation de ces sentiments se base sur la diminution des réactions d'escalades internes rapides.

Dans le dernier point qui concerne le dysfonctionnement de la construction de la pensée, on fait référence à une construction de pensée fautive. Le noyau des expériences problématiques proviendrait des schémas émotionnels inadaptes. Ces structures complexes synthétisent une variété de niveaux de processus d'informations qui génèrent les pensées personnelles. Les *émotions secondaires dysfonctionnelles*, comme le désespoir ou la colère, peuvent se produire après des séquences cognitivo-affectives apprises et complexes. L'aspect crucial du changement thérapeutique consisterait en l'identification des réponses émotionnelles primaires chez la personne et les buts personnels qui gouvernent ces processus. Une fois que les besoins et les buts ont été identifiés, cette découverte va faciliter les nouvelles organisations du *self*, en donnant un nouveau sens de directivité aux buts ou en les remplaçant lorsqu'ils ne peuvent pas être atteints.

Les pensées émotionnelles complexes résultent de notre évaluation ou de notre réponse émotionnelle en temps réel et des constructions conscientes de pensées qui en découlent. A nouveau, un processus hiérarchiquement élevé et dépendant du contexte est en jeu. Ainsi, face aux dysfonctions émotionnelles, on est confronté à une séquence de processus internes et d'attributions qui se réalisent dans des interactions et qui doivent être traités.

La perspective de changement selon les théories psychothérapeutiques principales

Comme on l'a vu jusqu'à présent, on distingue différentes *sources de dysfonctionnement*. Ainsi, comme pour les troubles, les traitements dérivés de différentes approches thérapeutiques peuvent être très différents, tout comme leur efficacité. Pour mieux comprendre l'idée de l'éclectisme en vigueur aujourd'hui et l'influence qu'exercent certaines théories et certains traitements dans le processus thérapeutique, il est nécessaire de poser notre regard sur quelques approches psychothérapeutiques principales actuelles.

L'approche psychanalytique

Avant de présenter les courants thérapeutiques plus récents, il semble pertinent de situer brièvement l'approche psychanalytique qui a été le point de départ du concept clinique tel comme qu'on le connaît aujourd'hui.

En effet, d'après Dahlbender, Stigler et Kächele (1997, p. 105) : « *l'hypothèse freudienne d'un schéma durable qui imprègne les relations de l'être humain reste d'actualité pour les psychothérapies d'inspirations diverses, son élément fondamental étant la participation, dans toute construction d'une relation dans le présent, d'un substrat des expériences relationnelles accumulées dans le passé* ».

Ainsi, la psychanalyse a contribué durant le vingtième siècle à la clarification des émotions humaines, même si Freud a préféré se centrer sur le terme de *pulsions* au lieu de parler d'émotions. Toutefois, indépendamment du terme utilisé, son intérêt a toujours porté sur le côté subjectif et émotionnel de l'individu (Kruse, in Otto et al., 2000). On peut ainsi dire que la contribution la plus importante que la psychanalyse a fournie dans la recherche sur les émotions et en psychothérapie, est qu'en tant qu'approche thérapeutique, elle a la première professionnalisé la méthode qui consiste à parler de ses propres émotions. Ainsi, elle a créé un accès à la subjectivité scientifique.

2.2.1 Les approches comportementales et cognitives

L'approche comportementale offre une conception théorique radicalement différente par rapport à l'approche psychanalytique. En effet, les deux processus conscients et inconscients ont été remplacés par les principes théoriques qui font appel aux comportements appris ou désappris. Dans la tradition comportementale classique, il n'existe pas de théorie des émotions en soi, mais ces dernières sont vues comme résultant d'un apprentissage au même niveau qu'un comportement ouvert. De plus, ces types de comportements vont être annulés par l'absence d'un renforcement continu. Deux courants principaux ont dominé les théories comportementales des émotions. Les premières orientations théoriques se représentaient l'individu comme une sorte de *tabula rasa*, c'est-à-dire un organisme qui apprend les réponses émotionnelles en réaction aux contingences environnementales. A cet individu, on attribuerait une flexibilité élevée dans la capacité humaine à apprendre des réponses émotionnelles variées. La deuxième orientation théorique, par contre, postule que les émotions auraient, au moins en partie, une prédisposition innée. De nombreux auteurs d'orientation expérimentale, provenant de la tradition de Watson et Skinner adhéraient plutôt à la première orientation, plus précisément en se focalisant sur le rôle joué par le conditionnement classique pour l'apprentissage des réponses émotionnelles non désirées. Les auteurs comme Miller (1951, in Greenberg, 1987) et Mowrer (1960, in Greenberg, 1987) se basent plutôt sur *le rôle de l'émotion* dans l'apprentissage conditionnel. Ces auteurs ont tendance à regarder la peur et l'anxiété comme le centre de gravité de l'émotion, car elles sont considérées comme étant des émotions essentielles dans l'apprentissage d'évitement. La position de Mowrer se distingue de celle de Miller de différentes façons. Pour Mowrer, les *émotions* seraient centrales dans l'apprentissage et il en propose quatre : la *peur*, l'*espoir*, le *soulagement* et la *déception*. La peur et l'espoir détermineraient les réponses alternatives dans des situations où un but serait menacé. La personne pessimiste répondrait à ce type de situation par la peur, alors que la personne optimiste y répondrait par l'espoir. Quand un stimulus qui déclenche la peur disparaît, alors apparaîtrait comme

émotion le soulagement. La nouvelle idée de Mowrer sur les émotions, dans l'approche comportementale, serait que l'émotion représenterait le pôle central de l'organisme et serait initiée par des stimuli appris et désappris.

Au début des années soixante, Wolpe et Rachman (in Comer, 1995) proposent la théorie de la peur conditionnée. Wolpe, en se basant sur les expérimentations effectuées avec les chats, est de l'avis que la peur s'estomperait par le processus appelé *inhibition réciproque*. Dans ce processus, l'anxiété serait déclenchée et la personne appliquerait en même temps une réponse pertinente. Dans cette situation, la réponse adéquate inhiberait et effacerait la réponse anxieuse. La relaxation, utilisée dans la désensibilisation systématique, ferait partie de ces réponses adéquates. Rachman, de son côté, pensait qu'une simple théorie sur le conditionnement n'était pas suffisante pour expliquer la génération et le maintien de la peur. Il était de l'avis que les peurs quotidiennes peuvent être acquises par des processus indirectes, comme l'apprentissage vicariant. A ce sujet, il ne faut pas oublier la théorie sociale cognitive de Bandura (1986, in Comer, 1995) qui est basée sur la notion d'interaction. D'après cet auteur, le comportement résulte d'un déterminisme réciproque des facteurs personnels, environnementaux et comportementaux. Ce modèle de causalité triadique et réciproque n'implique ni que chacun des trois facteurs intervienne avec la même force dans une situation donnée ni que les trois facteurs soient concernés en même temps. La bidirectionnalité de l'influence signifie que les personnes sont à la fois produit et productrices de leur environnement. Pour Bandura les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche sont à compter parmi les principaux mécanismes régulateurs des comportements. Ces croyances constituent le mécanisme le plus central et le plus général de la gestion de soi. Ainsi, dans cette perspective, les personnes évitent les situations et les activités qu'elles perçoivent comme menaçantes, mais elles s'engagent à exécuter les activités qu'elles se sentent aptes à accomplir.

Le traitement psychothérapeutique de l'anxiété et de la peur se base sur trois approches fondamentales : la désensibilisation systématique, le flooding³ et le modelage.

En résumé, le rôle de l'émotion dans la thérapie comportementale a été assez uniforme : l'émotion étant vue comme une réponse indésirable qui doit être supprimée ou contrôlée.

L'approche cognitive

Un thème qui a notamment permis d'unifier la théorie cognitivo-comportementale a été le fait de conceptualiser l'émotion comme un phénomène *post cognitif*. Ceci bien que certains théoriciens appartenant au courant cognitivo-comportemental présupposent la supériorité causale cognitive, c'est-à-dire que les cognitions précéderaient les émotions. De plus, les réactions individuelles seraient déterminées par les pensées intérieures. Ainsi, le rapport subjectif de leurs idées, sentiments et désirs fournissent le matériel brut des thérapies cognitives pour expliquer l'expérience humaine. En effet, on se réfère à un contenu spécifique d'une interprétation d'un événement qu'on croit être lié avec une réponse émotionnelle spécifique. Les pensées déviantes représentent les distorsions cognitives qui créent les troubles émotionnels. Ces pensées personnelles constituent les premières tâches de changement dans la thérapie cognitive.

La *thérapie cognitive de Beck* se base sur les pensées automatiques et erronées. Les pensées automatiques sont conceptualisées comme des processus cognitifs rapides et critiques qui ne sont pas complètement conscientes et qui soulignent les réactions émotionnelles négatives. Le but des techniques cognitives appliquées en thérapie consiste à ce que le client mette en évidence ses propres pensées. Ainsi, le thérapeute met à jour progressivement les monologues intérieurs en questionnant le client lors de moments de *fortes émotions*. Ces moments sont utilisés par les thérapeutes pour avoir accès aux schémas cognitifs. Le but consiste à aider le client à *modifier* la conception négative

³ Il s'agit de l'exposition directe au stimulus actuel de la peur. Cette technique vise la prévention du comportement évitant et l'extinction ou l'habituation de la réponse anxieuse.

du monde et de lui-même qui en résulte. Le thérapeute peut aussi utiliser le *jeu de rôle* reproduisant les situations génératrices de sentiments négatifs.

Une autre technique consiste à ce que le client tienne à jour des fiches qui, en cas de sentiments négatifs, permettent de noter les circonstances dans lesquelles sont apparues les émotions négatives et les pensées automatiques qui les ont accompagnées. Ainsi, il se peut qu'apparaissent des thèmes récurrents qui s'organisent sous forme de postulats.

En effet, il existe de nombreuses formes de techniques pour la mise en évidence des convictions personnelles. Parmi ces techniques on compte par exemple, la *fiche de modification des pensées automatiques* ou la *flèche descendante*⁴ (*downward arrow technique*). En général, le but de ces techniques ne consiste pas à confronter le client avec son erreur mais, par un jeu subtil et progressif de questions et de réponses, appelé aussi *dialogue socratique*, on lui fait prendre conscience du caractère dysfonctionnel, illogique et déficitaire des principes cachés qui régissent son comportement. En rapport avec ces techniques, on suppose que le thérapeute incitera le client à développer la capacité d'effectuer des raisonnements alternatifs par rapport à ces postulats. Ce traitement permet au client submergé par l'affect négatif et dominé par des pensées irrationnelles de remplacer ses distorsions illogiques par des réponses plus en rapport avec la réalité. L'application de ces techniques permet au client de réduire les symptômes dépressifs par exemple dans un bref délai, de mieux comprendre les causes de ses états émotionnels, de développer l'autocontrôle et de réduire le danger de rechute (Burns, 1989).

Dans une même perspective, dans la thérapie cognitive de Ellis (1978), appelée aussi *thérapie rationnelle émotive*, les problèmes émotionnels seraient dus au système de croyance irrationnel de l'individu. D'après cet auteur, les émotions ne sont pas isolées de l'organisme ou de l'environnement. La perception, l'émotion, le comportement et la pensée sont reliés entre eux et opèrent ensemble. Les émotions intenses interfèrent avec l'intégration de

⁴ Cette technique, utilisée dans cette recherche, va être expliquée de façon plus approfondie dans le chapitre suivant.

ces processus. Dans la thérapie de Ellis, le but consiste à aider les clients à changer ou à contrôler l'émotion intense et inappropriée.

Les comportements des clients sont influencés par des croyances maladaptées et la thérapie se focalise justement sur la modification de ces dernières. Ainsi, la *thérapie rationnelle émotive* agit sur les croyances irrationnelles du client, surtout par deux moyens: a) le thérapeute travaille ouvertement comme contre propagateur qui s'oppose aux arguments auto dommageables du client; b) le thérapeute encourage le client, il essaie de le convaincre et il l'incite dans l'exercice à effectuer ce qu'il craint. Cela permet de réévaluer efficacement sa conviction insensée.

Ces techniques thérapeutiques visent à intérioriser une vision de vie rationnelle de la même façon qu'auparavant lorsque le client avait intériorisé et appris les postulats irrationnels de ses parents et de son environnement. La conception de base de cette technique repose sur le fait que l'homme n'est pas touché d'une façon déterminante par d'autres hommes et événements extérieurs, mais plutôt qu'il adhère aux attitudes de ses prochains et aux événements extérieurs. Ces constats démontrent que la personne présente presque un pouvoir sans limite en modifiant ses convictions auto-suggestives qui lui permettent de changer. Ainsi, elle a la possibilité de devenir telle qu'elle le voudrait.

Dans une perspective similaire à d'Ellis, Beck, comme on l'a vu précédemment, utilise une technique particulière pour se focaliser sur les pensées automatiques dysfonctionnelles.

Une troisième approche de thérapie cognitive, appelée aussi *thérapie auto-instructive* de Meichenbaum (1977, in Greenberg 1987), vise à accroître la conscience de ses propres affirmations négatives, mais ceci ne conduit pas à une analyse rationnelle des croyances erronées du client. Cependant, cette thérapie se focalise sur l'apprentissage de comportements spécifiques de coping et de résolution de problèmes. D'après cet auteur, la population normale se distinguerait de la clinique non par l'absence de pensées irrationnelles, mais par la gestion de types de techniques utilisées pour affronter ces pensées et ces sentiments.

Les approches présentées ci-dessus présentent les émotions soit comme une réponse apprise, soit comme un phénomène cognitif.

Toutefois, le développement théorique, tel qu'il a été présenté dans le chapitre précédent concernant le traitement de l'information, a permis de proposer d'autres traitements thérapeutiques.

Dans cette nouvelle optique, Rachman (in Comer, 1995) qui provient d'une orientation comportementale traditionnelle, suggère aux thérapeutes de modifier les problèmes à partir des affects. Il propose d'utiliser des techniques qui permettent de réduire les réactions affectives indésirables et qui facilitent l'interdépendance entre les systèmes affectifs et cognitifs. Il est de l'avis que les thérapeutes devraient développer de nouvelles voies pour avoir accès directement au système affectif.

En résumant, on peut conclure que les théories comportementales de l'apprentissage ne jouent actuellement plus de rôle dans les modèles explicatifs des thérapies comportementales, et qu'elles ont été remplacées par les concepts provenant de la psychologie cognitive et ceux dérivant du traitement de l'information. Aujourd'hui, en tenant compte de cette évolution, on parlera plus justement de la *thérapie cognitivo-comportementale*.

2.2.2 L'approche humaniste / expérientielle

L'approche humaniste peut être conçue comme un courant de révolte contre la psychanalyse où le thérapeute agit comme expert qui interprète le comportement du client. En effet, dans la thérapie centrée sur la personne, Rogers, contrairement à Freud, valorise le potentiel du client et sa capacité à utiliser ses propres forces et capacités pour la guérison (Lambert, 2004). Pour qu'un tel changement soit possible, le thérapeute se sent responsable de lui fournir un environnement respectueux, chaleureux et empathique. De plus, dans l'approche humaniste, contrairement à la psychanalyse et à la théorie comportementale, les émotions ne sont conceptualisées ni comme expression des impulsions instinctives, ni comme des réponses apprises. Elles sont plutôt vues comme une sorte de système de contrôle qui fournit des informations à l'organisme sur ses réponses par rapport aux situations. De plus, elles aident à s'adapter à l'environnement. Toutefois, cette conception n'était à l'origine pas conçue en termes d'informations

procédurales, mais elle était basée sur une perspective informative concernant les affects.

L'approche comportementale, donc, se distingue de la psychanalyse, mais le client est quand même vu comme quelqu'un de pathologique que le thérapeute incite activement et de façon directive à trouver une solution à ses problèmes. Les psychanalystes et les comportementalistes ont critiqué les psychothérapies humanistes en leur reprochant de trop se focaliser trop sur le présent. Ce reproche s'avère être cependant infondé, car les thérapeutes humanistes soutiennent l'exploration du passé afin de le découvrir et de pouvoir modifier leur comportement actuel pour être co-auteur de leur vie (Snyder & Ingram, 2000). On peut conclure que les approches humanistes et comportementales ont en commun le fait qu'ils focalisent leur intérêt sur l'évaluation des effets en psychothérapie. Les humanistes analysent plutôt la séance thérapeutique en vue de comprendre ce qui se passe à chaque moment. Les comportementalistes par contre valorisent plutôt le résultat d'un traitement donné en le mettant en relation avec des interventions thérapeutiques guidées. Les deux méthodes s'avèrent être plus brèves que la psychanalyse, ce qui favorise la recherche (Lambert, 2004).

Après les remarques et constatations mentionnées ci-dessus, il semble primordial de comprendre les concepts et les principes provenant de l'approche humaniste pour comprendre d'une part son effet, d'autre part son évolution.

La thérapie centrée sur la personne

« Existential psychotherapists try not to impose either their own values or psychology's notions of psychopathology. But they may share their reactions with clients as part of the joint project to better understand the clients' shaping of their worlds. In this process, it becomes apparent to clients that the therapist, too, struggles with existential responsibility for

dealing with the dilemmas of daily life.
» (Snyder et al., 2000, p.244)

La caractéristique centrale de la psychothérapie expérientielle est l'*experiencing*. Dans la thérapie centrée sur la personne, le concept d'*experiencing*, c'est-à-dire « l'expérience ouverte et consciente des composantes émotionnelles et des significations » (Reicherts, 1998, p. 6), a pris un rôle central et important. Par *expérience*, on comprend le fait de recevoir l'impact des événements sensoriels et physiologiques qui ont lieu à un moment précis. Donc, dans cette approche, *faire plus d'expérience consciente*, revient à développer le processus d'*experiencing* vers une symbolisation plus complète et précise. Il est clair que cette conception est compatible avec la perspective des informations procédurales.

L'organisme dans sa totalité peut faire des *expériences*⁵ qui peuvent devenir conscientes chez la personne, mais pas obligatoirement.

D'après Rogers, l'*expérience* est considérée selon un processus subjectif de traitement et de construction. Ainsi, la personne vivrait au centre d'un monde construit individuellement où les expériences nouvelles sont analysées et interprétées à partir d'un système de référence interne. Ce système interne, de son côté, détermine par exemple les actions, l'interprétation des événements, etc., de la personne. Selon Rogers, l'individu ne réagit pas à la réalité elle-même, mais plutôt en fonction de ses propres perceptions de cette réalité, et ces dernières sont influencées par l'ensemble du système de référence interne. Les expériences sont interprétées en tenant compte du fait qu'elles sont utiles ou non pour le maintien ou pour l'évolution de l'organisme. Une partie de l'expérience peut être symbolisée et aboutir ainsi au conscient. La symbolisation de l'expérience dans le conscient peut être correcte, mais elle peut aussi être déformée. Une symbolisation adéquate de l'expérience est fondamentale, par exemple pour la construction d'un concept de soi réaliste, pour la connaissance de ses propres

⁵ Dans ce contexte l'expérience inclut les processus mentaux, émotionnels et de traitements et situés dans l'organisme.

but et motifs, pour le développement réaliste de la connaissance du monde ou pour la résolution de problèmes d'une façon constructive. Tous ces processus peuvent être entravés lors d'une symbolisation incorrecte ou absente.

Les émotions représentent des aspects relevant de l'expérience, car l'importance personnelle y est toujours impliquée, ainsi que son évaluation. Ainsi, les émotions informent la personne sur ses propres évaluations, buts et motifs. Donc, dans cette approche, le sentiment résulte de l'union de l'émotion et de la cognition.

Les expériences représentent en même temps pour la personne des expériences sur elle-même, c'est-à-dire qu'elle fait l'expérience avec elle-même, elle se perçoit elle-même dans les contextes et forme des concepts sur elle-même. Ces expériences créent une structure, le concept du *soi*. Le *soi* représente une structure consistante et organisée qui se forme en tenant compte des capacités perçues du *moi* et des relations entretenues avec l'environnement. Dans cette structure sont incluses aussi les évaluations des capacités et des relations, donc la valeur de soi.

La théorie de Rogers se réfère notamment au concept de l'*incongruence* pour expliquer les troubles. Le point de départ de ses réflexions théoriques se base sur les tendances d'actualisation. L'auteur fait référence aux tendances générales de l'organisme à inclure toutes les capacités qui lui sont données pour son développement et pour son évolution. On suppose que ces motifs correspondent hiérarchiquement aux motifs les plus élevés. Ainsi en résulte que tous les autres motifs et buts y sont subordonnés.

Rogers (1957) suppose que l'organisme présente un *need for positive regard* et que ses besoins jouent un rôle important pour le développement du soi et pour la valeur de soi. Si la personne reçoit durant sa croissance de la reconnaissance sous forme d'un *unconditional positive regard*, alors elle va développer une valeur de soi positive. Cet état de fait va avoir comme conséquence que la personne va devenir indépendante des reconnaissances externes. Alors que dans le cas contraire, elle en deviendra dépendante.

Après ces constatations, on peut s'imaginer que dans certaines conditions différents conflits peuvent se créer. Dans le cas par exemple de la *défense de soi*, le concept de soi est déficitaire et la

valeur de soi basse. Une parmi d'autres conséquences pourrait résider dans le fait que les expériences menaçantes peuvent être déformées. Dans un autre cas, lorsque la personne présente une estime de soi très basse, elle peut devenir extrêmement dépendante des reconnaissances positives des autres. Dans toutes ces situations, la personne se trouve dans un état d'*incongruence*. Les tendances motivationnelles travaillent contre elles-mêmes et elles amènent à un trouble profond du système, c'est-à-dire, un trouble de la régulation de soi. Le trouble de la régulation se manifeste chez la personne de différentes manières :

- Par le déni de ce qui est important pour elle, en ne tenant pas compte de ses propres besoins.
- Par le fait qu'elle n'arrive plus à définir ses buts qui sont centraux pour la résolution des problèmes.
- Par l'absence d'informations émotionnelles adéquates sur ses motivations.
- Par l'absence d'informations émotionnelles adéquates sur la réalité et qui concernent, par exemple, ses propres actions.
- Par l'absence d'informations correctes sur les caractéristiques de ses propres problèmes dont par conséquent la résolution devient impossible.

La personne peut percevoir plus ou moins bien toutes ces difficultés. Si c'est le cas, alors elle vit une *incongruence* ainsi qu'une souffrance élevée. Toutefois, elle est aussi en mesure d'éviter la symbolisation de ces difficultés. Dans ce cas alors, elle présente tout de même des difficultés, mais pas de souffrance manifeste.

Quand la personne concernée perçoit ses difficultés, elle ressent souvent des tensions ou de la peur. Cet état s'explique par le fait qu'en raison de sa représentation inadéquate, elle n'arrive pas à comprendre ce qui lui arrive. Elle présente des réactions émotionnelles qu'elle ne comprend pas; elle agit contre sa volonté; son système de persuasion est tiraillé et conflictuel en n'aboutissant pas à l'intégration; des convictions contradictoires ne sont pas reliées et livrent deux sortes de pensées. A ce sujet, Stiles et al. (1990, in Sachse 1999) décrivent dans leur *modèle*

d'assimilation différentes étapes possibles qui concernent le traitement du problème effectué par le client durant la thérapie. Dans une thérapie constructive, le client parcourt les diverses étapes, mais celui-ci peut débiter la thérapie en se situant à n'importe quel niveau. Au premier niveau, le client se trouve dans la *phase de défense*. Dans cette phase, le client n'est pas conscient de son problème ni de son existence. Cependant, en thérapie, il manifeste une certaine réticence à aborder certains thèmes, ce qui montre que l'évitement est bien présent. L'évitement est si bien construit que le client ne ressent aucune émotion. Dans l'étape suivante des *pensées non désirées*, la personne vit des pensées intrusives liées à des affects désagréables qu'elle parvient seulement difficilement à contourner. A la troisième étape, la personne *décèle* des problèmes, elle est partiellement consciente de leur existence. Cette phase est assez aversive pour le client, car il éprouve, au niveau émotionnel, très fortement l'existence de son problème, et en même temps il se sent impuissant, car il n'arrive pas encore à comprendre ce problème.

A partir de l'étape suivante, la personne débute avec la *clarification du problème*, c'est-à-dire qu'elle se confronte activement avec le problème et les émotions qui y sont liées deviennent moins menaçantes, et plus significatives.

C'est à partir de la prochaine étape qu'a lieu le véritable *processus de compréhension*. Les clients arrivent maintenant à relier leurs affects et leurs actions aux schémas, motifs, etc.

Dans la phase d'*application* qui suit, les clients tirent des conclusions à partir de la compréhension de leurs motifs et de leurs schémas. Ils développent de nouvelles stratégies de traitement et d'action et commencent à les appliquer.

Dans la phase de *résolution de problèmes*, les clients aboutissent à la résolution du problème efficacement. L'affect se révèle maintenant majoritairement positif et il est aussi imprégné par la fierté et la satisfaction du résultat obtenu.

Lors de la dernière phase de *maîtrise*, les clients appliquent de plus en plus ce qui s'est révélé efficace pour résoudre d'autres problèmes. L'application devient une routine et le problème n'existe plus.

Le parcours de ces différentes étapes provoque un effet paradoxal. Cela veut dire que le travail thérapeutique aggrave d'abord l'état du client pour ensuite l'améliorer. Ce phénomène s'explique par le fait que la thérapie rend au début le client conscient de l'existence du problème avant qu'elle puisse l'aider à le résoudre. Une telle situation ne se produit pas lorsque le client au début d'une thérapie se situe déjà à des étapes supérieures. Dans ce cas, le client ne travaille plus avec une conscience vague du problème, mais d'une façon constructive sur un problème bien défini.

En résumé, la thérapie centrée sur la personne s'attend, lors du processus thérapeutique, aux changements suivants de la part du client :

- Le client s'oriente plus fortement vers l'intérieur.
- Il accroît sa motivation à se confronter aux aspects de lui-même qu'il avait évités auparavant.
- Les conflits, les incongruences, etc., se clarifient de plus en plus.
- Le client élucide toujours mieux ses affects et son vécu. Il se confronte à ses émotions, les analyse dans leur contexte et arrive à en comprendre le contenu.
- L'estime de soi augmente, le client parvient mieux à accepter les côtés positifs ou négatifs de sa personne.
- Il s'ouvre de plus en plus aux expériences sans les éviter. Le client s'est forgé une meilleure représentation de la réalité et peut ainsi résoudre ses problèmes d'une façon constructive.
- Le client clarifie ses buts et développe une représentation de ce qui est vraiment important pour lui.

Rogers (2001) a décrit six conditions nécessaires pour qu'une psychothérapie constructive puisse

se dérouler. On distingue trois conditions qui doivent être réalisées par le thérapeute: la *congruence*, l'*acceptation* et l'*empathie*. La congruence signifie que le thérapeute peut avoir accès à ses propres sentiments et pensées qui sont déclenchés par le client et par le cadre thérapeutique. Le thérapeute n'évite pas ses sensations, mais il peut les percevoir et les traiter. De plus, il parvient à les

utiliser pour mieux comprendre le client et ses problèmes. L'important consiste à ce que le thérapeute n'adopte pas une attitude défensive. L'acceptation consiste à accepter le client tel qu'il est dans sa totalité. Cela revient aussi à n'évaluer ni positivement ni négativement les contenus verbaux du client. La dernière condition, l'empathie, se réfère à la compréhension, par le thérapeute, du cadre de référence interne du client. La tâche du thérapeute ne consiste pas seulement à tenir compte des comportements explicites, comme le contenu verbal, mais il doit aussi comprendre les signaux para et non verbaux. En conclusion, la compréhension du thérapeute englobe le savoir sur ce que le client veut effectivement communiquer. Par rapport au client, les trois conditions qui le concernent sont les suivantes :

- Le client prend contact avec le thérapeute. Il présente une capacité relationnelle au moins minime.
- Le client montre une incongruence et la ressent. Cela veut dire qu'il possède une souffrance ou une motivation au changement minimales.
- Le client perçoit l'action du thérapeute au moins de façon minime, car c'est seulement ainsi qu'elle peut avoir un effet sur lui.

Les changements qui ont lieu dans la thérapie centrée sur la personne peuvent s'expliquer en partie par la théorie de l'attachement (Sachse, 1999). Vu selon cette perspective, le cadre thérapeutique est caractérisé par le client qui apporte son système d'attachement. Ce système est activé très fortement à cause des problèmes, troubles ou symptômes présentés par le client. Le thérapeute prendrait la fonction de la figure d'attachement. En effet, dans la relation thérapeutique, le thérapeute met à disposition les modalités qui permettent au client d'explorer ses propres capacités en tenant compte aussi des risques qui peuvent y être liés, comme les peurs, pour pouvoir en définitive les affronter.

Un des problèmes que certains auteurs, comme Wexler et Rice (1974, in Greenberg 1987), constataient dans la théorie de la thérapie centrée sur la personne traditionnelle, était la discordance avec la pratique. Le modèle de Rogers inclut des notions de défense et des affects déniés, alors que la thérapie centrée sur la

personne elle-même ne distingue pas entre ce qui se situe dans le conscient et d'autres niveaux de sentiments qui s'étendent extérieurement au conscient. En accord avec Rogers, les sentiments représentent une unité composée d'une expérience émotionnelle et de sa pensée cognitive. Dans cette perspective, Rogers s'accorde avec la conception de Freud en supposant que cette unité pourrait exister et exercer une influence complètement indépendante du conscient. Ce point de vue rend problématique la définition de la défense ou de ce qu'elle n'est pas, ou encore de ce qu'on attribue au sentiment ou au sentiment déformé par le mécanisme de défense. Rogers, dans la pratique, a pu surmonter cette dualité en se basant seulement sur le conscient du client.

D'autres auteurs ont avancé d'autres solutions pour résoudre la discordance entre la théorie formelle de Rogers et sa pratique. Gendlin (1981), par exemple, a développé une orientation plus phénoménologique qu'analytique. Son approche a abandonné le concept de défense et s'est intéressée à la façon avec laquelle l'individu se représente l'expérience immédiate. Pour cet auteur, les émotions représentent des *felt sense* corporels complexes qui accompagnent chaque action significative. Les sentiments incluent le préverbal, la préconception, le sens corporel d'être en interaction avec l'environnement et un sens interne de signification des choses. Gendlin avait remarqué que les personnes ressentent souvent les émotions d'embarras ou de culpabilité plutôt que de sentir ce qui a suscité ces sensations. Et, Gendlin insiste sur le fait que les sentiments ne sont pas analysés à l'intérieur, mais donnent une signification de la façon dont on se présente par rapport au monde. L'expérience est donc interactionnelle. Ainsi, pour Gendlin, des changements véritables se produiront chez le client en modifiant ce *felt sense*, c'est-à-dire ce que le client est réellement en train de vivre dans une situation particulière.

Les principes théoriques de ces auteurs représentent l'évolution de la théorie centrée sur la personne aussi bien sur le plan théorique que thérapeutique. Il s'agit de la *process-experiential psychotherapy*. Central dans cette approche serait qu'elle se base sur des théories thérapeutiques provenant de la psychologie générale et qu'elle a développé une conception thérapeutique directive et procédurale. On est donc confronté à une

psychothérapie orientée vers l'explication et le traitement. Quelques concepts principaux de cette approche mettent en évidence le rôle des schémas émotionnels impliqués dans les processus émotionnels et la signification de l'activation et de la désactivation de ces schémas émotionnels dans le processus thérapeutique. Greenberg, Rice et Elliot (1993, p. 5) définissent les schémas émotionnels « (...) *as internal synthesizing structures that preconsciously process a variety of cognitive, affective and sensory sources of information to provide our sense of personal meaning.* »

Les schémas émotionnels sont des structures complexes et synthétisées qui relient la cognition (sous forme d'évaluation, attentes et convictions) et la motivation (sous forme de besoins, soucis et buts) avec les affects (sous forme d'émotions corporelles, sensorielles et exacerbations physiologiques) et les actions (sous forme de réactions motrices et expressives). Donc, le changement ne se réalise pas à partir de schémas purement cognitifs, comme d'après Beck.

D'après Greenberg et al. (1993), les dysfonctions des schémas résultent du processus constructif de la symbolisation erronée, mais aussi de l'activation des schémas émotionnels qui sont caractérisés par un mauvais fonctionnement et qui se sont formés durant le développement. Généralement ces schémas ne peuvent pas changer sans des interventions. En effet, l'attention sélective dans l'élaboration automatique des informations nouvelles aboutit à un cycle d'auto-renforcement dans lequel le schéma se trouve toujours confirmé. Ainsi, une personne qui a l'impression de ne pas être aimée va se focaliser sur les détails d'une situation précise qui confirment le rejet. De plus, les schémas assimilent les nouvelles informations en fonction des structures déjà présentes et les déforment. Le fait que la personne n'a pas accès à ses affects dans cette structure abstraite, fait qu'elle ne peut pas élaborer les nouvelles informations. Pour que les schémas puissent être modifiés, ils doivent être activés. Et enfin, lorsqu'une situation active un schéma caractérisé par un mauvais fonctionnement, la réaction émotionnelle dirigée par le schéma peut troubler le traitement de nouvelles informations. En effet, les réactions émotionnelles peuvent être si intenses que la personne éprouve de

la difficulté à mettre à disposition les capacités nécessaires pour le traitement des informations provenant de l'environnement.

Ainsi, sur le plan thérapeutique, l'activation des schémas représente un événement thérapeutique interne, car il peut se manifester dans des actions et dans des vécus particuliers du client qui peuvent être reconnus par des *marqueurs* en thérapie. Les thérapeutes doivent déceler ces marqueurs et savoir par quelle sorte d'intervention il peut solliciter les processus de changement chez les clients. Ainsi, cela a permis de développer des stratégies thérapeutiques concrètes pour pouvoir aboutir à des modifications sur le plan émotionnel. Cette approche s'oriente fortement vers l'action, c'est-à-dire que le thérapeute oriente le processus d'une façon directive et incite le client à trouver des solutions pour un traitement constructif des émotions. Les variables de base de Rogers constituent les conditions nécessaires pour qu'un changement émotionnel et constructif puisse avoir lieu.

Greenberg (1993) définit en tout six principes fondamentaux dont le thérapeute devrait tenir compte en thérapie :

- Compréhension empathique du système de référence interne du client.
- Communication empathique et sous une forme d'acceptation dans le but de créer une bonne relation thérapeutique.
- Motiver et inciter la participation du client pour le développement des buts et la contribution aux tâches en thérapie.
- Application des interventions procédurales et directives.
- Encouragement au développement et à l'autonomie du client.
- Inciter le client à terminer les tâches thérapeutiques et spécifiques.

Ainsi, le centre du travail thérapeutique consiste en la modification du processus émotionnel de traitement et le changement des schémas émotionnels qui ont une signification émotionnelle et affective pour le client. Les stratégies thérapeutiques visent donc la facilitation du changement émotionnel ou au *facilitating emotional change*.

La thérapie centrée sur la personne visant un but spécifique

La thérapie centrée sur la personne visant un but spécifique, nommée *Zielorientierte Psychotherapie* (Sachse, 1992), oriente fortement le processus d'une façon directive. Cette nouvelle approche se confond dans sa conception avec la théorie du *processus expérientiel*. Cependant, cette forme de thérapie accentue plus profondément l'importance du traitement de l'information et du processus d'action, mais aussi un encouragement général du client par ses actions. En plus, elle incorpore des théories provenant d'autres domaines de la psychologie comme celles de la motivation, de la cognition ou du langage.

Cette approche s'est fortement développée et modifiée par rapport à la conception traditionnelle de Rogers. A partir de cette évolution, il en résulte aussi des modifications et des développements par rapport au déroulement thérapeutique et de la recherche.

La thérapie centrée sur la personne visant des buts spécifiques se réfère au modèle général appelé *modèle motivationnel-émotionnel-régularisateur*, autrement dit *Motivations-Emotions-Regulationsmodell* (Sachse, 1999), pour déterminer les points d'appui de la thérapie. Ce modèle distingue trois *niveaux verticaux*, l'environnement, le traitement et la disposition, et cinq *niveaux horizontaux*, l'élaboration et l'interprétation, l'élaboration émotionnelle, le processus motivationnel, le plan d'action et l'application. Par *environnement*, on se réfère aux stimuli des situations spécifiques qui influencent et qui peuvent être traités par la personne. Il s'agit de situations complexes dans lesquelles la personne agit. Le traitement est très important, car on présuppose que la personne ne réagit pas simplement à une situation, mais elle doit plutôt traiter les stimuli. Ce processus de traitement doit être vu comme un processus complexe d'interaction entre les informations qui entrent (input) et les structures dispositionnelles dans un traitement *bottom-up* ou *top down*⁶. Les processus de

⁶ Certaines situations caractéristiques peuvent activer un schéma *bottom-up* et celui-ci dirige après *top-down* la suite du traitement de l'information et du plan d'action. Cette façon de procéder se révèle être très rapide, très automatisée et inconsciente, très fiable et incontrôlable pour le sujet.

traitement actifs sont toujours influencés par le stimulus de la situation, les schémas de connaissance et d'autres processus de traitement.

Le niveau *dispositionnel* traite les structures de franchissement sur lesquelles, en arrière-plan, a lieu le processus actuel de traitement. Ce niveau est également important, car différents facteurs (les connaissances de la personne, les considérations sur elle-même, ses motifs, etc.) peuvent donner lieu à des interprétations individuelles diverses pour une même situation. On part donc de l'idée que la personne ne réagit pas à une situation, mais plutôt qu'elle en fait une interprétation. La personne agit en fonction de ses déterminants internes.

En ce qui concerne les *plans horizontaux*, plus précisément l'*élaboration* et l'*interprétation*, ils tiennent compte des processus de traitements cognitifs, comme la catégorisation, l'attribution ou l'interprétation se basant sur la connaissance. En effet, ces processus sont dirigés très fortement par les connaissances et les présuppositions effectuées par la personne. Une situation peut être interprétée par une personne comme un échec, alors que les observateurs l'évaluent comme un succès. Beck (1987) avait bien montré ces mécanismes dans les troubles dépressifs. Ces mécanismes sont très importants aussi dans la thérapie centrée sur la personne visant une tâche spécifique, car ils peuvent être à la base d'autres traitements troublés. De plus, ils peuvent avoir une influence négative sur les schémas importants, les schémas émotionnels, etc.

Un autre élément important faisant partie des niveaux horizontaux serait l'*élaboration de l'émotion*. A ce sujet, on se réfère au fait que la personne retient les aspects importants d'une situation donnée à partir des schémas émotionnels et des motifs. Sur le plan thérapeutique, on se base ici sur la signification des émotions. Les réactions émotionnelles résultent de l'interaction entre la situation et la disposition, ce qu'éprouve une personne est idiosyncrasique et dépendant des schémas et motifs spécifiques. Etant donné que l'affect se révèle après l'activation des schémas concernés, celui-ci informe en même temps la personne sur ce schéma. L'affect peut informer une personne sur le type d'attribution sur laquelle elle se

base (par exemple, « je suis un perdant »), sur le type de schéma émotionnel auquel la personne se réfère (par exemple, « la critique est une catastrophe ») ou sur le type de motif dont elle tient compte (par exemple, « la performance »). Dans ce cas aussi, l'activation des schémas est automatique, la personne ne peut donc pas contrôler ses réactions affectives. Celle-ci ne comprend parfois même pas ses réactions émotionnelles, car les schémas implicites ne sont pas représentés cognitivement, mais vont être reconstruits durant le travail thérapeutique.

En ce qui concerne les *motifs* et les *processus motivationnels*, ceux-ci interagissent ensemble avec tous les autres paramètres. Ils déterminent considérablement le traitement émotionnel et de leur côté, les émotions et les affects informent la personne sur ses propres motifs.

Ainsi, les motifs déterminent quels types de schémas émotionnels se créent. Afin qu'un schéma émotionnel puisse se développer, une personne doit en principe évaluer une situation spécifique comme étant importante pour elle, mais cette évaluation est en même temps aussi dépendante du motif.

Les niveaux horizontaux comptent comme dernier élément les difficultés qui concernent le *plan d'action* et *l'application*. Les causes des difficultés qui concernent les plans d'actions se basent surtout sur deux facteurs : le déficit des compétences et les problèmes liés au schéma émotionnel. La personne peut présenter des déficits de compétences lorsque lui manquent les connaissances pour l'application de stratégies d'action adéquates. Le schéma émotionnel peut aussi interférer avec le plan d'action. En effet, si une personne présente un schéma de « perfection », son plan d'action sera très orienté vers la réalisation de son schéma. Le schéma de « perfection » présente le danger de devenir à long terme inadéquat. Dans le cas de *l'application* concrète, les difficultés rencontrées pourraient être dues aux aspects personnels, c'est-à-dire d'être capable de faire ou de ne pas pouvoir faire. Ces éléments peuvent à nouveau remonter aux schémas émotionnels et aux processus de traitement. Ainsi, par exemple, une personne présentant une estime de soi basse pourrait se focaliser sur la réaction des autres pour constater si leur comportement est correct,

au lieu de se concentrer sur son propre comportement. Ainsi, la réalisation de ses actes peut être très fortement atteinte. Cet exemple montre que les problèmes comportementaux peuvent aussi être dus aux processus de traitement motivo-émotionnel.

D'après le modèle général du *processus motivationnel-émotionnel-régularisateur* présenté ci-dessus, se sont développés des concepts thérapeutiques pour la thérapie centrée sur la personne visant un but spécifique. Ces concepts thérapeutiques incluent l'instauration de la relation thérapeutique et les stratégies pour la clarification interne du sujet. Une stratégie centrale provenant de ce modèle serait la *clarification*. Ce type de stratégie dérive de la théorie de Rogers et se retrouve dans la variable du client de l'« *experiencing* » (Sachse, 1999). Le modèle général a mis en évidence qu'une représentation déficitaire de motifs ou de schémas émotionnels pertinents, de présuppositions, etc., peuvent affecter sérieusement le mécanisme de régulation de la personne. A partir de ces constats, le but de la thérapie revient à élaborer des représentations valides des déterminants internes à partir de la représentation existante déficitaire du client. La thérapie vise aussi à améliorer l'accès au système des motifs de la personne et la compréhension des traitements émotionnels. Ainsi, la clarification et la représentation des déterminants internes s'avère être possible seulement lorsque les motifs pertinents, les schémas, etc., sont activés. Le thérapeute devra donc utiliser des stratégies d'activation de problèmes « *Problemaktivierung* » (1994, Grawe et al.).

D'après Sachse (1999), le but d'élaborer la représentation des déterminants internes pertinents pour le thérapeute consiste, à partir des buts concernés, des schémas, etc. :

- A les refléter.
- A les comparer avec d'autres schémas, à les examiner et à les tester.
- A les vérifier après les avoir appliqués.
- A les lier avec d'autres schémas
- A en tirer de nouvelles conclusions

- A les restructurer dans l'ensemble du système des déterminants.

La représentation découle d'un travail thérapeutique étendu. La restructuration inclut aussi l'aspect de l'activation des ressources qui permet de réévaluer les schémas négatifs à partir des aspects positifs de soi.

En se référant au modèle général, les problèmes provenant de la représentation des déterminants internes seraient dus à un problème de traitement chez la personne. La plupart des clients présenteront de mauvaises stratégies de traitement, des ambivalences, etc. Toutefois, chez certains clients, les difficultés de traitement peuvent être centrales, lorsque ceux-ci montrent par exemple des comportements d'évitement accentués. Dans ce cas, le but de la thérapie consisterait en l'amélioration du traitement.

L'instauration d'une bonne relation thérapeutique semble être aussi centrale dans cette approche, semblable à l'application des variables de base de Rogers.

En résumant, les trois stratégies thérapeutiques se retrouvent sur trois niveaux, le niveau du *contenu*, le niveau de *traitement* et le niveau *relationnel*. Le *niveau du contenu* rassemble toutes les stratégies qui se focalisent sur la signification des thèmes présentés par le client, à savoir, la *clarification*, l'*actualisation du problème*, la *restructuration* et l'*activation des ressources*.

Le niveau de *traitement* représente un méta-niveau, car l'analyse et l'élaboration est indépendante des contenus. On peut le faire à partir de n'importe quel sujet thématise par le client.

Le niveau *relationnel* représente une perspective différente du processus thérapeutique et peut ainsi être vu comme étant indépendant des contenus et des traitements.

En thérapie, le travail de *clarification interne* peut être vu selon une perspective thérapeutique ou selon la perspective du client. Du côté du thérapeute, on se réfère à la compréhension empathique. Du côté du client, par contre, on se réfère plutôt par exemple au *processus explicatif*. Donc, il s'agit de l'activation, de la représentation et du changement des déterminants internes, ainsi que du soutien ciblé de ces processus par le thérapeute. Le

processus explicatif, qui fait partie des « *interventions approfondissantes* » sera expliqué de façon plus approfondie dans le chapitre suivant.

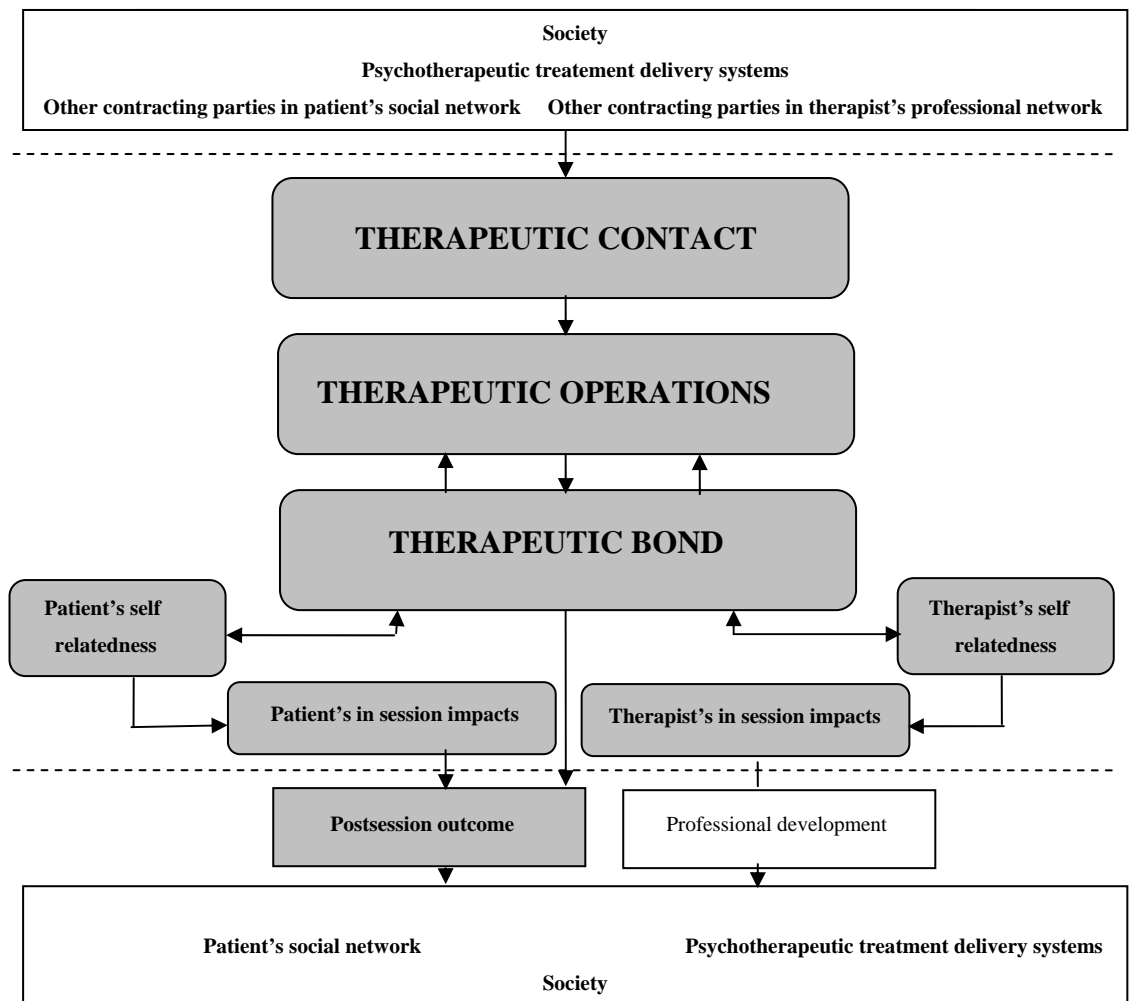
2.2.3 Les nouvelles approches thérapeutiques

Le parcours à travers différentes approches a permis de mettre en évidence le développement qu'a subi la recherche en psychothérapie dans le demi-siècle depuis son existence. En effet, actuellement, on essaye de surmonter la pensée spécifique à une approche théorique particulière pour s'ouvrir à une théorie générale de la psychothérapie. Ainsi, même s'il semble plausible de supposer qu'aujourd'hui, d'après les recherches effectuées, les divers types de thérapies spécifiques peuvent produire des résultats différents en fonction des types de thérapeutes et des clients, le *generic model of psychotherapy* actuel (Lambert, 2004) illustre que même une approche thérapeutique particulière ne peut désormais plus être conçue comme un phénomène singulier. Cependant, on peut affirmer que le processus psychothérapeutique s'intègre dans un environnement humain complexe construit d'après les vécus et les personnalités des participants ainsi que sur le contexte culturel de la communauté. Le modèle d'Orlinsky et Howard (1986, in Kolden 1991), s'est enrichi et englobe aujourd'hui les interrelations de l'environnement individuel et collectif. Toutefois, le principe de ce modèle reste le même et consiste à décrire les variables d'effets et la relation interactionnelle qu'elles entretiennent entre elles. Ce modèle postule que les interventions thérapeutiques se trouvent dans un réseau de variables qui s'influencent réciproquement. De ce modèle, on peut donc retenir que la relation thérapeutique et la réceptivité du client ont un effet direct et modéré sur le résultat thérapeutique. Ce modèle a été souvent utilisé par les chercheurs en psychothérapie, car il présente un modèle de psychothérapie qui inclut un nombre élevé de facteurs qui, dans une interaction fonctionnelle, influencent le résultat thérapeutique. Ce modèle se révèle être un cadre d'interprétation pour les résultats confus provenant des recherches en psychothérapie qui se limitaient souvent à concevoir que les

effets se basaient surtout sur certaines méthodes d'interventions psychothérapeutiques.

Voici ci-dessous le modèle actuel et général de la psychothérapie qui intègre les variables d'entrée, du processus et de la sorties.

Schéma 3: Modèle général de la psychothérapie simplifié (cf. détaillé; Lambert, 2004, chap. 8, p. 321)



Dans le modèle actuel, on retrouve le noyau du modèle ancien : le processus thérapeutique s'explique par quatre variables à savoir, (1) le *contrat thérapeutique*, (2) la *relation thérapeutique*, (3) les *interventions thérapeutiques*, (4) la *réceptivité du client* et (5) les *réalisations thérapeutiques*. Les variables de processus

s'influencent réciproquement et elles ont une influence sur le effets *Postsession-Outcome* (*micro-outcomes*) et sur le résultat thérapeutique à long terme (*macro-outcomes*). De plus, le modèle ci-dessus a été élaboré en intégrant les variables d'entrées, de processus et de sorties. Les flèches du graphique représentent les hypothèses d'interrelations de processus variés. L'utilité de ce modèle ne consiste pas seulement à résumer les résultats obtenus jusqu'à maintenant dans les recherches sur le processus, mais contribue aussi d'une part à stimuler la recherche empirique dans ce domaine, d'autre part, il sert d'appui dans les discussions théoriques du processus thérapeutique et dans la supervision.

L'ancien modèle a donné un nouvel élan aux chercheurs en psychothérapie, ce qui a permis de développer de nouvelles approches thérapeutiques.

En partant de l'idée du modèle qui présuppose que la réceptivité du client joue un rôle considérable entre les interventions thérapeutiques et les effets thérapeutiques (Grawe, 1998), de nombreux auteurs ont essayé d'analyser de plus près les facteurs qui sont déterminants dans le changement en psychothérapie.

D'après les résultats de la recherche comparative sur les effets des diverses formes thérapeutiques effectuée par Grawe et al. (1994), les auteurs ont pu constater que les approches efficaces regroupent des éléments communs. Les formes de thérapies efficaces se caractérisent par le fait qu'elles aident d'une façon très directe à surmonter le problème du client en appliquant des interventions spécifiques à un problème particulier du client, comme par exemple les techniques de relaxation pour les personnes qui ont des troubles du sommeil ou le remplacement des convictions personnelles irrationnelles par celles rationnelles en appliquant la technique de Ellis. Dans ces cas, le thérapeute prend les problèmes du client tel qu'il les vit, c'est-à-dire comme des difficultés que le client aimerait surmonter, mais qu'il n'y arrive pas sans aide. Ces constats ne sont pas suffisants pour aboutir à un changement. Il faut en plus que le thérapeute applique une méthode adéquate en fonction du problème spécifique du client. Pendant cette phase, le thérapeute doit faire en sorte que le client développe une maîtrise de soi de sorte qu'il croie qu'il puisse contribuer activement au

changement. L'aide active au changement s'est révélée être le plus puissant facteur d'effets pour les psychothérapies efficaces. La clarification des déterminants internes du client s'est avérée être un autre élément important du changement. Ainsi, d'après Grawe, le thérapeute devrait tout au début de la thérapie se demander si le client dans le travail thérapeutique aurait plus besoin d'une clarification de ces problèmes ou d'un franchissement. Ces aspects se complèteraient dans le travail thérapeutique au lieu d'être pris séparément. En effet, on peut regarder chaque comportement selon une perspective motivationnelle ou de capacité. Pour aboutir à des fins, il faut vouloir pouvoir, mais aussi pouvoir vouloir. Les aspects motivationnels et de compétences sont liés ensemble dans l'activité psychique. Dans les concepts psychodynamiques, l'aspect motivationnel a été élaboré de manière très différenciée et l'aspect concernant les capacités et les compétences a été négligé. Dans les concepts de la thérapie comportementale par contre, l'inverse a eu lieu. D'après Grawe donc, une psychothérapie générale devrait se baser sur des concepts théoriques auxquels les aspects motivationnels et de capacités seraient soudés. Dans l'analyse des plans (Caspar, 1996), les deux aspects s'y retrouvent et leur lien en une seule construction théorique permet de comprendre pour quelle raison une personne se comporte d'une telle façon, mais n'explique pas comment les individus se modifient. C'est dans cette perspective que la conception théorique des schémas prend son importance. Les précurseurs des schémas sont Piaget (1981, in Droz, 1987) et Neisser (1976) qui les définissaient comme étant les unités d'organisation des processus psychiques. Les schémas déterminent le choix entre ce qui est perçu et d'après quelles catégories l'individu organise sa perception. Pour la psychothérapie, la partie la plus importante de la construction théorique des schémas s'avère être la composante motivationnelle. En effet, l'activation des schémas veut dire que l'activité psychique est préparée pour faire en sorte que les perceptions s'accordent aux composantes des buts liés aux schémas. L'ensemble du vécu et des comportements serait donc le produit des schémas particuliers typiques pour une situation donnée. Ainsi, en thérapie on vise à ce que le client ait conscience de ses plus importants schémas. Cette prise de conscience peut être

réalisée quand le client focalise son attention sur son comportement, en analysant ce qu'il fait vraiment et dans quel but il le fait. D'après Grawe, la *psychothérapie générale* inclut, à part les aspects du *traitement du problème* et de la *clarification*, la perspective *relationnelle*. Cette perspective tient compte du fait que les troubles psychiques peuvent être vus dans la plupart du temps comme des troubles relationnels. C'est pour cette raison que le but de la psychothérapie vise aussi le traitement des troubles relationnels. A ce sujet on analyse, par exemple, dans les séances thérapeutiques, les comportements interactifs non verbaux entre le client et le thérapeute en se demandant s'il existe des indicateurs non verbaux ou des modèles qui expliquent certains troubles psychiques (Merten, 2001). D'autres études sont faites en utilisant des méthodes de micro-analyse pour analyser le contact visuel, la mimique et les gestes (Bänninger-Huber, 1996). Ces méthodes donnent un accès nouveau à l'analyse de la régulation interactionnelle en psychothérapie et peuvent contribuer à donner une meilleure compréhension du développement propice ou pas de cette relation. La relation thérapeutique donne la voie d'accès aux changements. En effet, le cadre thérapeutique reflète les comportements du client adoptés habituellement dans l'environnement externe. D'après les études effectuées dans la thérapie du couple et de la famille, ces thérapies montrent qu'elles produisent des changements interpersonnels importants. Ces effets semblent plausibles si on fait appel à la théorie des schémas, car ces cadres thérapeutiques s'avèrent être adéquats pour l'activation des schémas relationnels problématiques du client et des autres membres de la famille, l'activation des schémas provoquant le changement. En général, prendre une perspective relationnelle en thérapie par rapport au problème du client revient tout d'abord à se poser la question de savoir s'il existe des problèmes interactionnels avec des personnes proches importantes pour le sujet et comment ces problèmes peuvent être actualisés en thérapie. Dans ces cas, on inclut partiellement ou complètement les personnes concernées. En tenant compte du fait que le cadre thérapeutique reflète les interactions que le client échange avec son environnement, le thérapeute peut être soumis à des tests relationnels qui sont liés aux expériences relationnelles internes vécues par le client. Le but du

thérapeute est donc d'affronter ces tests efficacement, afin que le sujet puisse faire des expériences qui lui permettent de modifier ses craintes.

Sachse (1992) (cf. chapitre 2.3 plus en détail) distingue dans son *modèle heuristique du processus thérapeutique* le *cadre théorique*, le *cadre thérapeutique* et le *processus d'interaction thérapeutique* et prétend que n'importe quelle thérapie se définit dans ce modèle. Ainsi, tout ce qui se passe en thérapie a une signification dans les trois cadres. Pour le thérapeute, cela veut dire que toutes ses actions ont une signification sur les trois dimensions et cela indépendamment de ce qu'il voudrait faire lui-même. Si le thérapeute ne tient pas compte d'un cadre, il se pourrait que son comportement provoque des effets thérapeutiques négatifs.

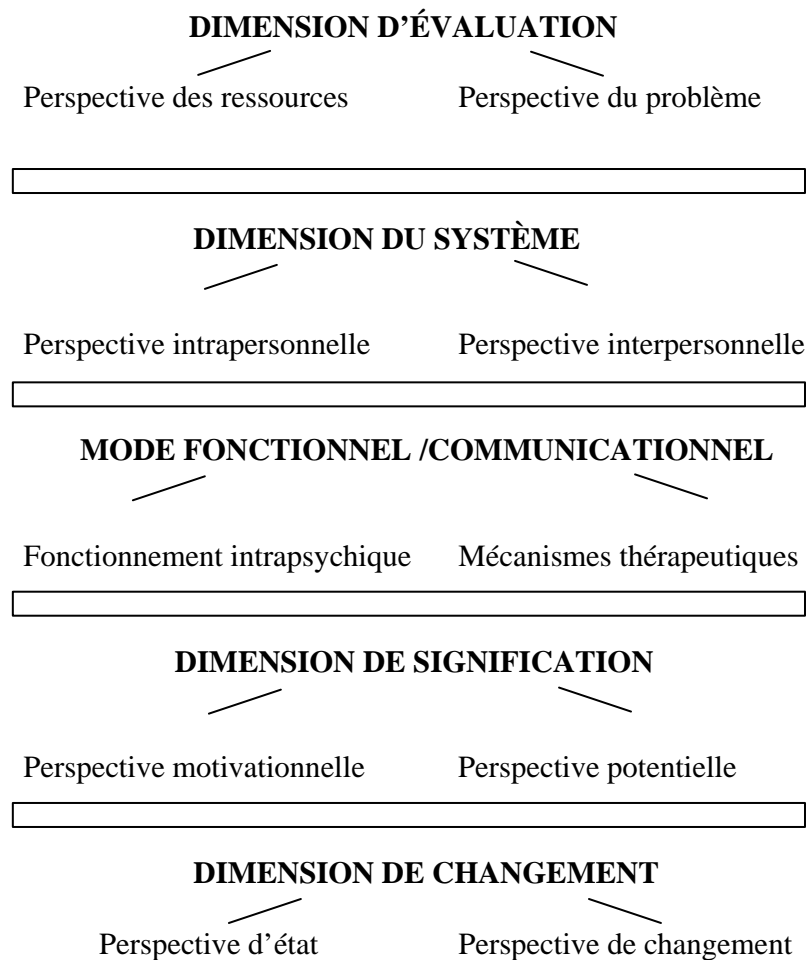
Depuis cette conception thérapeutique nommée *psychothérapie générale*, du chemin a été parcouru. Le modèle s'est développé en se différenciant. On a remarqué que chaque dimension en soi est soumise à des processus de changement complexes qui ont une influence sur l'effet final de la thérapie. Parmi les facteurs spécifiques du changement, le modèle de *thérapie psychologique*, appelée *Psychologische Therapie*, de Grawe (1998), a mis très clairement en évidence l'*activation des ressources*. On peut dire qu'aujourd'hui on s'est séparé de l'idée que tous les problèmes doivent être traités avec la même méthode. Actuellement, les différentes approches psychothérapeutiques visent la spécification des problèmes et une procédure différentielle. Cette perspective ne se limite plus simplement au problème du client. Il semblerait que les ressources du client seraient plus importantes pour l'indication et l'effet thérapeutique que les types de problèmes. En thérapie, on se réfère aux problèmes des clients, si on veut savoir ce qu'on doit modifier. Si par contre on focalise le regard sur la façon dont les problèmes peuvent être modifiés au mieux, alors les ressources des clients deviennent plus importantes que ses problèmes. Dans cette perspective, le succès en thérapie dépendrait, pour le thérapeute, de jusqu'à quel point il arriverait à activer les ressources du client pour aboutir à un changement. Ces affirmations dérivent des études effectuées par Grawe (1997b). Pour cet auteur, l'activation des ressources, l'actualisation des problèmes, le franchissement des problèmes et la clarification motivationnelle regroupent les

facteurs qui ont une influence centrale sur l'efficacité de la thérapie. L'importance accordée à l'activation des ressources s'explique par le fait qu'entrent en jeu, 1) des liens différentiels entre les caractéristiques des clients et l'effet thérapeutique⁷, 2) des effets placebo des interventions psychothérapeutiques, 3) l'influence de la relation thérapeutique sur le résultat final de la thérapie. Les clients qui possèdent des ressources meilleures et spécifiques pour le travail thérapeutique avec une méthode particulière aboutissent à de meilleurs résultats à la fin de la thérapie. Ce résultat ne paraît pas surprenant, car les clients motivés et capables d'élaborer de nouveaux concepts sont plus efficaces en étant confrontés à une thérapie qui permet justement d'élaborer ces concepts. De ces remarques, on peut conclure que pour une indication thérapeutique appropriée, il faudrait tenir compte des méthodes qui permettent de mieux activer les ressources des clients. Les ressources (1999, Grawe & Grawe-Gerber) représentent les caractéristiques psychiques, mais aussi la situation de vie de la personne dans son ensemble, comme la disponibilité motivationnelle, les buts, les désirs, les intérêts, les relations, etc. Tous ces éléments correspondent au potentiel positif que la personne dispose pour satisfaire ses besoins de base. Ainsi, en thérapie, lors d'une activation adéquate, le client peut avoir le reflet de son côté positif en parallèle au traitement du problème. De plus, il pourra faire l'expérience des perceptions positives qui sont en relation avec les besoins importants qui se trouvent activés. A ce sujet, il ne faut pas oublier que l'activation des ressources se prolonge tout au long de la thérapie.

En page suivante on trouve le modèle proposé par Grawe (1998), qui implique cinq dimensions et dix perspectives et dans lequel on peut ordonner le processus psychothérapeutique.

⁷ L'aspect différentiel des clients sera approfondi dans un prochain chapitre.

Schéma 4 : Dimensions et perspectives de la psychothérapie (d'après Grawe, 1998, p. 591, trad. Defago)



La dimension *d'évaluation*, (« *Bewertungsdimension* ») est déterminée par la perspective des ressources et par la perspective du problème. Ces deux perspectives se complètent et c'est seulement ensemble qu'elles peuvent fournir un jugement complet des phénomènes psychothérapeutiques. Elles montrent différentes options qui peuvent être réalisées communément ou alternativement. La dimension du *système* (« *Systemdimension* ») distingue la perspective *intra- et interpersonnelle*. Dans la perspective *intrapersonnelle*, le thérapeute réfléchit sur les processus qui ont lieu chez le client et sur la procédure à appliquer (activer des processus ou les inhiber). Il faut tenir compte que les

réflexions du thérapeute doivent toujours porter sur les mécanismes qui ont lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de la thérapie. Ainsi, lorsque le thérapeute se focalise dans la perspective *interpersonnelle* à l'intérieur de la thérapie, il vise la relation thérapeutique. Au contraire, lorsqu'il prend cette perspective à l'extérieur de la thérapie, il s'intéressera aux relations proches et importantes pour le sujet. La troisième dimension, est le mode *fonctionnel/communicationnel* (« *Funktionsmodus/Kommunikationsdimension* »). Le mode *fonctionnel* se réfère au fonctionnement intrapsychique, alors que le mode *communicationnel* tient compte des mécanismes thérapeutiques. La dimension de *signification* (« *Bedeutungsdimension* ») résulte de deux perspectives complémentaires, la perspective *motivationale* et la perspective *potentielle*. Pour l'ensemble des mécanismes psychiques, le thérapeute peut se demander quelle fonction ces mécanismes remplissent en tenant compte des buts ou des besoins de l'individu. Ces mêmes fonctions peuvent aussi être analysées selon le point de vue de pouvoir. /ne pas pouvoir faire, donc sous l'aspect de la capacité. Cette différenciation est valable aussi sur le plan interpersonnel. Dans ce cas, on réfléchit si un comportement problématique remplit la fonction par rapport au système ou à une personne particulière. Ceci représenterait l'aspect motivationnel. De l'autre côté, on peut conclure que ces systèmes proviennent d'une incapacité à se comporter adéquatement. En ce qui concerne la dimension de *changement* (« *Veränderungsdimension* »), on distingue la perspective d'*état* et celle de *changement*. La perspective d'*état* consisterait pour le thérapeute à reconnaître un problème. Sur le plan psychique du client, il s'agirait de former une nouvelle conscience qui correspond au niveau procédural, à un changement des dispositifs d'excitation présents. Le niveau procédural active un état et le changement serait constaté dans le contenu. Pour le thérapeute la perspective interne correspond à une intervention. Il active par exemple une ressource ou un problème. Ces perspectives dans la dimension de *changement*, prennent des significations diverses en fonction de l'activité du thérapeute ou, si on se réfère au client, à son fonctionnement psychique.

La *thérapie psychologique* élaborée par Grawe montre la complexité du processus psychothérapeutique. On constate que le

changement est déterminé par une multitudes de facteurs qui interagissent entre eux. C'est pour cette raison qu'il semble important de les étudier par une recherche empirique afin d'en tirer des conclusions valables et utiles pour un changement thérapeutique efficace. En effet, même dans des recherches qualitatives on se rend compte que ces facteurs interagissent. Il est donc primordial d'étudier les effets concrets de ces observations. Ainsi, Hain (2001), à titre d'exemple, dans sa recherche qualitative, a voulu chercher des facteurs d'effets chez le thérapeute qui dépassent les différentes approches thérapeutiques en se basant sur des interviews effectués par dix personnes internationalement renommées dans le domaine de la psychothérapie, comme Gendlin, Cloé, Stierlin, Watzlawik, etc. Le but de cette étude a consisté à trouver une définition commune de la psychothérapie ainsi qu'à viser une possibilité future d'un travail commun entre les diverses écoles thérapeutiques sur le plan de la recherche et de la pratique. Les facteurs d'effets retrouvés chez le thérapeute ont été caractérisés par l'empathie, la capacité d'identification, l'intensité thérapeutique, des intentions et des attentes de changement transparents, l'humour, le travail directif et actif avec la manipulation structurelle, la crédibilité et le style personnel. Toutefois, les facteurs qui ressortent peuvent se retrouver dans le modèle de la thérapie psychologique de Grawe, mais la recherche de Hain montre une fois de plus, même si les résultats doivent être interprétés avec prudence, que l'effet thérapeutique ne se réduit pas à une seule méthode d'une approche spécifique. Etant donné qu'il existe une variété d'interventions applicables possibles, il serait intéressant de voir quelle intervention produit le maximum d'effets par rapport aux caractéristiques particulières des clients.

2.2.4 Synthèse

Les approches traditionnelles dans le courant psychothérapeutique ont connu depuis leur création des changements considérables. Les recherches effectuées d'abord dans le domaine de la psychologie générale, de la neurobiologie et leur application dans le cadre psychothérapeutique ont permis de nuancer les théories existantes provenant de différentes écoles et d'aboutir à une conception plus

générale et intégrative de la psychothérapie. Autrefois, les thérapeutes maîtrisaient une unique méthode psychothérapeutique et l'appliquaient chez tous les clients indépendamment de leurs caractéristiques. Cette démarche ne permet pas d'exploiter les facteurs d'effets inhérents à la particularité du client, mais aussi chez le thérapeute lui-même.

Grawe (1994), dans sa méta-analyse, a constaté qu'il existe des différences d'effets non seulement entre les diverses orientations thérapeutiques, mais aussi à l'intérieur d'une même approche entre diverses interventions thérapeutiques. Ainsi, si on passe en revue les approches traditionnelles, on remarque qu'il y a eu une évolution dans ce sens, à l'intérieur d'une même approche. L'approche comportementale a remplacé les processus inconscients par les principes théoriques qui font appel à l'apprentissage. Watson et Skinner se focalisaient sur le conditionnement classique pour expliquer les réponses émotionnelles non voulues, alors que Miller et Mowrer se sont basés sur l'apprentissage conditionnel. Cette approche présentait l'émotion comme une réponse indésirable qui devait être supprimée ou contrôlée. La théorie comportementale a évolué en intégrant les concepts de la psychologie cognitive et ceux du traitement de l'information pour devenir une théorie cognitivo-comportementale. Les distorsions cognitives seraient à la base des troubles émotionnels du client et constitueraient les premières tâches de changement dans la thérapie cognitive. Pour modifier ces pensées erronées, différentes techniques ont été utilisées, comme la fiche des convictions personnelles de Beck ou la flèche descendante. On compte aussi la thérapie rationnelle émotive de Ellis (1978) pour modifier le système de croyance personnel. Dans l'approche humaniste, contrairement aux théories présentées ci-dessus, les émotions sont vues comme une sorte de système de contrôle qui fournit des informations à l'organisme. La thérapie centrée sur la personne, d'après Rogers, conçoit trois conditions nécessaires que le thérapeute devrait remplir : la congruence, l'acceptation et l'empathie. Le client de son côté devrait aussi réaliser trois conditions : une capacité relationnelle minimale, une incongruence et une perception de l'action du thérapeute. Cette approche, comme les autres, a aussi subi une évolution en la

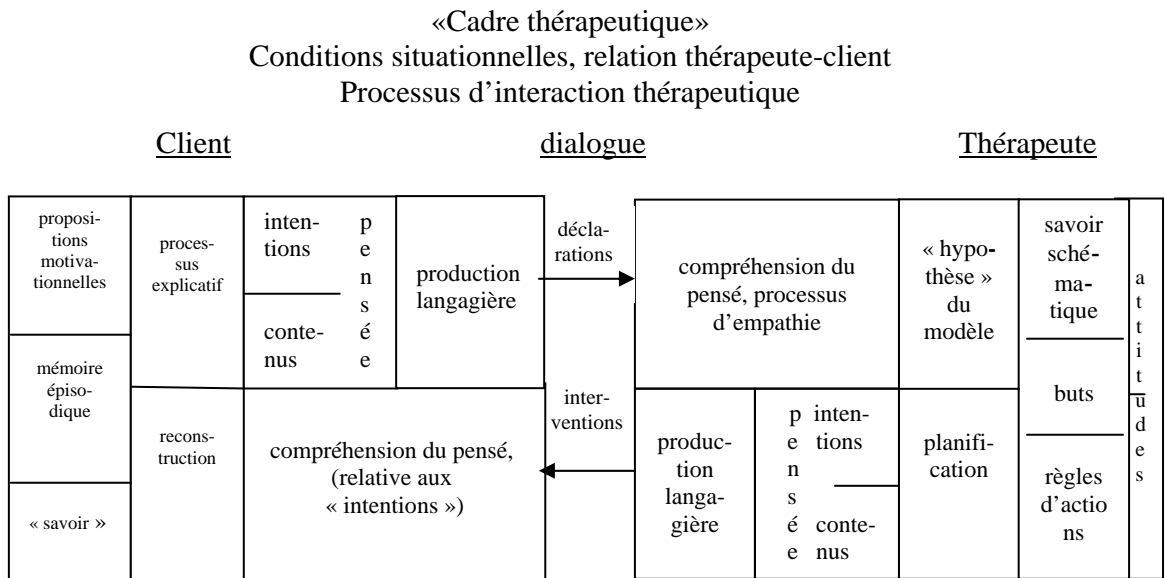
process-experiential psychotherapy (Greenberg, 1993) qui est caractérisée par une conception thérapeutique directive et procédurale. Le thérapeute oriente le processus thérapeutique d'une façon directive et incite à trouver des solutions en modifiant les schémas émotionnels du client. Une étape développementale successive a été réalisée par la thérapie centrée sur la personne visant une tâche spécifique. Cette thérapie oriente aussi fortement le processus d'une façon directive. Le but de cette méthode vise la clarification interne du client par le processus explicatif, alors que d'après la perspective du thérapeute, il s'agit de la compréhension empathique. Les nouvelles approches thérapeutiques conçoivent une thérapie psychologique (Grawe, 1998) qui tient compte de différentes dimensions et perspectives qui se réfèrent aux facteurs « client », « thérapeute » et « technique », afin d'optimiser au mieux le changement thérapeutique.

2.3 LES INTERVENTIONS «APPROFONDISSANTES»

« Thoughtful clinicians are strongly motivated by the need to understand the process of psychotherapy » (Rice & Greenberg, 1984 in Sachse 1992, p.5)

Les différentes approches psychothérapeutiques présentées précédemment démontrent dans l'ensemble, la complexité du processus psychothérapeutique et ceci indépendamment de l'orientation thérapeutique. Ainsi, la clarification et la recherche empirique dans ce domaine deviennent une tâche difficile à réaliser, mais à la fois nécessaire, pour pouvoir comprendre les mécanismes sous-jacents influençant le processus thérapeutique. Dans cette optique, Sachse et Maus (1991, in Sachse 1992) ont construit un *modèle heuristique du processus thérapeutique* dont le but général consiste à rendre plus transparent le processus thérapeutique en vue de pouvoir le soumettre à une recherche empirique.

*Schéma 5: Modèle heuristique du processus thérapeutique
(Sachse, 1992, p.13; trad. par Defago, 2003)*



Le modèle ci-dessus distingue le *cadre théorique*, le *cadre thérapeutique* et le *processus d'interaction thérapeutique*. Dans le *cadre théorique*, on tient compte de concepts généraux valables pour différentes formes thérapeutiques. Ces concepts, d'après Sachse (1992), se basent sur des hypothèses qui ont une grande influence sur des concepts thérapeutiques spécifiques. Si, en tant que chercheurs, on se pose la question de savoir comment le thérapeute influence le travail de clarification chez le client, alors on est confronté à des suppositions hypothèses thérapeutiques étendues. C'est seulement sur la base de discussions et de la révision des concepts à ce niveau qu'on prépare un terrain propice pour une recherche spécifique. C'est pour cette raison qu'il s'avère important de se confronter aux concepts de base de la forme de thérapie concernée. Dans cette perspective, les conceptions de base devraient être examinées à fond. Et, s'il semble nécessaire, elles doivent même être révisées. Cette démarche est indispensable pour le développement des conceptions théoriques ultérieures. Dans le *cadre thérapeutique*, on tient compte des facteurs qui se révèlent importants pour une interaction constructive entre le thérapeute et

le client. A ce sujet, on distingue les conditions situationnistes et la relation thérapeute-client. Dans le premier cas, on se réfère à l'institution où le thérapeute travaille ou bien à la position de la chaise du thérapeute ou du client lors des séances thérapeutiques. Une bonne relation thérapeute-client, basée sur la confiance, représente la condition indispensable pour la thérapie, mais pour qu'elle se transforme en un processus thérapeutique, il faut des interventions ciblées avec des fins préétablies. Dans le *processus d'interaction thérapeutique*, on distingue le thérapeute, le client et le dialogue. Lors du dialogue, le thérapeute et le client se trouvent dans un processus d'échange continu. Les énoncés verbaux et non verbaux du client influencent les énoncés verbaux et non verbaux du thérapeute, et inversement. Le dialogue représente donc une source d'information précieuse pour la recherche sur le processus en thérapie. D'après Grawe (1998), le dialogue en soi ne semble pas être intéressant, mais ce sont plutôt les processus cognitifs et affectifs activés chez le client et le thérapeute lors du processus thérapeutique qui seraient dignes d'attention et devraient être soumis à un modelage afin de pouvoir entreprendre une recherche empirique. En se référant toujours au modèle de Sachse et Maus (1991, in Sachse, 1992), le thérapeute, dans son cadre de référence de traitement de l'information est confronté aux aspects suivants :

- *Compréhension*: le thérapeute doit comprendre les thèmes qu'il élabore avec le client et saisir lesquels s'avèrent être primordiaux dans le travail thérapeutique. C'est seulement à partir de la compréhension que le thérapeute arrive à planifier les interventions et à les choisir.
- *Modèle/schéma*: pour pouvoir comprendre le client, le thérapeute se forge un modèle du client qui se base sur un ensemble d'hypothèses.
- *Buts*: le thérapeute agit de façon ciblée en fonction de différents buts. Ces buts peuvent se différencier quant à leur nature et leur importance.
- *Règles d'actions*: elles sont nécessaires pour pouvoir agir d'une façon concrète et ciblée. Elles aident le thérapeute à savoir quel résultat il peut s'attendre en appliquant des actions dans des conditions spécifiques.

- *Attitudes*: les opinions personnelles du thérapeute ainsi que ses attitudes peuvent avoir une influence sur l'ambiance de travail.
- *Planification*: le thérapeute définit les stratégies d'actions en fonction des caractéristiques particulières du client.
- *Intention et production verbale*: les intentions du thérapeute sont verbalisées et sont ensuite élaborées par le client.

Le client par contre, inclut dans le traitement d'informations les aspects suivants :

- *Comprendre/reconstruire*: le client doit tout d'abord comprendre et ensuite reconstruire l'énoncé du thérapeute. Si le client ne comprend pas, alors il ne peut pas démarrer un processus thérapeutique et les énoncés du thérapeute demeure inefficaces.
- *Savoir*: la mémoire sémantique du client est disponible et sert à comprendre le thérapeute.
- *Mémoire épisodique*: on y retrouve le vécu du client.
- *Schéma motivationnel et traitement*: les problèmes personnels du client sont souvent liés aux motifs, buts, valeurs qui le font agir d'une certaine façon.
- *Clarification*: elle constitue souvent le but visé par la thérapie centrée sur la personne. Une telle procédure est douloureuse pour le client et difficilement accessible. C'est pour cette raison qu'il s'avère nécessaire de développer des concepts qui aident à comprendre son fonctionnement spécifique comme le fait de pouvoir déterminer les conditions nécessaires pour pouvoir déclencher un tel processus.
- *Intention et production verbale*: le processus explicatif produit chez le client à un moment donné des contenus et des intentions qui sont traduits verbalement.

Le modèle de Sachse et al. (1991, in Sachse 1992) présente une approche psychothérapeutique différentielle et étendue, selon des conditions spécifiques par rapport à certains problèmes. Cet outil représente une partie de cette psychothérapie différentielle et

étendue. En effet, à part l'aspect de clarification qui vise particulièrement les interventions ciblées, les autres aspects du modèle peuvent être appliqués à d'autres orientations thérapeutiques. D'après ce modèle, le fait de choisir des *interventions approfondissantes* qui visent un but commun, même si elles proviennent de deux approches thérapeutiques différentes, ne semblerait pas être anodin. De plus, ce modèle donne une vision globale du traitement de l'information du client et du thérapeute lors d'une séance thérapeutique. Le processus détaillé de la clarification d'après les deux approches suivra un peu plus loin.

En s'appuyant sur le modèle de Sachse et al. (1991, in Sachse 1992) qui se réfère aux *règles d'actions* et aux *buts* qui guident le thérapeute dans le travail thérapeutique avec le client, on essaie de se focaliser sur cette perspective pour comprendre la fonction inhérente des *interventions approfondissantes*.

A ce propos Bunge (1977, in Reicherts, 2002, p. 8) affirme : « *Un ensemble de savoirs est une technologie (i) s'il est compatible avec le savoir scientifique et s'il est possible de le vérifier à l'aide de la méthode scientifique, et (ii) s'il peut être utilisé pour contrôler, changer des objets ou des processus de types naturel ou social, afin d'atteindre des buts pratiques considérés comme ayant une valeur importante.* »

L'intérêt apporté aux *interventions approfondissantes* revient à se baser sur le savoir *technologique* en psychothérapie (Reicherts, 2002). Le thérapeute, dans ce cas, se demande par quels moyens on arrive à atteindre certains buts voulus. Dans cette optique, les *interventions approfondissantes* visent à approfondir le vécu du client à partir d'une situation de départ. La tâche du thérapeute consiste plus précisément à suivre certaines règles spécifiques qui dirigent le processus psychique du client vers la clarification qui s'avère être une composante fondamentale dans le changement thérapeutique (Reicherts, 1998). Cette procédure revient à acquérir un savoir qui concerne la réalisation et la production des phénomènes. Il est donc caractérisé par l'action, tandis que le savoir nomologique fait surtout appel à l'explication des événements. En effet, l'énoncé nomologique est caractérisé par « si A, alors B » et est de type épistémologique. Alors que les règles

technologiques sont constituées, de façon générale, d'énoncés caractérisés par un contenu prescriptif, c'est-à-dire que quelque chose doit être réalisé ou évité sous certaines conditions. La règle technologique est caractérisée par des énoncés nomopragsmatiques comme «si on fait T*, on peut observer B*» (Patry & Perrez, 1982, in Reicherts, 2002). Pour comprendre l'efficacité d'une règle technologique, il revient à clarifier pour quelle raison «B par T» a produit ces effets. Pour répondre à cette question, on se réfère au *modus operandi* qui explique les liens spécifiques entre actions et résultats. L'application des interventions ciblées suit cette logique dans l'approche humaniste. Plus précisément, on peut se référer par exemple au *processus explicatif* (*Explizierung*) qui peut être reconstruit d'après un ensemble de règles technologiques et qui fait partie d'une des *interventions approfondissantes* utilisées dans cette recherche. Même s'il ne s'agit donc pas d'une intervention thérapeutique en tant que telle, elle peut être utilisée.

2.3.1 Le processus explicatif

Sur la base du modèle général des *processus motivationnels-émotionnels-régulatifs*⁸ (Sachse, 1999), la thérapie centrée sur la personne visant un but spécifique a élaboré des stratégies pour une conceptualisation en tant que règles. Parmi ces stratégies, appelées aussi interventions ciblées, on compte le *processus explicatif* (*Explizierung*). Pour qu'une personne puisse se représenter les déterminants internes, elle doit diriger son attention à l'intérieur de soi. C'est pour cette raison que dans le travail thérapeutique les problèmes personnels du client occupent une place déterminante. En effet, les problèmes personnels incluent les actions, les évaluations, les buts, les perceptions et les interprétations individuels du client. Dans cette optique, les problèmes s'avèrent complexes, car ils englobent différents aspects contextuels. On retrouve des références environnementales, des relations personnelles, des conditions professionnelles et socio-culturelles. En somme, on retrouve, entre autre, l'implication des expériences passées ou des déterminants motivationnels et affectifs qui doivent être analysés de plus près. En effet au début d'une thérapie, le

⁸ Présenté dans le sous-chapitre 2.2.4.

client présente des réactions émotionnelles qui lui posent un problème ou il agit d'une façon incompréhensible dans une situation spécifique. Ainsi, le client est obligé, en thérapie, de se concentrer sur ses propres émotions, pensées, impulsions et ainsi de suite, qui sont pertinentes pour activer le schéma spécifique. Et, par la suite, il doit porter l'attention sur les affects résultant de l'activation des schémas.

Les processus de représentation se réalisent seulement quand le client prend une perspective interne par rapport à un problème donné et active les schémas respectifs. Ainsi, une fois qu'il a réussi à activer les schémas pertinents et à rester focalisé là-dessus, sa tâche consiste à se les représenter. Ceci implique une clarification dans son système de schémas et de convictions qui permet à son tour de les comprendre et de les modifier. Il s'ensuit que le client est soumis à un travail actif et ciblé des informations qu'il a à disposition pour le traitement. Au cours du traitement, il se demandera, par exemple, quelle pourrait être la cause de son comportement dans une situation particulière ou comment s'expliquent les réactions émotionnelles qui s'ensuivent. Pour qu'il aboutisse à de telles réflexions, il s'avère primordial que le thérapeute le soutienne en lui offrant une compréhension empathique et des interventions directives et ciblées qui incitent à l'approfondissement. De cette façon, le client crée une représentation cognitive du schéma qui jusqu'à présent n'était pas représenté au niveau cognitif. La représentation cognitive apporte au client divers avantages, comme la vérification systématique du schéma cognitif, qui permet aussi d'entrer en relation avec d'autres schémas et de modifier ses structures grâce à l'acquisition de nouvelles expériences. Après une représentation réussie, le thérapeute peut aider le client à changer ses schémas inadéquats (comme le fait de croire d'être impuissant) en faisant la liaison ou la comparaison avec d'autres schémas existant (comme la croyance de pouvoir se défendre). Ainsi, dans le travail de clarification, le thérapeute inclut la vérification et la révision des convictions personnelles et s'oriente vers les ressources individuelles du client en tenant compte des compétences sociales et du cadre social de celui-ci.

Sachse (1992) tient compte de différents éléments chez le client, qui s'avèrent déterminants pour qu'un *processus explicatif* (*Explizierung*) soit efficace et pour qu'une application correcte des interventions ciblées puisse être possible :

- 1) Le client devrait se focaliser sur des problèmes personnels qui nécessitent une clarification ou un traitement. A ce propos, on part de l'idée que le point de départ de tout processus explicatif se base sur des problèmes personnels.
- 2) Pour l'explication de ses comportements de nature diverse, le client devrait se référer à sa propre observation et ne pas trouver des explications théoriques sur la cause de ses comportements.
- 3) Le point de départ pour le client consisterait à rapporter un événement spécifique. Le client révélerait dans son récit de façon implicite ou explicite sa problématique qui pourrait provenir des souvenirs de son expérience passée ou récente.
- 4) Le client devrait s'imaginer l'événement afin que le schéma affectif puisse être activé. Etant donné que les schémas ne fournissent pas un traitement non cognitif, leur activation peut seulement être réalisée en déclenchant les réactions affectives correspondantes ou par la reconnaissance des actions sous la dictée des circonstances. Ces éléments indiquent au thérapeute que l'étape de ce processus est atteinte et que la prochaine étape peut être entamée.
- 5) L'imagination de l'événement spécifique peut donner lieu au traitement d'autres aspects du problème. En effet, lors de l'activation du schéma affectif, d'autres processus affectifs de traitement profonds peuvent se dérouler. L'intensité de ces mécanismes détermine aussi l'intensité des émotions.
- 6) Les implications qui affluent avec les émotions peuvent aussi être utilisées pour entamer un processus explicatif. Toutefois, la clarification de ces implications se révèle être plus simple qu'avec les schémas. Lorsque le client se demande par exemple pour quelle raison il se sent triste dans une situation précise, un processus de traitement cognitif est déclenché, ce qui rend plus facile la suite du traitement.

- 7) La clarification des schémas affectivo-émotionnels requiert une focalisation sur ces schémas et il en résulte que d'autres aspects qu'on ne veut pas encore traiter sont mis en arrière-plan. Cette procédure a comme conséquence une réduction de la perception affective, ce qui correspondrait à l'état du processus de focusing (Gendlin, 1981). Toutefois, le client devrait rester en contact avec les affects résultant de l'activation du schéma pour que le schéma reste actif. C'est en fait ce qui se révèle être nécessaire pour le processus explicatif. Il ne faut pas oublier que le processus explicatif est une situation difficile pour le client qui expliquerait la raison pour laquelle il se sent souvent perturbé par des aspects sans importance.
- 8) La clarification des déterminants internes implique aussi que le client s'attribue à lui-même les causes du problème.
- 9) Le centre du travail du processus explicatif se base sur la création d'une représentation. La représentation correspond à une construction de signification. Une représentation complète doit remplir deux conditions en tout. Dans la première condition, la qualité des affects de la construction cognitive doit correspondre à la qualité des affects du schéma. Dans la deuxième condition, par contre, la représentation doit fournir une réponse qui correspond aux caractéristiques d'une situation donnée, comme les affects et ainsi de suite. La représentation doit correspondre aussi bien sur le plan cognitif qu'affectif.

En thérapie, les *indices* pour établir le *diagnostic procédural* décrit par Sachse (1984) mettent en évidence l'engagement du client dans un *processus explicatif* (*Explizierung*) et sont repérables par les attitudes suivantes (Sachse, 1996b, in Reicherts, 1998, p. 25) :

- Le client se concentre vers l'intérieur; l'entourage y compris le thérapeute sont en arrière-fond;
- Il parle plus avec lui-même qu'avec le thérapeute, bien qu'il le perçoive et réagisse à ses interventions;

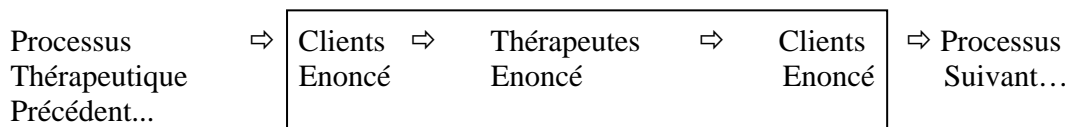
- Il ne regarde guère le thérapeute, dirigeant plutôt son regard vers l'infini ou fermant les yeux;
- Il parle lentement, à voix basse, s'interrompt et se corrige. Il élabore des contenus et des significations;
- Il est impliqué affectivement. Mais il n'est pas sous l'emprise des émotions («émotionnalisé»): il ressent les sentiments, mais il n'est pas «bloqué» ni absorbé;
- Il semble s'engager dans l'élaboration et la clarification ; il veut comprendre ce qui se passe à l'intérieur;
- Son attitude est ouverte, réceptive; il ne sait pas où il va arriver, ni ce qui va se passer;
- Le thérapeute ressent le «suspens» qui règne par rapport aux activités et aux verbalisations du client; il voit se passer quelque chose d'important.

Sachse (1992), en se focalisant de façon plus nuancée sur le modèle de Sachse et al. (1991, Sachse, 1992)⁹, a éclairci le processus d'interaction entre thérapeute et client sous l'angle de la clarification. A partir de cette perspective, on peut supposer qu'un énoncé du client présente explicitement ou implicitement un traitement spécifique. En effet, le client se situe toujours sur un même plan. Ce constat se base sur le fait qu'en thérapie, il parle de son problème, d'une situation, de ses émotions, etc. Le thérapeute, de son côté reprend certains contenus provenant de l'énoncé du client auquel il se réfère. A partir de cet énoncé, il fait une offre de traitement au client. Autrement dit, le thérapeute montre implicitement ou explicitement au client la façon avec laquelle il devrait traiter son énoncé précédent. L'énoncé du thérapeute peut seulement être traité par le client lui-même qui, à son tour, peut choisir de suivre ou pas le contenu soulevé par le thérapeute. Pour l'analyse du processus interactionnel entre thérapeute et client, il s'avère primordial d'effectuer une micro-analyse qui vise à identifier le traitement du client après avoir été confronté à une offre contextuelle du thérapeute. Le processus interactionnel se caractérise par un échange bilatéral qui oriente l'attention des deux

⁹ Voir à la page 80.

personnes impliquées. Ainsi, la mesure de l'effet des interventions en psychothérapie ne peut être réalisée qu'à partir d'une micro-analyse de cet échange. Cette analyse permet de mettre en évidence quelles interventions de la part du thérapeute, à partir de quelles conditions du client et pour quelles perspectives visées, s'avèrent être sensées et ont du succès. Afin de pouvoir répondre à ces questions, il convient d'analyser les triples. Un triple, d'après Fiske (1977), représente une unité qui correspond à un énoncé du client, à l'intervention du thérapeute à partir de cet énoncé et à la réponse du client à partir de cette intervention.

Schéma 6: Représentation du triple dans le processus thérapeutique (Sachse, 1992, p. 246)



A partir du triple, on peut analyser le traitement en tenant compte du premier et du deuxième énoncé du client. Si on compare ces deux énoncés ensemble, on peut constater si le deuxième énoncé diffère du premier. Sachse (1992) propose trois variantes :

- *Nivellement* : le deuxième et le premier énoncés ne changent pas.
- *Approfondissement* : le deuxième énoncé est plus approfondi que le premier.
- *Aplatissement* : le deuxième énoncé est traité plus superficiellement que le premier.

D'un autre côté, il est aussi intéressant de voir si le thérapeute propose un énoncé au client qui lui permet d'approfondir sa problématique. Les énoncés du thérapeute visent par exemple à orienter le client vers des aspects importants du problème, à intérioriser sa perspective, à activer les schémas affectifs ou à se focaliser sur ceux-ci. Dans ce cas aussi, on distingue trois niveaux :

- *Maintien* : l'énoncé proposé par le thérapeute correspond au mode de traitement qui a été réalisé par le client lors de son dernier énoncé.
- *Approfondissement* : l'énoncé proposé par le thérapeute se trouve à un mode de traitement supérieur par rapport au dernier énoncé du client.
- *Aplatissement* : l'énoncé proposé par le thérapeute se trouve à un mode de traitement inférieur par rapport au dernier énoncé du client.

L'application de ces principes ainsi que leur évaluation a été possible grâce à la création de *l'échelle des modes de traitement explicatif* pour le *client* en parallèle avec celle du *thérapeute*¹⁰. Ce développement a pris forme en se basant sur les conceptions théoriques des interventions ciblées et par la nécessité de rendre explicites les déterminants internes pour l'élaboration du problème du client, particulièrement en ce qui concerne le *processus explicatif* (*Explizierung*) lui-même. La profondeur de l'approfondissement révèle la façon avec laquelle le client aborde et traite le contenu de son problème. Le but de l'échelle des *modes de traitement explicatif du client* consiste, à partir des énoncés verbaux et non verbaux du client et à conclure à quel niveau de mode de traitement il se situe par rapport à l'approfondissement. De plus, l'échelle permet de constater comment les modes de niveaux de traitement se modifient, et elle dévoile aussi l'influence que le thérapeute exerce sur ces derniers.

Vu que lors du processus explicatif le client est confronté à l'élaboration de ses schémas affectifs négatifs qui s'avèrent être complexes et hautement ambivalents pour lui, il semble évident que le processus explicatif ne peut pas se dérouler sans difficulté. En effet, le client utilise des stratégies d'évitement qu'il a apprises dans son passé pour ne pas être confronté à des contenus qui menacent son identité. Ces stratégies d'évitement se reflètent dans le processus thérapeutique et empêchent un travail de clarification constructif qui permettrait une dissolution du trouble

¹⁰ La présentation détaillée des deux échelles des modes de traitement explicatif sera illustrée dans le chapitre 4.

autorégulateur. C'est pour ces raisons qu'il est important dans le travail thérapeutique de rendre transparentes ces stratégies en les thématissant. Parmi ces stratégies, on compte par exemple la généralisation, la relativisation, l'indifférence, le changement de sujet, la réponse qu'on ne sait pas, etc. Ces stratégies sont souvent comme stables et rigides dans certains types de troubles comme les troubles de la personnalité ou les troubles psychosomatiques qui rendent le travail thérapeutique particulièrement difficile.

La richesse des affirmations et propositions présentées ci-dessus découlent, en plus des modèles théoriques, à de nombreuses recherches réalisées par Sachse dans ce domaine.

Dans une recherche, Sachse (1992) a étudié l'efficacité du processus thérapeutique en fonction de la motivation du client. Plus précisément, il s'est intéressé à savoir quelle influence exerce la motivation du client au début de la thérapie sur le processus explicatif qui réalisé au milieu de la thérapie. Cette étude a démontré que les clients très motivés ont été évalués par les thérapeutes comme plus efficaces que les clients moins motivés. Les résultats mettent en évidence que les clients efficaces à la fin de la thérapie sont ceux qui acceptent davantage l'offre de traitement du thérapeute utile pour l'approfondissement, que les clients qui se révèlent être moins efficaces à la fin de la thérapie. Les clients efficaces profitent plus de l'offre du traitement thérapeutique que ceux qui le sont moins. En outre, les clients efficaces montrent un niveau d'approfondissement pour le processus explicatif plus élevé que les clients moins efficaces. Pour conclure, on peut affirmer que dans le processus thérapeutique, les clients qui manifestent une clarification meilleure des propres déterminants du problème, fournissent en moyenne un effet thérapeutique meilleur par rapport aux clients qui présentent une clarification moins bonne.

Sachse (1992) conclut, en se référant au modèle interactionnel du processus thérapeutique, que la qualité du processus explicatif dépend d'un côté de la qualité de l'offre du thérapeute et de l'autre côté des capacités réceptives du client. Ainsi, après ces résultats, une autre recherche qui a été centrale pour la compréhension du processus explicatif en soi et pour la déduction des actions

concrètes du thérapeute. A ce sujet, l'auteur se réfère à l'*hypothèse de l'effet directionnel* qui se base sur le principe que l'énoncé du thérapeute dirige le processus du client. Selon cette perspective, l'offre du thérapeute représenterait un *vecteur de traitement*, nommé *Bearbeitungsvektor*, qui aurait une influence sur le processus explicatif du client. Il en découle, d'après les hypothèses spécifiques, que les énoncés thérapeutiques visant l'approfondissement du contenu abordé par le client conduisent à des modes de traitement plus profonds. Par contre, pour les énoncés thérapeutiques qui rendent le contenu abordé plus superficiel, les énoncés du client se caractériseraient par des modes de traitement de niveau de plus en plus superficiel. La spécificité de l'*effet directionnel* se trouve être confirmée. Le client peut présenter un niveau de mode de traitement plus élevé après que le thérapeute lui ait offert un énoncé approfondi. Toutefois, dans l'énoncé suivant, le client peut perdre l'influence du thérapeute si ce dernier ne lui propose plus des énoncés approfondis. On peut conclure que le thérapeute peut diriger brièvement le traitement du client, mais il a aussi la capacité de le reproduire en appliquant une autre intervention. Dans cette recherche, on a entre autre constaté que l'approfondissement volontaire des clients est rare, ce qui montre une fois de plus que le processus explicatif s'avère être une tâche difficile pour ces derniers. Ainsi, le soutien ciblé et actif du thérapeute semble être nécessaire. Dans une même perspective, il est intéressant de constater que les clients se montrent peu résistants envers les énoncés plus superficiels du thérapeute. Un tel comportement pourrait s'expliquer par le fait que le processus explicatif est difficile et ambivalent pour les clients. L'ambivalence s'expliquerait par le fait que le client est à la fois motivé à atteindre la clarification de son problème mais qu'en même temps, il a peur de ce qui pourrait être déclenché. Ainsi, lorsque le thérapeute lui propose un énoncé plus superficiel, le client profite de cette offre pour ne pas être confronté au thème conflictuel. La recherche de Sachse et Maus (1987, in Sachse, 1992) a été effectuée avec 152 clients. L'analyse a été réalisée à partir d'une séquence tirée du milieu de la thérapie, sur la base des *triples*¹¹.

¹¹ Voir p.89.

Dans une réplique de cette recherche pour confirmer ces résultats, mais en l'appliquant à une population caractérisée par des clients présentant un niveau d'exploration plus élevé, les clients s'avèrent être plus influencés par *l'effet directionnel* que les clients de la première étude avec un niveau d'exploration plus bas. Ainsi, on peut supposer que les clients présentant un niveau d'exploration élevé acceptent plus facilement les trois différentes offres du thérapeute par rapport aux clients avec un niveau d'exploration bas.

D'après ces études, il semble important de déceler les caractéristiques du client qui influencent l'approfondissement dans le processus thérapeutique. La connaissance de ces effets permet d'une part de mieux comprendre le fonctionnement du processus explicatif, d'autre part, elle permet au thérapeute d'adapter ses interventions à un client donné.

Dans une autre étude de Sachse (1992), le but consistait à examiner la motivation du client à vouloir traiter les déterminants du problème qui influencent le processus thérapeutique. La population était composée de 80 clients dont 40 présentaient un niveau de motivation élevé et 40 autres un niveau de motivation plus bas. L'analyse s'est effectuée sur la base d'enregistrements audio des séquences de thérapie au début, au milieu et à la fin. De cette étude, on peut conclure que les deux groupes de clients se laissent influencer par *l'effet directionnel* du thérapeute. A ce sujet, pour les deux groupes, l'effet directionnel s'avère être le plus élevé quand le thérapeute se réfère au thème central de l'énoncé du client. Ainsi, plus on requiert de la part du client une capacité de traitement plus élevée, moins grand sera l'effet du thérapeute sur le processus explicatif du client. Toutefois, lorsqu'on compare les deux groupes de clients en fonction de l'effet directionnel du thérapeute sur le processus explicatif du client, on constate que les clients présentant une motivation plus élevée acceptent davantage les offres du thérapeute. De plus, lorsqu'on observe le niveau absolu de *l'effet directionnel* chez les clients caractérisés par une motivation d'éclaircissement plus basse, les récursivités se montrent moins favorables que chez les clients avec une motivation élevée. Il est donc important que le thérapeute, avec les clients moins motivés, se réfère correctement au dernier énoncé du

client et qu'il ne l'incite pas trop à l'approfondissement. Donc, les clients montrant une motivation moins élevée se laissent diriger par le thérapeute, mais ils réagissent moins aux offres de traitement approfondies.

Dans une étude supplémentaire, on s'est intéressé à savoir comment la caractéristique particulière du client influence l'effet du processus explicatif. La population est représentée par 35 patients présentant un trouble psychosomatique et 35 patients sans trouble psychosomatique. Les patients psychosomatiques sont caractérisés par une capacité d'expression affective réduite, ce qui fait qu'ils ont l'impression d'éprouver moins d'émotions, les percevant dans une moindre mesure. De nouvelles recherches dans ce domaine, dont celle de Ahrens (1984, in Sachse, 1992), montre que ces patients ne clarifient pas les émotions reliées à une situation donnée. Ils sont plus intéressés à l'image que les autres ont d'eux qu'à se centrer sur leurs propres besoins. Ces patients présenteraient plus de difficultés à clarifier les déterminants internes des problèmes par rapport aux patients sans trouble psychosomatique. On part alors de l'hypothèse qu'ils devraient moins accepter les offres de traitement approfondies du thérapeute que les autres patients. Un résultat marquant apparaît pour les récursions que le thérapeute ne peut pas inciter dans un processus explicatif. En général, les patients sans trouble psychosomatique acceptent l'offre de traitement du thérapeute significativement plus souvent que les patients psychosomatiques. Ces derniers se laissent diriger, mais ce qui les distingue par rapport aux autres, c'est qu'ils se laissent fortement influencer par les offres de traitement de *maintien* et par celles *plus superficielles*. De plus, la clarification pour ces patients s'avère être particulièrement difficile, mais pas impossible. Pour conclure, les patients psychosomatiques confirment l'hypothèse principale selon laquelle ils travaillent moins pour la clarification des déterminants internes du problème qui se réfèrent aux facteurs motivo-affectifs.

L'ensemble de ces études met en évidence l'efficacité du processus explicatif, mais la grandeur de l'effet thérapeutique dépend d'une part des caractéristiques préalables du client, d'autre part, de la nature de l'offre de traitement du thérapeute.

2.3.2 La flèche descendante

Les techniques utilisées dans la thérapie cognitive se caractérisent par l'action, la directivité, la structure et la brièveté, et peuvent être appliquées à différentes sortes de troubles comme la dépression, les phobies, etc. Ces techniques se fondent sur la conception théorique cognitive de base qui postule que le genre de pensées, d'affects et de comportements de la personne déterminent la structure du monde aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de celle-ci¹². Les cognitions dérivent des suppositions ou convictions retrouvées dans les schémas qui proviennent des expériences passées¹³. Ainsi, une personne qui interprète toutes ses expériences selon la perspective d'être à l' hauteur de la situation, sera influencée par la pensée du schéma «si je ne fais pas tout parfaitement, je suis un raté». A partir de cette structure, la personne généralisera cette conviction de base à d'autres situations en dépit de sa validité. Les techniques cognitives servent à l'identification, à la vérification, à la correction des concepts faussés et à la modification des convictions erronées liées au schéma. Le client apprend à affronter les problèmes et les situations qu'il ne pouvait pas assumer auparavant, en changeant et en orientant ses pensées. Le thérapeute cognitif aide le patient à évaluer ses problèmes psychiques d'une façon réaliste et flexible afin de réduire ses symptômes. En thérapie cognitive, on utilise une variété de techniques comportementales et cognitives. Les techniques comportementales appliquées par exemple chez les patients souffrant d'une dépression de degré élevé sont utiles non seulement pour modifier le comportement, mais aussi pour déterminer les cognitions associées à des comportements spécifiques. Parmi les stratégies comportementales, on compte par exemple un plan d'activité hebdomadaire ou la hiérarchisation des tâches qui permettent au patient d'affronter des activités contraignantes pour lui. Le but des techniques cognitives consistent à éclaircir et à examiner les suppositions sous-jacentes du client. Les croyances erronées qu'on retrouve souvent chez lui sont

¹² Pour les principes de la thérapie cognitive voir à la p. 49.

¹³ Voir la définition du schéma à la p.30.

variées et se présentent ainsi (Ladouceur, Fontaine, & Cottraux, 1992) :

- L'*inférence arbitraire* qui est utilisée le plus fréquemment consiste à tirer des conclusions sans vérification. Les conclusions se fondent sur des informations inadéquates.
- L'*abstraction sélective* fait en sorte que le sujet se centre sur des détails hors du contexte, ce qui ne lui permet pas de percevoir la forme et la signification globale d'une situation spécifique.
- La *surgénéralisation* fait en sorte que la personne généralise une expérience douloureuse et isolée à d'autres situations.
- La *maximalisation* et la *minimisation* consistent à dévaloriser les réussites en faveur des échecs.
- La *personnalisation* revient à se focaliser sur les événements défavorables et de les juger sur le plan personnel.

La conception thérapeutique de base des techniques cognitives tient compte des expériences d'apprentissage spécifiques qui permettent au patient de résoudre les tâches suivantes :

- Contrôler ses pensées automatiques et négatives.
- Reconnaître la relation entre la pensée, l'émotion et le comportement.
- Évaluer l'apport de la pensée automatique erronée.
- Remplacer les cognitions unilatérales par des pensées plus adaptées à la réalité.
- Apprendre à reconnaître et à modifier les convictions erronées qui déforment ses expériences.

Pour réaliser ces objectifs, on utilise diverses techniques verbales pour vérifier la logique et le fondement de base des cognitions et des suppositions. Le principe de ces techniques consiste à informer tout d'abord le patient sur la rationalité de la thérapie cognitive. Après quoi, il apprend à déceler ses pensées négatives, à les observer et à les noter sur papier. Les cognitions et les convictions retrouvées par le client sont ensuite discutées avec le thérapeute en

vérifiant leur logique, leur validité et leur pertinence. La thérapie se concentre sur des symptômes spécifiques, les cognitions qui entretiennent ces symptômes sont identifiées et sont par la suite soumises à une analyse logique et empirique. Un modèle d'apprentissage psychothérapeutique efficace repose sur le fait que le patient applique lui-même les techniques apprises. Ces questionnements jouent un rôle important pour généraliser les techniques cognitives des entretiens aux situations externes.

Un problème auquel le thérapeute est souvent confronté est la décision du choix de la meilleure technique en tenant compte des caractéristiques du sujet. Ainsi, pour le patient introverti avec une concentration limitée, par exemple, il semble difficile d'utiliser une technique introspective (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1981). En effet, à part le type de pathologie présentée, les patients apprennent de façons différentes. En plus de ces constatations, il se peut que les méthodes utilisées pour un patient à un moment donné se révèlent efficaces, alors qu'appliquées à un autre moment elles s'avèrent inefficaces. L'emploi efficace de ces techniques défend notamment d'une bonne relation thérapeutique, mais aussi de l'habileté du thérapeute.

Parmi les techniques cognitives qui permettent d'identifier les convictions irrationnelles, on se réfère à la *flèche descendante* (*downward arrow technique*),. Elle correspond à la technique de découverte, (« uncovering technique »), et qui constitue une élaboration de la technique à deux colonnes de Beck (1979, in Cottraux, 1998). Le point de départ des deux techniques sont les pensées automatiques. Elles représentent des interprétations attribuées à sa propre personne, sur des événements environnementaux ou sur l'évaluation de son propre passé ou futur. Ces pensées peuvent être distinguées d'après de légères distorsions jusqu'à aux interprétations totalement faussées. Elles peuvent être déclenchées à partir de stimuli environnementaux ou spontanément et provoquent des sentiments désagréables. Le recueil des pensées automatiques permet au patient de reconnaître la présence des verbalisations internes et qui influencent ses affects. Ces verbalisations internes sont répétitives, stéréotypées, irrationnelles et pleines de distorsions cognitives. Le recueil de ces pensées peut être réalisé chez soi dans des moments de détresse, ou durant

l'entretien thérapeutique. La description des pensées automatiques provoque chez le patient un changement d'opinions. En effet, les principes d'absolutisme perdent leur valeur et le client prend conscience que ses pensées sont souvent négatives. L'entraînement à la reconnaissance du contenu de ces pensées automatiques permet au patient de prendre de la distance et de devenir ainsi plus objectif. Dans le cas de la technique à deux colonnes, une fois que le patient a recueilli l'ensemble des cognitions, le thérapeute présente cette méthode qui se réalise en notant sur papier les cognitions dans la colonne de gauche et les réactions multiples dans la colonne de droite. Par la suite, le patient peut approfondir directement les cognitions dans une troisième colonne. Le recueil de nombreuses cognitions éclaire des thèmes spécifiques. Ces thèmes mettent en évidence les distorsions cognitives¹⁴ du patient et ses opinions erronées sur lui-même et sur la vie en général. Le but consiste à déceler les erreurs logiques, de chaque cognition. Après avoir reconnu la caractéristique de ses cognitions, le thérapeute l'aidera à évaluer leur validité. Cette démarche permettra au client de modifier le processus d'analyse de ses propres expériences, qui consiste à prendre une autre perspective, en passant d'une démarche déductive à une démarche inductive. En effet, si le patient a une opinion, cela ne veut pas dire que celle-ci correspond à la réalité. Son système clos jusqu'alors, commence à s'ouvrir quand il agit sur ses cognitions et reconnaît le schéma. Il en résulte que le patient essaie petit à petit de résoudre les problèmes qu'il ne parvenait pas à résoudre auparavant.

Dans le cas de la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), le principe de changement visé reste le même, mais la démarche des deux méthodes se différencie à partir des pensées automatiques. En effet, dans cette technique, la cognition n'est pas toute de suite corrigée, mais chaque pensée du patient est approfondie en lui posant toujours la même question, jusqu'à arriver au postulat silencieux correspondant à un schéma de la personne.

¹⁴ Voir en détail à la p. 49.

Schéma 7: Identification du schéma dépressogène par la technique de la flèche descendante (Beck, 1993, p. 70), (traduction libre)

Situation: La cliente dîne avec sa meilleure amie et celle-ci discute avec un collègue.

Emotion: préoccupée, inquiète.

Thérapeute: A quoi avez-vous pensé durant le dîner ?

Cliente: Linda m'ignore.

Thérapeute: Si c'était vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous ?

Cliente: Je n'aurai jamais d'amis.

Thérapeute: Si c'était vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous, *de ne pas avoir d'amis* ?

Cliente: Je suis totalement seule. [*Schéma central*]

Thérapeute: Si c'était vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous, *être totalement seul* ?

Cliente: Que je serai toujours malheureuse. [*Elle pleure*]

Cette technique se base sur un fondement logique et se présente de manière très structurée. A tel point que le patient, après un entraînement rigoureux avec le thérapeute, peut être apte à l'appliquer tout seul (Burns, 1989). En effet, le questionnement qui donne lieu à un approfondissement de la problématique du client, permet de se rendre compte de ses convictions auto-destructives. Donc, il y a un éclaircissement qui permet de poser un diagnostic à partir duquel des modifications peuvent être réalisées. Ainsi, on est surtout confronté à une technique diagnostique. En effet, la méthode peut être complétée par les réponses rationnelles qui ramènent chaque pensée automatique à la réalité. Le dévoilement d'un schéma ne permet pas de conclure qu'il n'en existe pas d'autres. En thérapie cognitive, en effet, on peut appliquer la même technique pour déceler un autre schéma chez le même sujet. L'exemple reproduit ci-dessus montre l'application de la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), pour le traitement des troubles de la personnalité.

Grâce à des recherches ultérieures effectuées par Beck (1997), la thérapie cognitive s'est avérée efficace. En effet, de nombreuses études confirment le succès de cette forme de thérapie pour le traitement des patients ambulatoires présentant un trouble dépressif unipolaire ainsi que pour les troubles anxieux. Dans une méta-

analyse de 27 études, par Dobson (1989; Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998; in Lambert, 2004), la thérapie cognitive s'est révélée efficace pour le traitement des troubles dépressifs unipolaires et par rapport à d'autres traitements, tels que les antidépresseurs. D'effets thérapeutiques supérieurs ont été montrés dans la phase follow-up par rapport aux antidépresseurs et à la thérapie interpersonnelle. La spécificité de la thérapie cognitive se base sur le fait que chaque trouble est représenté par une structure cognitive particulière pour laquelle s'appliquent des stratégies adéquates en fonction du trouble donné. Ainsi, l'étendue de l'indication et l'éclectisme thérapeutique, aussi bien que la capacité à expliquer les changements psychopathologiques du patient font conclure que la thérapie cognitive représente une forme de thérapie efficace. Dans cette perspective, la technique de la *flèche descendante* s'est étendue aux phobies, aux obsessions, à l'anxiété, à l'anxiété généralisée, aux troubles de la personnalité, à la médecine comportementale et aux problèmes sexuels.

Les caractéristiques des sujets, à part les symptômes spécifiques du trouble, peuvent rendre difficile la recherche des pensées automatiques. Dans ce cas, les patients sont stimulés par le thérapeute à s'imaginer la situation comme si elle avait lieu sur le moment. Vu que les patients revivent la même situation en l'imagination, ils auront plus facilement accès à leurs émotions et à leurs pensées (Beck, 1993). Pour le patient, la découverte du schéma est souvent accompagnée de fortes émotions. A partir de ce moment, les pensées erronées peuvent être modifiées plus facilement. En effet, lorsque les convictions de base sont devenues conscientes, le patient peut trouver des arguments logiques et réalistes pour les changer.

2.3.3 Synthèse

Le modèle heuristique du processus thérapeutique de Sachse et Maus (1991, in Sachse 1992) distingue trois cadres différents: le *théorique*, le *thérapeutique* et celui faisant partie du *processus d'interaction thérapeutique*, qui visent à expliquer et à éclaircir le processus psychothérapeutique. Le cadre *théorique* tient compte des concepts généraux qui peuvent être appliqués à différentes

formes thérapeutiques. Le cadre *thérapeutique* se réfère aux différents facteurs qui se révèlent importants pour la construction d'une relation thérapeute-client pertinente. Dans le dernier cadre, caractérisé par le *processus d'interaction thérapeutique*, les énoncés du client et du thérapeute prennent une place principale. En effet, les processus cognitifs et affectifs activés chez les deux acteurs lors du processus thérapeutique se révèlent être des unités qui peuvent être soumises à une recherche empirique pour étudier l'efficacité d'une intervention spécifique. Le traitement de l'information du client et du thérapeute rassemble différents aspects qui jouent un rôle crucial dans l'élaboration des énoncés des deux acteurs. Dans ce processus, s'intéresser aux *interventions approfondissantes* vise plus spécifiquement le savoir technologique (Reichert, 2002). Cette optique permet au thérapeute de se poser la question de déterminer par quels moyens on atteint des buts préfixés. Pour aboutir à certaines fins, le thérapeute doit suivre certaines règles spécifiques qui aident le client à clarifier ses problèmes et à produire un changement. Les règles technologiques sont caractérisées par un contenu prescriptif qui guide le thérapeute dans le processus thérapeutique. C'est justement sur des règles technologiques que sont basées les *interventions approfondissantes*. Les deux interventions qui visent l'approfondissement et qui ont été choisies dans cette recherche sont : le *processus explicatif (Explizierung)* et la *flèche descendante (downward arrow technique)*. Malgré le fait qu'elles visent un but commun, elles se distinguent dans leur structure, leur application, leur durée et leur conception théorique sur laquelle elles se basent. Le *processus explicatif (Explizierung)* repose sur le modèle théorique des processus motivationnels-émotionnels-régulateurs de Sachse (1999) et provient de l'approche moderne de la thérapie centrée sur la personne, qui vise une tâche spécifique. Cette intervention fait partie des interventions ciblées dont le but consiste à clarifier les déterminants internes liés au problème du client. Le *processus explicatif (Explizierung)* s'avère être une tâche pas toujours facile pour le client. Toutefois, pour qu'il puisse être déclenché, on doit tenir compte de différents éléments. Les *indices* pour établir le *diagnostic procédural* mettent en évidence l'engagement du client lors du *processus explicatif (Explizierung)*.

L'analyse de ce processus peut être effectuée à partir des triples qui représentent une unité déterminée par un énoncé du client, par l'intervention du thérapeute et par la réponse du client à cette intervention. À partir de cette analyse, les traitements du client et du thérapeute peuvent être discutés. Cette procédure a permis de développer l'*échelle des modes de traitement explicatif* pour le *client* et une échelle comparable pour le *thérapeute*. À partir de ces échelles, diverses recherches ont contribué à comprendre plus finement les mécanismes impliqués dans le *processus explicatif* (*Explizierung*) aussi bien chez le client que chez le thérapeute. En résumant, on peut retenir que les caractéristiques des sujets comme la motivation au début de la thérapie ou le trouble présenté par le client, qui diffère sur le plan émotionnel, peuvent avoir une influence sur l'efficacité du *processus explicatif* (*Explizierung*). De son côté, le thérapeute a la capacité de diriger le processus explicatif du client et peut être responsable du résultat thérapeutique final.

En ce qui concerne la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), cette technique provient de la thérapie cognitive de Beck et a été tout d'abord appliquée au trouble dépressif. C'est pour cette raison qu'elle provient de la technique à deux colonnes, utilisée dans la thérapie de la dépression. Ces méthodes reposent sur le principe de base que les clients présentant un trouble dépressif ou anxieux se caractérisent souvent par des pensées automatiques négatives liées aux convictions provenant des schémas et qui empêchent la résolution des problèmes. Les convictions sont de nature diverse et restent inconscients pour le sujet. La technique de la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), méthode très structurée et qui se focalise sur les pensées automatiques du patient, on peut éclaircir les convictions ainsi que les schémas qui en découlent. Donc, dans le but est de pouvoir poser un diagnostic qui permettra ensuite de réaliser des changements. Contrairement au *processus explicatif* (*Explizierung*), cette méthode n'a pas toujours besoin d'un suivi thérapeutique pour être réalisée. Toutefois, dans ce cas aussi, les caractéristiques des patients peuvent rendre plus ou moins difficile, dans une première étape, le repérage des pensées automatiques et, dans un deuxième temps, la découverte du schéma principal.

2.4 L'ENTRETIEN INITIAL ET SES PARTICULARITES

« *Psychotherapie-Patienten sind überwiegend Menschen mit Problemen, die sie bisher nicht selber lösen konnten und die so gravierend sind, dass das psychische Wohlbefinden stark beeinträchtigt wird. Die Lösung dieser Probleme ist ein naheliegendes Therapieziel* »¹⁵ (Caspar, in Ambühl & Strauss, 1999, p.55).

L'entretien initial représente une interaction entre deux agents, le client et le thérapeute. Les buts principaux du thérapeute consistent à développer une bonne relation thérapeutique avec le client et à élaborer une représentation de la problématique du client qui permette, dans une phase ultérieure, de définir des buts thérapeutiques utiles pour le changement au cours de la thérapie. Le deuxième but représente la caractéristique primordiale qui distingue l'entretien initial par rapport aux autres séances thérapeutiques. En effet, le point central des autres séances thérapeutiques vise le changement de la problématique du client, alors que l'entretien initial se base sur l'élaboration du diagnostic. Le thérapeute est confronté dans ce travail à ses processus cognitivo-émotionnels et motivationnels qui influencent l'impression qu'il se forge du client. Ainsi, le thérapeute est face à deux tâches pour que la compréhension du client puisse être atteinte. La première tâche s'avère être, d'après Caspar (1995a, in Scerpella, 1997, p. 13): «...*was verbal-inhaltlich gesagt wird mit der Art und Weise, wie es gesagt wird und Informationen von ausserhalb der analysierten Passage zusammen zu interpretieren,*

¹⁵ Traduction libre: Les patients en psychothérapie sont généralement des personnes qui présentent des problèmes qu'ils n'ont jusqu'à présent pas pu résoudre par eux-mêmes. Ces problèmes sont tellement graves que leur santé psychique est fortement atteinte. Le but thérapeutique consiste évidemment en la résolution de ces problèmes.

um zu entscheiden, was wirklich gesagt wurde bzw. welche Handlung mit dem Sprechakt eigentlich vollzogen wird »¹⁶.

La deuxième tâche du thérapeute revient à reconnaître ce qui se cache derrière ce qui a été manifestement dit (Sachse, 1992). C'est justement au début d'une thérapie qu'il semble primordial d'appliquer des interventions, comme celles *approfondissantes*, qui visent une clarification du problème donné, et qui en même temps permettent de poser un diagnostic. En effet, actuellement on utilise des techniques qui s'approchent des idées présentées ci-dessus, comme l'EBA (Reichert & Pauls, 1998) ou le G.A.S (Kiresuk & Sherman, 1968). Ces techniques sont appliquées au début de la thérapie et servent à éclaircir les buts thérapeutiques du client. Le client clarifie ses problèmes et décrit l'état optimum, et ce processus donne lieu à une clarification de ses problèmes permettant leur résolution ultérieure. Cette démarche déclenche donc déjà un processus de changement chez le client.

D'un autre côté, les buts conscients du client consistent à diminuer sa souffrance grâce à l'intervention du thérapeute. Toutefois, les buts inconscients du client mènent aussi à éviter des confrontations directes avec les expériences traumatisantes vécues dans son passé et qui déterminent le trouble. Ainsi, les explications théoriques fournies par les clients sur la cause de leurs propres problèmes sont très liées au propre concept de soi au lieu d'y trouver des liens. Il ne faut pas non plus oublier que les conséquences de ces expériences peuvent se révéler par exemple dans le style émotionnel présenté lors de l'entretien initial. Dans ce cas, on peut se référer à l'ouverture émotionnelle qui serait d'une part liée aux trois variables de base de Rogers (Sachse, 1999) appliquées par le thérapeute, d'autre part, elle se reflète dans le style émotionnel présenté par le client. A ce sujet, différentes études ont prouvé que les clients qui présentent un comportement moins défensif par rapport à leurs propres émotions, qui s'ouvrent plus et qui ont accès à leurs expériences émotionnelles, présentent des effets

¹⁶ Traduction libre: ce qui est verbalement dit au niveau contextuel est comparé avec la manière avec laquelle ce contenu est exprimé, de façon à interpréter les informations fournies à l'extérieur des séquences analysées, pour décider ce qui a vraiment été dit, c'est-à-dire, savoir quelle action a été poursuivie ensemble avec la parole.

thérapeutiques plus favorables (Orlinsky & Howard , 1986a, in Sachse, 1999).

Après ces constatations, la définition des buts par les deux agents concernés paraît être plausible lors de l'entretien initial. En effet, le comportement interactionnel ne représente pas simplement une réaction au comportement du partenaire, mais il correspond aussi à un outil pour que l'individu aboutisse à des fins.

Dans l'entretien initial, la valeur des buts thérapeutiques définis par différentes approches thérapeutiques se révèle être très différente. En effet, les méthodes psychothérapeutiques sont appelées *règles technologiques* quand la description de ces méthodes donne des informations sur le diagnostic, les buts thérapeutiques, et les actions thérapeutiques les plus appropriés (Baumann & Perrez, 1998). Pour le choix d'une intervention donnée, il paraît important, à part le diagnostic, de tenir compte des caractéristiques individuelles, des conditions environnementales, etc. Les méthodes thérapeutiques proposées peuvent être de nature très variée. Les interventions peuvent être très simples ou très complexes.

Ainsi, sur la base de concepts provenant des écoles thérapeutiques, on oriente le thérapeute sur la façon avec laquelle il devrait définir les buts thérapeutiques, mais aussi sur la manière avec laquelle il les communique au client. On constate que les thérapeutes ne suivent pas forcément ces procédures, d'une part de leurs caractéristiques personnelles, d'autre part à cause du type de situation à laquelle ils se trouvent confrontés. Si on analyse l'entretien initial selon une perspective de résolution de problèmes, l'état actuel doit aboutir à une modification et on présuppose que les buts qui mènent à un changement soient bien définis pour les thérapeutes. Pour ce dernier, l'entretien initial vise à fournir des informations sur le sens et le type de thérapie à appliquer : il sert donc à la clarification des buts thérapeutiques. A ce sujet, Caspar (in Ambühl et al., 1999) est de l'avis que lorsque le but semble clair, moins il est alors exprimé et réfléchi. Et, lorsque le but s'avère plus confus, alors il est plus important qu'il soit explicité. Le problème se pose quand client et thérapeute visent des buts différents. La clarification des buts conflictuels permettrait donc au

thérapeute d'être plus productif. En effet, l'efficacité d'une thérapie se base sur le travail commun entre client et thérapeute vers un but visé. Toutefois, les buts au début d'une thérapie qui n'ont pas été totalement définis peuvent être tout à fait valables si on tient compte du fait que le client n'est pas encore suffisamment bien connu. Il semble par contre fondamental que le client lui-même ait l'impression que ses buts thérapeutiques, aussi vagues et imprécis qu'ils soient correspondent à ceux du thérapeutes. En effet, d'après Caspar (in Ambühl et al., 1999), de nombreux résultats empiriques démontrent que l'amélioration après la première séance thérapeutique proviendrait du sentiment d'espoir du client et d'être soutenu. Cependant, si on part de l'idée qu'il n'y aura jamais une entente complète entre client et thérapeute, on peut conclure que tout dépend surtout de l'impression subjective du client. Il ne faut pas non plus oublier que pour le thérapeute, il est utile de connaître les divergences entre ses buts thérapeutiques et ceux du client. La relation thérapeutique ne peut en effet qu'en profiter.

Les constatations faites jusqu'à maintenant se réfèrent aux buts plus généraux qui règnent lors du premier entretien, alors qu'on distingue aussi les buts plus spécifiques, instrumentaux ou *opérationnels* et *technologiques* (Baumann et al., 1998). Ces buts n'ont pas de valeur en soi, mais leur fin serait la condition nécessaire pour l'aboutissement des buts de changement. Les *buts opérationnels* divergent en fonction de l'approche thérapeutique et sont effectivement liés à des principes différents. La plus ou moins grande valeur donnée à la capacité verbale ou émotionnelle du client ou aux contingences environnementales de celui-ci pour les changements dans le processus thérapeutique, dépend fortement de l'approche thérapeutique. Dans certains courants thérapeutiques, les frontières entre les *buts opérationnels* et ceux du contenu de changement peuvent même être dissolues. Dans le cas par exemple de la thérapie humaniste, on se demande si l'accès aux émotions représente un but en soi ou s'il serait la condition nécessaire pour d'autres buts visés. Il arrive souvent que les thérapeutes, quand ils appliquent les buts opérationnels, doivent malheureusement constater que le client présente un déficit dans sa capacité verbale ou émotionnelle. Les conditions ne sont alors pas encore

favorables à l'application des *buts opérationnels*. Ainsi, lorsque le thérapeute n'est pas confronté à ces difficultés, il continue son travail. Ce comportement s'avère pertinent pour ne pas trop charger le traitement de l'information du thérapeute, mais rend difficile la représentation de la valeur concrète du but opérationnel. D'autres résultats d'Orlinsky, Grawe et Parks (in Bergin et al., 1994), résultant de la recherche sur les processus en psychothérapie, démontrent que la définition des buts entre client et thérapeute au début d'une thérapie et la clarté des attentes entre les deux acteurs ont un effet positif sur les résultats thérapeutiques à la fin de la thérapie.

En effet, en suivant cette perspective, Rollnick et Miller (1995, in Emmons & Rollnick, 2001) se sont intéressés à l'impact des interventions du thérapeute sur la motivation du client à vouloir changer au début d'une thérapie. C'est sur cette base qu'ils ont développé l'*entretien motivationnel*. Ce type d'entretien est caractérisé par des interventions spécifiques, directives et centrées sur le client, qui aident celui-ci à développer sa motivation pour le changement au cours de la thérapie, ce qui revient à résoudre l'ambivalence. A ce sujet, Prochaska, DiClemente et Norcross (1992, in Walitzer, Dermen & Connors, 1999, p. 143) décrivent: «... *many clients exhibit a greater degree of ambivalence and are still weighing the costs and benefits of participating in treatment versus living themselves presenting for treatment event though they have serious questions about whether formal treatment is necessary or whether such treatment is likely successful. Proving strategies for change for these ambivalent clients may be premature when no effort has been made first to decrease ambivalence and increase motivation for change* ».

La source principale de cette approche provient de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie centrée sur la personne. Plus précisément, cet entretien a été originalement créé pour améliorer la motivation des personnes qui présentent une dépendance alcoolique. D'après Miller et Rollnick (1991, in Emmons et al., 2001), la résistance au changement qu'on retrouve généralement chez les personnes dépendantes, proviendrait de l'offre du thérapeute dont l'entretien s'avère être trop confrontant. Ainsi, ces auteurs sont de l'avis que le thérapeute serait plus

efficace s'il soutenait le client à trouver lui-même des arguments qui l'aideraient dans le processus de changement. Le facteur clé de cette approche consiste en un style thérapeutique basé sur l'empathie.

Si on rejoint les observations d'Orlinsky mentionnées précédemment, on retrouve dans ses études des résultats similaires. En effet on a pu constater que le comportement du thérapeute influence favorablement le résultat final du traitement quand ses interventions visent une clarification de la motivation réelle du client face au changement. Ainsi, ces auteurs ont trouvé que plus le thérapeute confronte les clients avec leur consommation d'alcool plus ces derniers rechutent à la fin du traitement. Dans une autre recherche de Rollnick et al. (1999, in Emmons et al., 2001), ces auteurs ont trouvé que les alcooliques graves étaient moins prêts à changer avec des méthodes confrontantes basées sur la modification des comportements (*skills*) qu'avec l'*entretien motivationnel*.

Miller et Rollnick (1991, in Walitzler et al., 1999) sont de l'avis que la confrontation détériore l'*auto-efficacité*, contrairement à un style d'entretien empathique qui la créerait. C'est justement la qualité de l'interaction qui joue un rôle central dans le processus de changement. A ce sujet, ces auteurs (1991, in Gerber & Basham, 1999) décrivent cinq principes fondamentaux que le thérapeute doit suivre dans l'*entretien motivationnel* :

- 1) Exprimer l'empathie en adoptant une attitude d'écoute attentive de façon à comprendre le point de vue du client.
- 2) Développer la dissonance en confrontant le client doucement avec son incongruence et qui consiste à augmenter la différence entre la situation actuelle du client avec les buts qu'il aimerait poursuivre dans le futur.
- 3) Éviter l'argumentation afin d'éviter la résistance de la part du client.
- 4) Se confronter à la résistance du client sans s'opposer au client, en lui proposant de nouvelles perspectives.
- 5) Soutenir l'auto-efficacité en exprimant la confiance qu'on attribue aux capacités du client.

A partir de ces principes, le thérapeute utilise différentes stratégies pour aboutir à ses fins, plus précisément, les questions ouvertes, l'écoute réflexive qui tient compte de la répétition, la reformulation, la paraphrase et le reflet des sentiments; et le résumé.

Caspar (1995, in Ambühl et al., 1999) s'est intéressé à savoir quels sont les buts que les thérapeutes se fixent lors de l'entretien initial et dans quelle mesure ces buts se distinguent par rapport aux orientations thérapeutiques différentes. Les deux groupes de thérapeutes se distinguent par rapport au niveau d'expérience (bas/élevé) et par rapport à la formation thérapeutique (cognitivo-comportementale/psychodynamique). 48 entretiens initiaux ont été effectués. L'analyse audio et vidéo se base sur les entretiens produits durant 15 min. et transcrits. La recherche des hypothèses procédurales du thérapeute a été obtenue en questionnant directement le thérapeute sur ce qu'il pensait à un moment donné, grâce aussi à l'aide d'un programme spécifique informatisé et de la vidéo. D'après cette recherche, on peut retenir qu'en général les buts lors de l'entretien initial sont assez souvent plutôt exprimés par les clients que par les thérapeutes. Une fois que les buts ont été nommés, ils sont moins élaborés, surtout dans l'approche psychodynamique, ce qui correspond à ses principes théoriques. Tous les buts qui découlent du travail commun avec le client jouent un rôle moins important lors de l'entretien initial. Le comportement concret du thérapeute et du client face aux buts par rapport aux contenus traités ne dépendrait pas de l'orientation thérapeutique. Les résultats sont cohérents dans l'ensemble, mais il faut aussi tenir compte qu'ils se basent sur de petits échantillons ce qui expliquerait des variations interindividuelles plus grandes et des différences significatives.

Dans une autre étude sur l'entretien initial de Scerpella (1997), on s'est intéressé à déceler les buts procéduraux du client et du thérapeute, qui leur sont seulement partiellement conscients. Les résultats montrent que plus de la moitié des 20 clients présentent des plans défavorables par rapport à l'analyse des plans de Caspar

(1996)¹⁷. Les clients se montrent réticents à parler de leurs problèmes, mais ils ont aussi peur. Ils étaient confrontés à deux types de buts en conflit : les buts de changement par rapport aux buts défensifs qui empêchent une bonne coopération. Un tiers des clients se sont montrés ouverts par rapport aux thérapeutes. La plupart des thérapeutes ont adapté leur comportement en fonction de la réactance des clients et ont donné ainsi l'occasion aux clients plus réticents de s'ouvrir au cours de l'entretien. La présence de ces types de buts inconscients rend le travail thérapeutique lors de la première séance difficile. De plus, ces résultats mettent aussi en évidence la difficulté avec laquelle le thérapeute est confronté quand il essaie d'entamer un processus de résolution de problème au début, mais aussi tout au long de la thérapie.

En résumant, on peut retenir de cette étude que l'entretien initial provoque de la peur chez le client, car la personne s'attend à un refus ou à une évaluation négative de sa personne. Dans cette situation, on demande au client qu'il parle de ses propres faiblesses, souvent mal perçues par la société. À côté de cette peur, le client se montre disponible à décrire ses problèmes et à coopérer avec le thérapeute. Si la disponibilité à la coopération est plus importante, le client ne montrera pas de comportements d'évitement dans l'ouverture personnelle. Toutefois, une forte peur pourrait se révéler plus importante que la disponibilité à coopérer et ainsi provoquer des comportements d'évitement. De plus, l'étude montre qu'un comportement adapté de la part du thérapeute face aux comportements d'évitement, permet de les réduire. Ainsi, on peut conclure que la connaissance des *caractéristiques particulières* du client au début d'une thérapie permet de disposer d'une description préalable de ces buts, ce qui s'avère être primordial pour le choix d'une procédure thérapeutique individualisée et efficace.

¹⁷ La conception des plans se construit sur une image de l'homme qui se fonde sur un être qui agit d'une façon ciblée. L'action humaine est vue d'après une perspective instrumentale, c'est-à-dire que dans l'analyse comportementale, on se pose la question de savoir à quoi vise un comportement précis. On part de l'idée que l'action de l'individu dans des situations précises se construit toujours à nouveau pour pouvoir tenir compte de plusieurs buts à la fois. La structure hiérarchique des plans de l'homme englobe ses buts principaux et l'ensemble des stratégies qu'il a acquises durant sa vie.

L'ensemble de ces études met entre autre en évidence que les entretiens initiaux ne suivent pas la perspective de la résolution de problèmes. Les thérapeutes semblent en effet occupés par d'autres soucis et ceci même si les patients formulent explicitement leurs buts. Ce comportement empêche un approfondissement des buts des clients, ce qui, à long terme, pourrait avoir une influence sur l'effet thérapeutique.

En ce qui concerne les effets thérapeutiques en général, ils s'avèrent positifs pour le client déjà après l'entretien initial. Il s'agirait en fait d'un phénomène répandu. Dans une étude, Howard, Kopta, Krause et Orlinsky (1986, in Grawe, 1998) ont trouvé, qu'avec une population de plus de mille patients qui suivaient un traitement psychodynamique, on pouvait constater chez la plus grande partie d'entre eux des améliorations déjà après l'entretien initial. Il faut tenir compte du fait que ces résultats ne donnent pas assez d'informations sur le processus de changement chez les patients singuliers ni des indications sur les différences qualitatives possibles entre les changements chez les divers patients et sur les différentes séquences temporelles des processus thérapeutiques. Toutefois, ces résultats confirment que chez un grand nombre de patients de thérapeutes différents, on peut constater une amélioration rapide. Après quelques temps, la même équipe de recherche de Howard, Lueger, Maling et Martinovich. (1992, in Grawe, 1998) ont mis en évidence des résultats empiriques par rapport au modèle psychothérapeutique à phases, qui distingue en tout trois éléments dans l'amélioration :

- Le bien-être
- La symptomatologie
- L'adaptation psychosociale

Les résultats empiriques montrent que l'amélioration de ces critères se réalise dans cet ordre là. Ces indications montrent que les divers types de modifications ont besoin de temps différents. La personne qui ressent une amélioration de son bien-être a plus de chances de diminuer ses symptômes. L'adaptation sociale a besoin de plus de temps pour se régénérer. Ainsi, il y a plus de chances que l'amélioration s'instaure chez les patients pour qui les autres critères sont déjà remplis. Grawe (1998) est de l'avis qu'au début

de la thérapie, le souffrance du patient reflète son incongruence, c'est-à-dire la différence entre ses expériences réelles et ses schémas intentionnels. Les schémas intentionnels représenteraient les moyens que le client a créés pour la réalisation de ses besoins primaires. Ainsi, dans cette perspective, la souffrance du patient exprimerait que les besoins primaires du moment ne sont pas remplis. Le patient se sent blessé psychiquement et se trouve en échec. Donc, en début de thérapie, il se trouve dans un état de perte de contrôle. Le seul fait de chercher de l'aide représente un pas vers la prise de contrôle. Si, au début de la thérapie, on informe le patient sur son trouble ou par quel moyen il pourrait être traité, le patient fait l'expérience de remplir ses besoins d'orientation et de contrôle. Une structure claire du déroulement thérapeutique permet aussi au patient de retrouver du contrôle. La clarification et le fait de vivre l'expérience de surmonter des événements difficiles ont une influence positive sur l'effet thérapeutique. Inversement, l'absence de ces expériences en thérapie renforce le sentiment d'impuissance du client face aux problèmes et il en résulte une aggravation de l'état. Ainsi, ces remarques concordent avec l'étude de Howard et al., mais aussi avec celle de Bieri (1996, in Grawe, 1998) dans laquelle on peut constater que les thérapies efficaces se caractérisent au début de la thérapie par une amélioration du bien-être, suivie d'une diminution symptomatique.

En partant de l'idée que l'échange interactionnel en thérapie correspond à l'un des moyens les plus efficaces pour donner lieu aux changements psychothérapeutiques, une bonne connaissance du client et des interventions efficaces et différenciées, déjà à partir de l'entretien initial, permet un diagnostic ciblé, une clarification des buts, une bonne relation thérapeutique, et optimise et maximise les effets thérapeutiques à long terme.

Etant donné que le thérapeute est soumis dès le début de la thérapie aux *tests relationnels*,¹⁸ (« Beziehungstests »). (Grawe, 1994), et que l'amélioration symptomatique du client dépendrait de la façon avec laquelle le thérapeute réussit à surmonter ces tests relationnels

¹⁸ Les tests relationnels inconscients effectués par le client au début de la thérapie, consistent à vérifier si le comportement du thérapeute correspond à celui traumatisant avec lequel le client a souvent été confronté par le passé.

(Ambühl 1992, in Grawe, 1994), a montré que l'étude approfondie du profil émotionnel des clients contribue à ce que le thérapeute affronte ces tests plus efficacement et d'une façon ciblée. De plus, la connaissance du profil émotionnel du client permet au thérapeute d'appliquer une intervention appropriée, ce qui à son tour a une influence sur l'ensemble du processus thérapeutique.

2.4.1 Le fonctionnement et la gestion émotionnels du client

Comme on l'a vu précédemment, l'entretien initial trouve dans les différentes étapes du processus psychothérapeutique une place bien particulière et déterminée. Pour mieux comprendre les effets thérapeutiques sur les clients par l'application de types d'interventions similaires, mais différentes dans leur structure, il s'avère utile d'analyser plus en détail les caractéristiques des clients. Etant donné que lors de l'entretien thérapeutique les émotions du client jouent un rôle fondamental dans le processus d'approfondissement et de changement, il semble primordial de comprendre tout d'abord le fonctionnement émotionnel général des personnes pour ensuite en tirer des conclusions dans le cadre thérapeutique.

Ainsi, d'après Scherer (1984, in Scherer & Sangsue, 1996),¹⁹ ce fonctionnement résulterait d'un épisode de synchronisation provenant des principaux sous-systèmes du fonctionnement organique et qui seraient représentés par cinq composants: la cognition, la régulation physiologique, la motivation, l'expression motrice et le sentiment. Ceux-ci seraient activés après avoir évalué un stimulus externe ou interne qui s'avèrerait important pour l'organisme. En se basant sur ces concepts, Reicherts, Carrard, et Pihet (2000) distinguent au moins trois niveaux généraux du fonctionnement émotionnel :

- Les processus d'ordre *corporel* incluent des phénomènes physiques autonomes et moteurs, comme l'activation cardiovasculaire ou musculaire.
- Les processus d'ordre *cognitif* se réfèrent à la représentation cognitive des états émotionnels intégrant des informations

¹⁹ Voir à la p. 27.

corporelles et situationnelles dans les cognitions du vécu émotionnel;

- Les processus d'ordre *social* impliquent des activités d'expression et d'échange des états émotionnels permettant leur transmission ou leur régulation interpersonnelle.

Ces distinctions concernant le fonctionnement émotionnel dérivent de différentes études effectuées dans ce domaine. Dans cette perspective, on a reconnu que les processus actifs en psychopathologie sont de nature non verbale. Ainsi, comme on a déjà pu le voir dans les chapitres précédents, Greenberg et al. (1997) ont développé un modèle d'intervention clinique basé sur le processus de traitement de l'information émotionnel qui évalue la relation entre le processus d'information verbal et non verbale. Gross (1998) s'est particulièrement intéressé à la régulation émotionnelle et a examiné les effets du contrôle de l'expression non verbale de l'émotion. Dans une étude de Lazarus (1964, in Gross, 1998), on avait l'impression que les stratégies cognitives pouvaient réduire les réponses éprouvantes et on pensait qu'une telle régulation apportait du bénéfice à la santé mentale. Parallèlement à cette période, le développement de la médecine psychosomatique avait mis en évidence que la régulation des émotions négatives conduisait à la détérioration organique. Ainsi, l'inhibition chronique de la tristesse et des larmes aboutissait aux troubles respiratoires. Parmi ces résultats, certains restent encore valables, comme le postulat qui selon lequel l'inhibition de l'hostilité chronique et de l'agression provoqueraient de l'hypertension et des problèmes coronaires (Stephoe, 1993, in Gross, 1998). De nouvelles hypothèses proposent que l'inhibition de l'émotion pourrait exacerber des maux mineurs et que le manque d'expression pourrait accélérer la progression du cancer. Les études entreprises pour examiner les effets physiologiques aigus de la régulation émotionnelle ont montré que la suppression émotionnelle est liée à l'accroissement de l'activité sympathique.

Le comportement non verbal a donc obtenu une attention considérable dans la recherche sur les émotions et dans le rôle de la communication et de la régulation émotionnelle. Darwin (1965, in Philippot, Feldman & Coats, 2003) avait déjà démontré

l'importance du comportement non verbal dans l'interaction avec l'environnement. Il faut aussi mentionner que le comportement non verbal est un représentant des états affectifs. En effet, la manipulation de l'expression faciale aurait une influence sur les états affectifs. L'effet de la manipulation faciale a montré aussi une influence sur le changement physiologique, comme les cas du rythme cardiaque ou de la température cutanée (Levenson et al., 1990). A part l'expression faciale, la manipulation de la posture aurait aussi un impact sur les états affectifs. L'altération volontaire du comportement non verbal pourrait donc être une stratégie pour modifier les états affectifs douloureux. Vu plus globalement, le comportement non verbal représente un médiateur important de la communication des sentiments et des intentions internes (Cacioppo, Uchino, Crites, Snyder, Smith, Berntson & Lang, 1992). A ce sujet, parmi les processus extériorisés, on compte la voix, l'expression faciale et les actions ouvertes. Celles-ci sont plutôt soumises aux forces des conditions sociales et instrumentales, contrairement aux réponses provenant des processus internes d'ordre viscéral, humoral ou immunologique. Une fois qu'on a clarifié les différences individuelles pour les mécanismes internes/externes qui soulignent les composants de la réponse émotionnelle, on peut affirmer que les facteurs sociaux et de développement influencent l'émotion. Les forces sociales et environnementales jouent un rôle important dans la formation des différences individuelles dans le fonctionnement physiologique et dans la transmission de ces différences individuelles sur le comportement social et sur la personnalité. Les réponses individuelles cohérentes sont plus fréquentes quand les comparaisons sont effectuées à l'intérieur plutôt qu'à travers les facteurs responsables du stress. Ces remarques sont en accord avec le principe qui suppose qu'il existe aussi bien des déterminants situationnels fondés que des déterminants dispositionnels dans la réponse physiologique. A ce propos, il faut tenir compte que l'existence de dispositions physiologiques pour répondre d'une façon particulière n'implique pas qu'il y ait forcément une relation entre les traits physiologiques et psychologiques. Cela veut dire par exemple que les enfants qui se montrent relativement expressifs depuis la naissance ont tendance à être aussi assez expressifs en

tant qu'adultes, mais l'interaction de cette disposition physiologique avec l'environnement et les événements sociaux rendent mûres ces dispositions physiologiques et psychologiques.

Johns (in Cacioppo et al., 1992) est l'un des premiers auteurs qui a utilisé le terme d'*internalizer* pour se référer à une personne qui montre une expression basse, mais une décharge sympathique élevée. A l'inverse la personne *externalizer* présente une expression élevée et une décharge sympathique basse. Les résultats empiriques suggèrent une co-activation ou une co-inhibition de l'activation sympathique et expressive de l'émotion.

Après ces constatations, on peut mentionner que les individus varient dans leur habilité à envoyer et à recevoir les messages non verbaux. Ces capacités ont une implication importante dans l'interaction sociale, plus précisément pour le développement et le maintien des relations sociales saines et pour l'ajustement psychosocial en général. D'après Riggio (1989, in Philippot et al., 2003), les compétences sociales sont composées de trois types d'habiletés communicatives de base qui présentent des formes verbales et non verbales : envoyer et recevoir, recevoir et décoder, et contrôler ou réguler. Le modèle des compétences sociales de base d'après Riggio (1989, in Philippot et al. 2003, p. 19, trad. Defago) se présente ainsi :

Tableau 1: Un modèle des compétences sociales de base

Domaine non verbal

Expression émotionnelle : elle est liée aux habiletés dans l'envoi et le codage non verbal et des messages émotionnels. Elle inclut aussi l'expression non verbale des attitudes, la dominance et l'orientation interpersonnelles, ainsi que l'exactitude dans l'expression des états émotionnels actuels.

Sensitivité émotionnelle : elle reflète les capacités à recevoir et à décoder les messages non verbaux, ainsi que l'attention pour les signaux non verbaux.

Contrôle émotionnel : il concerne l'habileté à contrôler et à réguler l'éventail émotionnel et non verbal. Il contient l'habileté à masquer les émotions actualisées et à exprimer certains signaux émotionnels.

Domaine social et verbal

Expressivité sociale : elle concerne la capacité à encoder les expressions verbales et à engager les autres dans l'interaction sociale (habiletés à réaliser, à guider et à maintenir les conversations).

Sensitivité sociale : elle se réfère à l'habileté à décoder, à interpréter les autres communications verbales, ainsi qu'à disposer des connaissances des normes de sensibilité correspondant au comportement social approprié. Ce type de comportement est lié à la conscience sociale qui permet de surveiller son propre comportement social et à le réaliser auprès autres.

Contrôle social : il tient compte de la capacité à jouer un rôle dans la société, selon sa propre représentation sociale. Cette habileté est importante pour guider la direction et le contenu de la communication dans l'interaction sociale et s'avère être la capacité la plus communément associée avec les notions de compétence sociale et d'intelligence sociale.

L'ensemble de ces capacités permet au sujet d'exprimer ses états émotionnels adéquatement. Les individus présentant une expressivité élevée sont vivants, chargés émotionnellement et ont la faculté d'évaluer ou de s'inspirer d'autres bases pour la transmission des sentiments. Les résultats des recherches effectuées dans le domaine du comportement non verbal démontrent que les personnes atteintes d'une schizophrénie ou d'une dépression majeure, manifestent des déficits dans l'expression émotionnelle similaire (affects plats, évitement du regard). La diminution du contact visuel correspond au comportement non verbal le plus robuste, et serait un signe du trouble dépressif. A ce sujet, il faut tenir compte de la courbature des lèvres et des mouvements et gestes corporels des mains, de la tête, ainsi que de l'ensemble du corps. D'autres études chez les patients affectés de schizophrénie, par Ellgring et Smith (1998, in Philippot et al., 2003), ont mis en évidence que la diminution de l'expression faciale proviendrait de l'augmentation des processus de contrôle des émotions. Ainsi, l'ensemble des comportements expressifs chez les schizophrènes serait liés à une régulation excessive des émotions.

Les études entreprises par Ekman (1992) montrent qu'à partir de la mesure des muscles faciaux, on peut déterminer les émotions de base, telles que la colère, le mépris, le dégoût, la peur, la tristesse, la surprise et la joie. Pour le patient, cette mesure reflète l'état émotionnel actuel et permet au thérapeute, par exemple, de comprendre les sentiments réels du patient à un moment donné.

Ainsi, le comportement non verbal est donc dominé par les capacités dans la communication des émotions, car il s'avère être le premier impliqué dans l'envoi, l'interprétation et la régulation des messages émotionnels. Ceci est conforme avec les notions populaires de « *compétences émotionnelles* » et d'« *intelligence émotionnelle* » (Salovey & Mayer, 1990). Ces auteurs avaient pu démontrer dans une recherche sur une population jeune et adulte que l'intelligence émotionnelle s'accroît avec l'âge et avec l'expérience acquise depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Dans cette perspective, l'intelligence émotionnelle inclut, en plus de la capacité à réguler ses propres sentiments, la capacité à réguler les sentiments des autres de manière adaptative. Cela veut dire que certaines personnes savent appliquer de façon pertinente les émotions afin d'en retirer du profit. Salovey et al. (1990) ont introduit la notion de *méta-humeur* (« meta mood ») qui consiste à décrire les processus réflexifs qui accompagnent les états émotionnels et qui correspondent à un aspect central de l'intelligence émotionnelle. Ces processus de gestion de l'émotion, de méta-humeur, auraient la capacité de réguler ou même de modifier l'humeur. A leur tour, les méta-expériences de régulation conduisent à des pensées qui concernent la suppression ou le déni de l'humeur ou à des planifications comportementales qui sont également expérimentées comme des composantes de l'humeur. Des études plus récentes de Wegner et Pennebaker (1993, in Mitmansgruber, 2003), montrent que les dispositions de *méta-humeur* jouent un rôle dans la maîtrise des situations chroniques et aiguës et dans la gestion des événements éprouvants.

En tenant toujours compte de l'aspect cognitif des émotions, on peut aussi se référer au processus de régulation de la personne lorsqu'elle est confrontée aux situations émotionnellement éprouvantes. On peut se demander quels sont les facteurs qui entrent en jeu chez la personne dans la stratégie de maîtrise. Les styles de maîtrise caractérisés par des dispositions personnelles différentes sont nommées *represser/sensitizer* et leur origine dans la régulation de l'attention face aux situations menaçantes pour la personne. Les dispositions personnelles se différencient dans la façon avec laquelle les individus focalisent leur attention sur les stimuli menaçants ou s'ils s'en détournent. A ce sujet Krohne

(1993, in Mitmansgruber, 2003), a défini deux variables: la *vigilance*, qui concerne le recueil et le traitement des informations menaçantes, et l'évitement cognitif (*cognitive avoidance*), qui revient à détourner le regard sur des stimuli menaçants. Sur la base de ces concepts, Krohne différencie deux dimensions personnelles indépendantes. Les stimuli menaçants représentent le vécu de l'insécurité et la perception de l'excitation corporelle. A partir de ces réactions de base, des réactions de peur peuvent se développer par la suite si on évalue en plus l'aspect du contrôle de la situation, par exemple. La *vigilance*, connue comme stratégie de maîtrise, vise la diminution de l'insécurité, alors que l'évitement cognitif protège l'organisme contre de fortes activations corporelles. Ainsi, les personnes qui présentent une intolérance élevée pour l'insécurité focaliseront leur attention sur les stimuli menaçants. De l'autre côté, les individus qui montrent une intolérance élevée pour les excitations corporelles appliqueront des stratégies cognitives d'évitement. Les personnes qui présentent aussi bien une intolérance élevée à l'insécurité qu'une intolérance élevée à l'activation corporelle, sont celles qui ont le plus de difficultés. En effet, elles oscillent perpétuellement entre la vigilance et l'évitement, car elles supportent mal l'insécurité et par conséquent se projettent sur la menace, ce qui entraîne une augmentation de l'excitation corporelle et conduit aux stratégies d'évitement cognitif, qui à leur tour augmentent l'insécurité, etc. Ainsi, ces deux styles de personnalités ont une influence sur le fonctionnement émotionnel et provoquent des conséquences sur les plans physique, comportemental et social.

Comme on l'a vu précédemment, la communication des émotions revêt un aspect social. A ce propos, différents auteurs se sont intéressés à comprendre la dynamique sociale et cognitive du bouleversement émotionnel. Plus précisément, ils voulaient savoir si et comment les personnes communiquent les événements éprouvants dans leur réseau social. Rimé (1987, in Stroebe, Hansson & Schut, 2001) a voulu savoir comment les individus partagent leurs émotions après avoir vécu un événement émotionnel difficile, alors que Pennebaker (1997, in Stroebe et al. 2001) a développé une stratégie d'intervention pour encourager les personnes à révéler leurs émotions bouleversantes.

Les études de Rimé (1992, in Stroebe et al., 2001) ont montré que les personnes partagent leurs expériences émotionnelles dans le 90 % des cas et ceci pour n'importe quel type d'émotions. Le degré de partage social dépendrait de l'intensité émotionnelle de l'événement. Des études expérimentales ont révélé que les participants qui étaient confrontés à des films émotionnellement éprouvants parlaient plus après par rapport aux participants qui avaient vu des films plus modérés. Toutefois, 70 % des individus ne confient pas leur expérience émotionnelle (Rimé 1998; in Stroebe et al, 2001). Les raisons de cette attitude sont surtout de deux types: personnelles et interpersonnelles. Dans les deux cas, le sujet évite d'être à nouveau confronté à l'événement douloureux par le simple fait d'en parler ou par la réaction affectée de l'entourage.

Toutefois, selon le modèle *Big five*, le partage social ne serait pas typique d'une dimension particulière de la personnalité. Cependant, pour l'alexithymie²⁰, on retrouve une corrélation négative constante avec le partage social, surtout pour les événements négatifs.

L'inhibition des sentiments, des pensées et du comportement implique un travail biologique qui s'avère être stressant. D'après Pennebaker (1997, in Stroebe et al., 2001), si les individus se forcent à inhiber leurs sentiments pendant une longue période, alors il est fortement probable qu'ils souffriront de troubles psychosomatiques divers par la suite.

D'autres recherches entreprises par Pennebaker et ses collaborateurs, il a été mis en évidence que les sujets qui ne parlent pas de leurs sentiments, comme les alexithymiques, profitent plus du récit écrit de l'expérience traumatisante que du récit oral. De plus, ils en retirent plus de bénéfices par rapport aux personnes qui sont plus ouvertes.

²⁰ On fait référence à une dimension très spécifique de la personnalité qui se caractérise par la difficulté à identifier et à verbaliser les expériences émotionnelles.

2.4.2 L'ouverture émotionnelle du client

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, le fonctionnement émotionnel dans sa globalité peut se présenter de manière assez particulière pour un grand nombre d'individus. C'est pour cette raison que l'étude approfondie de différentes dimensions émotionnelles permet de mieux comprendre la gestion émotionnelle générale et spécifique d'un client donné lorsque celui-ci est confronté à une situation particulière. Ceci s'avère être le cas par exemple dans l'entretien initial. Ainsi, la connaissance des mécanismes émotionnels en jeu chez le client dès la première séance thérapeutique facilite au thérapeute sa démarche diagnostique et thérapeutique à suivre. De plus, il ne faut pas non plus oublier que les effets thérapeutiques ne peuvent qu'être potentialisés.

Afin de réaliser la mesure de la gestion émotionnelle d'un client donné, Reicherts et al. (2000) ont élaboré un questionnaire multi-dimensionnel appelé *DOE*,²¹ «*Dimensions de l'Ouverture Émotionnelle*». Cet outil s'est entre autre montré pertinent pour l'évaluation des patients souffrant de troubles cliniques. En effet, le caractère multiple des dimensions permet d'éclaircir les mécanismes impliqués dans la survenue et le déroulement des émotions d'un client donné, telles que la perception corporelle, la représentation cognitive ou l'expression émotionnelle.

Dans le cadre précis de cette recherche, on peut se demander quel type d'intervention approfondissante s'avère être la plus adéquate pour un profil spécifique d'ouverture émotionnelle d'un client donné. A ce sujet, Reicherts et al. (2000) précisent : « *Les représentations subjectives des processus aux différents niveaux peuvent être conçues (a) comme « traits » ou tendances relativement stables mettant en évidence des différences inter-individuelles et (b) comme « états » liés aux variations intra-individuelles ou situationnelles. Les tendances sont à considérer comme résultant d'une interaction complexe entre facteurs biologiques et histoire d'apprentissage de l'individu. Les*

²² La présentation détaillée du DOE sera présentée dans le chapitre 4.

tendances selon les différents niveaux peuvent être décrites par un profil caractérisant la personne. »

En se référant aux conceptions théoriques du chapitre précédent, Reicherts et al. (2000) distinguent dans le *DOE*²², cinq dimensions pour analyser l'ouverture aux processus émotionnels selon les représentations subjectives :

1. La représentation conceptuelle (*REPCON*) des états mentaux et corporels en termes d'émotions distinctes et différenciées, en ayant recours à des concepts, schémas ou scripts émotionnels.
 2. La communication et l'expression des émotions (*EMOCOM*) envers autrui, l'ouverture au niveau social concernant ses propres émotions (*sharing of emotions*).
 3. La perception ou la conscience (*awareness*) des indicateurs et phénomènes corporels «internes» (*PERINT*) qui caractérisent ou accompagnent les émotions (p.ex. l'activité cardiovasculaire, respiratoire ou gastro-intestinale).
 4. La perception des indicateurs émotionnels «externes» (*PEREXT*) qui transparaissent à l'extérieur (p.ex. activité motrice, expression faciale, tension musculaire); les dimensions 3 et 4 reflètent les sous-systèmes autonome (central) et moteur (périphérique) dont la prépondérance respective caractérise les patterns type de réactions émotionnelles appelés *externalizer* versus *internalizer* (Caccioppo et al., 1992).
 5. La régulation émotionnelle (*REGEMO*), comprenant des activités et capacités de contrôler (diminuer, augmenter) de reporter ou atténuer ses émotions et états affectifs, (y compris la tendance aux comportements impulsifs); la régulation émotionnelle peut se référer aux trois niveaux (cognitif, corporel et social).
 6. Les restrictions normatives de l'ouverture émotionnelle (*RESNOR*) représentent une dimension supplémentaire portant à la fois sur la résonance affective générale du contexte social
-

et sur l'attribution externe concernant le manque de vécu et d'échanges émotionnels tel que perçu par le sujet.

Depuis l'élaboration du *DOE*, diverses études ont été effectuées.

Dans une recherche, Reicherts et al. (2000) se sont intéressés à savoir si l'ouverture émotionnelle est associée au bien-être psychique en général, et plus particulièrement aux préoccupations alimentaires. En ce qui concerne les troubles alimentaires, l'auteur, dans une deuxième étude, a tenu à démontrer si le traitement psychologique a une répercussion au niveau de l'ouverture émotionnelle.

La population de la première étude était constituée de jeunes adultes et de sujets cliniques présentant un trouble boulimique. Les résultats montrent que le profil le plus défavorable au bien-être serait l'alliance d'une représentation conceptuelle basse et une perception élevée des indicateurs corporels de l'émotion. A ce propos, on associerait aussi à ce profil plus de dépressivité, plus de plaintes psychosomatiques, une impression d'être moins efficace et une attitude plus mitigée envers la vie que la moyenne des autres groupes.

En ce qui concerne, les préoccupations alimentaires, les jeunes adultes seraient moins satisfaits de leur corps et auraient plus peur de contrôler leur alimentation.

Les résultats de la deuxième étude chez les femmes souffrant de troubles alimentaires, indiquent que le profil de l'ouverture émotionnelle se caractérise par une perception des indicateurs corporels internes plus élevée et une présentation conceptuelle tendancielle plus basse par rapport aux sujets normaux. Pour ces sujets, la thérapie donne lieu à une augmentation de la représentation conceptuelle des états émotionnels et à une diminution des indicateurs corporels.

Les résultats obtenus dans cette étude ont à nouveau été confirmés par d'autres réalisées sur les troubles du comportement alimentaire (Reicherts, Carrard & Pihet 2000 ; in Perroud, Reicherts & Guerry, 2004). En effet, des résultats préalables montrent que des sujets non cliniques, mais qui s'avèrent être à risque pour développer des problèmes alimentaires, présentent plus souvent que la moyenne un

profil d'ouverture émotionnelle qui se décrit par un niveau bas de représentation des émotions et de communication/expression émotionnelle, et par une perception élevée des indicateurs corporels.

Dans une autre recherche (Guerry. 2004; Reicherts & Perroud, 2004), les auteurs ont voulu confirmer les résultats déjà trouvés, mais en tenant compte, cette fois, de la prise en charge thérapeutique en milieu hospitalier. Ainsi, ils trouvent au pré-test, c'est-à-dire au début de la thérapie que les résultats confirment au moins de manière tendancielle les observations retenues dans l'étude présentée ci-dessus. Au post-test, à la fin de la thérapie, on peut constater que plusieurs dimensions du DOE ont changé considérablement au cours du traitement. A ce sujet, les auteurs observent que la représentation conceptuelle s'améliore, de même que la communication et l'expression des émotions. Pour la régulation émotionnelle par contre, l'augmentation n'a pas indiqué un effet significatif. En ce qui concerne la perception des indicateurs internes, elle n'indique aucun changement. Ainsi, l'ensemble de ces résultats mettent en évidence que le profil émotionnel n'a pas augmenté.

De plus, on a aussi pu démontrer que l'amélioration du fonctionnement émotionnel à l'aide d'une analyse de régression, on a pu prédire le changement étroitement corrélé avec les symptômes et le la reprise du poids. Ainsi, plus les sujets améliorent la représentation conceptuelle, l'expression et le partage de leurs états émotionnels à autrui, au cours de la thérapie, plus leur poids augmente.

Dans une autre recherche de Reicherts (2001) réalisée avec une population estudiantine, il a été confirmé que l'absence de plaintes somatiques et psychosomatiques est liée à une ouverture émotionnelle plus élevée, surtout ce qui concerne la régulation émotionnelle et la communication. Le bien-être global après une année est accompagné d'une représentation conceptuelle et d'une communication émotionnelle.

Deux autres études ont été entreprises dans le cadre de l'entretien psychologique Reicherts (2002) a pu prouver que la participation volontaire des sujets à un entretien psychologique semi-structuré était rattaché à un profil d'ouverture émotionnelle caractérisé par

une expression et une communication émotionnelle élevée, par une représentation cognitive élevée et une orientation consciente interne des indicateurs émotionnels.

Une autre recherche en intervention clinique utilisant des éléments de la Gestalt, a pris en considération 15 patients. Les patients ont rempli le DOE respectivement au début de la thérapie, après 15 séances et enfin après 30 séances. Entre la première et la troisième mesure, la perception des indicateurs corporels (internes et externes), ainsi que la représentation conceptuelle ont augmenté. En ce qui concerne les restrictions normatives de l'ouverture émotionnelle, elles se montrent moins négatives. L'expression et la communication est la seule dimension qui ne montre pas de changement entre le début de la thérapie et la 30^{ème} séance.

Une recherche clinique ultérieure (Rossier, 2004) a voulu éclaircir la nature émotionnelle des associations aversives dans le but d'approfondir les modèles cognitifs de l'anxiété. Pour cette analyse, l'auteur a choisi des sujets arachnophobes et des non-arachnophobes. Le but visé consistait à observer si ces deux groupes pouvaient être distingués par rapport au test implicite d'association (IAT). A côté de cette analyse, l'étude visait aussi l'analyse du profil émotionnel de ces deux groupes à l'aide du DOE afin de vérifier si les arachnophobes présentent un profil émotionnel différent des non-arachnophobes. A ce sujet, les personnes devaient remplir le DOE-ETAT au pré-test, avant d'évaluer les images phobiques, puis au post-test, après les avoir vues. Le DOE-TRAIT, par contre, a été appliqué avant l'expérimentation proprement dite. Les résultats au DOE-TRAIT n'ont pas distingué significativement les deux groupes de sujets. Par contre, pour le DOE-ETAT, les deux groupes se distinguent. En effet, chez les sujets phobiques, l'auteur retrouve une nette augmentation de la perception des indicateurs internes et externes, ainsi qu'une forte augmentation de la communication et expression des émotions envers autrui. Selon ces résultats, le groupe des sujets phobiques présente un profil émotionnel qui se différencie de celui habituel. Ainsi, dans ce cas aussi, le DOE permet de distinguer les changements du profil émotionnel du moment.

2.4.3 Synthèse

L'intérêt premier du thérapeute dans l'entretien initial vise tout d'abord à poser un diagnostic psychopathologique du client. C'est pour cette raison que ce premier entretien se distingue fortement des séances psychothérapeutiques suivantes. Le thérapeute, lors de cet entretien, est particulièrement influencé par son processus cognitivo-émotionnel et motivationnel lui permet de se forger une impression du client. À part l'élaboration du diagnostic, le thérapeute doit formuler des buts thérapeutiques afin de produire un changement thérapeutique d'ici à la fin de la thérapie. Pour se faire, le thérapeute doit bien sûr tenir compte, en plus de la pathologie présentée par le client, des caractéristiques particulières de celui-ci. La première séance s'avère être aussi assez délicate sur le plan relationnel. En effet, la construction d'une bonne alliance thérapeutique est nécessaire pour produire des effets thérapeutiques. Le thérapeute peut maximiser les effets diagnostiques et thérapeutiques en connaissant les caractéristiques des clients et en appliquant des interventions et des stratégies thérapeutiques adéquates.

Il ne faut pas non plus oublier que les clients aussi visent des buts. On tient compte par exemple du fait de recevoir du soutien du thérapeute et de moins souffrir. Ces derniers seraient plutôt des buts assez conscients, mais le client vise aussi des buts inconscients qui lui permettent par exemple de ne pas être confronté aux situations traumatisantes qui seraient liées à de fortes émotions. À ce sujet, dans une étude sur l'entretien initial, Scerpella (1997), visait à déceler les buts procéduraux partiellement conscients du client et du thérapeute. Les résultats montrent que les clients étaient confrontés à deux types de buts qui se trouvent en conflit: les buts de changement face aux buts défensifs qui empêcheraient une bonne coopération. La présence des buts inconscients rendraient le travail thérapeutique difficile.

De l'ensemble des études présentées, on peut retenir que les entretiens initiaux ne suivent pas la perspective de résolution de problèmes, car les thérapeutes ont d'autres soucis. Ce comportement empêcherait un approfondissement des buts des clients. C'est pour cette raison que Miller et Rollnick (1991, in

Emmons et al., 2001) proposent l'entretien motivationnel au début d'une thérapie afin de développer chez le client la motivation à vouloir changer. Cette procédure s'avère efficace, car le thérapeute offre un style d'entretien empathique qui favorise chez le client l'auto-efficience.

En ce qui concerne les effets thérapeutiques, on peut les constater déjà après l'entretien initial.

Différentes recherches se sont intéressées au fonctionnement et la gestion émotionnels du client qui s'avèrent être utile à identifier durant l'entretien initial.

L'expérience émotionnelle, d'après Scherer (1984, in Scherer et al., 1996), repose sur un système impliquant différents composants. Reicherts et al. (2000), en se référant au modèle de Scherer, distinguent trois niveaux généraux de fonctionnement émotionnel : les processus d'ordre *corporel*, les processus d'ordre *cognitif* et les processus d'ordre *social*.

Gross (1998) s'est intéressé à la régulation émotionnelle et a examiné les effets du contrôle de l'expression non verbale de l'émotion. En effet, le comportement non verbal représente un médiateur important pour la communication des sentiments et des intentions internes (Cacioppo et al. 1992). Parmi les processus extériorisés, on compte la voix, l'expression faciale et les actions ouvertes. Celles-ci, d'après l'auteur, seraient soumis aux forces des conditions sociales et instrumentales. Les processus internes, par contre, seraient plutôt d'ordre viscéral, humoral et immunologique. Il ne faut pas oublier que les forces sociales et environnementales jouent un rôle important dans la transmission des différences individuelles sur le comportement social et la personnalité.

Johns (in Cacioppo et al., 1992) a le premier distingué la caractéristique d'une personne *internalizer* qui implique une expression basse, mais une décharge sympathique élevée, contrairement à la personne *externalizer* qui montre une expression élevée et une décharge sympathique basse. Ces particularités influencent l'interaction sociale. Riggio (1989, in Philippot et al., 2003) décrit à ce sujet un modèle de compétences sociales de base qui distingue le domaine non verbal du domaine social et verbal. Ces capacités permettent au sujet d'exprimer ses états émotionnels

adéquatement. Ainsi, Salovey et al. (1990) ont introduit la notion de *méta-humeur* (meta mood) pour décrire les processus réflexifs qui accompagnent les états émotionnels et qui correspondent à un aspect central de l'intelligence émotionnelle. En tenant toujours compte de l'aspect cognitif des émotions, les dispositions personnelles différentes, entre *represser/sensitizer*, tiennent compte de la régulation de l'attention face aux situations menaçantes pour la personne.

D'après Rimé (1992, in Stroebe et al., 2001), les personnes partagent leurs expériences émotionnelles dans le 90% des cas pour n'importe quel type d'émotions. Toutefois, le fait que les personnes ne confieraient pas leur expérience émotionnelle serait dû aux causes personnelles et interpersonnelles. Selon Pennebaker (1997, in Stroebe et al., 2001), les personnes qui inhibent pendant une longue période leurs sentiments seraient soumises à des troubles psychosomatiques par la suite.

L'ouverture émotionnelle permet de mieux comprendre la gestion émotionnelle d'un client donné. Reicherts et al. (2000) ont développé à ce sujet un questionnaire multi-dimensionnel, le *DOE*, qui distingue cinq dimensions (la représentation conceptuelle, *REPCON*; la communication et l'expression des émotions, *EMOCOM*; la perception ou la conscience des indicateurs et phénomènes corporels internes, *PERINT*; la perception des indicateurs émotionnels externes *PEREXT*) pour analyser l'ouverture aux processus émotionnels selon les représentations subjectives. Les recherches entreprises dans le cadre de la thérapie ou de l'entretien psychologique montrent, dans le cas par exemple d'une thérapie du trouble boulimique, que la représentation conceptuelle des états émotionnels augmente et que la perception des indicateurs corporels diminue. Lors d'une étude dans le cadre de l'entretien psychologique semi-structuré, la participation volontaire des sujets est associée à une expression et une communication émotionnelle élevée, à une représentation cognitive élevée, à une orientation cognitive élevées, à une orientation consciente interne des indicateurs émotionnels.

Une autre recherche évaluant une thérapie de la Gestalt au début, après 15 séances et après 30 séances, montre que la perception des

indicateurs corporels (internes et externes), ainsi que la représentation conceptuelle entre la première et la troisième mesure s'améliorent.

Enfin, pour conclure, Rossier (2004) qui applique le DOE-TRAIT pour distinguer le groupe des sujets arachnophobes des non-arachnophobes, démontre que cette différenciation est possible. Les sujets phobiques présentent un profil émotionnel qui se caractérise par de fortes augmentations de la perception des indicateurs internes et externes et de la communication et expression des émotions envers autrui. Ainsi, le DOE s'avère être un outil qui permet d'identifier le changement du fonctionnement émotionnel du moment.

3. QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

3.1 LES QUESTIONS DE DÉPART

Le cadre théorique de cette recherche illustre très clairement que la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie centrée sur la personne ont connu dans les dernières années un développement considérable. Ce développement a été favorisé par des recherches ciblées dans différents domaines de la psychologie en général et la psychologie clinique en particulier. Chaque étude a contribué en quelque sorte à l'avancement, à la restructuration et à l'amélioration du traitement psychothérapeutique. En effet, on s'est rendu compte que la cognition, l'émotion et la parole représentent les trois piliers de la psychothérapie. On pourrait aussi dire que la psychothérapie essaie à travers des fonctions corticales supérieures, comme pour la parole, à agir sur des réseaux de comportements implicites qui véhiculent les attitudes et les affects à travers le système limbique (Beutel, 2002). Les modifications des structures cellulaires requièrent souvent beaucoup de temps et d'énergie. Ces constatations montrent qu'une séparation nette entre par exemple la neurologie et la psychothérapie ne semble désormais plus possible.

Dans cette même perspective, il apparaît qu'actuellement les différentes approches thérapeutiques semblent chercher par les diverses recherches sur le processus psychothérapeutique des effets communs, sans négliger pour autant les effets spécifiques d'une intervention particulière. En tenant compte de ces remarques, cette étude vise à rechercher des facteurs d'effets par l'application des *interventions approfondissantes* qui s'avèrent similaires dans leur but thérapeutique, mais se distinguent par leur modus operandi. À part l'effet de ces *interventions approfondissantes* en soi, les caractéristiques préalables des clients peuvent influencer l'impact de ces dernières. Dans ce cas, on est confronté aux effets spécifiques du processus psychothérapeutique. En fait, les études effectuées par Sachse (1992), Tschulin (1992), et celles qui

favorisent ces conceptions, comme Reicherts (2001) et d'autres auteurs (cf. chapitre 2.3) illustrent que les caractéristiques des clients, comme par exemple un certain profil d'ouverture émotionnelle ou une charge psychique élevée, peuvent influencer les effets des *interventions approfondissantes*. Au vu des résultats récents, présentés au début de ce chapitre, on est à l'heure actuelle d'accord sur le fait que la psychothérapie produit des effets spécifiques qui modifient le comportement d'un individu qui, à son tour, influence sa santé psychique. Donc, des interventions appropriées au début d'une thérapie (cf. chapitre 2.4) permettent d'une part de mieux cibler le diagnostic préliminaire, d'autre part de planifier les interventions thérapeutiques par la suite, ce qui permet de potentialiser les effets thérapeutiques à la fin de la thérapie. Dans cette perspective, cette recherche essaie de trouver des indications en vue d'améliorer l'entretien initial en lien avec un diagnostic préliminaire. Afin de pouvoir répondre à ces questions, on a décidé de prendre les *interventions approfondissantes* qui sont souvent utilisées au cours d'une thérapie pour repérer les schémas implicites du client. Toutefois, le thérapeute les applique sans connaître leur fonctionnement détaillé. L'intervention ad hoc pourrait bien avoir des effets néfastes sur le client lui-même et sur le déroulement de la thérapie. C'est pour cette raison qu'on a pensé à évaluer les caractéristiques préalables du client à l'aide de questionnaires pour ainsi étudier les effets concrets des *interventions approfondissantes*. Pour la réalisation de cette étude, on a dû standardiser les interventions des thérapeutes en utilisant un manuel thérapeutique. Les caractéristiques des clients ont été repérées par des questionnaires de type screening qui ont été administrés avant l'expérimentation. L'effet des *interventions approfondissantes* a été analysé au cours du processus thérapeutique, par un entretien au cours duquel les thérapeutes étaient sensés appliquer les *interventions approfondissantes* et une *intervention non-spécifique* ; sorte d'intervention «placebo» qui permettait de mesurer les effets des *interventions approfondissantes*. Après quoi, l'effet a été étudié à court terme et toute de suite après l'entretien, à l'aide d'échelles, et à court terme, après une semaine, par un questionnaire.

3.2 QUESTIONS DE RECHERCHE ET GROUPES D'HYPOTHÈSES

Groupe 1: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général et plus spécifiquement en fonction de leurs caractéristiques dans l'immédiat, au cours du processus thérapeutique

L'ensemble des hypothèses qui définissent les effets généraux et spécifiques des *interventions approfondissantes* au cours du processus thérapeutique ont été mesurées par des échelles et des questionnaires.

En ce qui concerne l'effet général des *interventions approfondissantes*, on peut se référer à l'*effet directionnel* exploré dans de nombreuses recherches par Sachse (1992) (cf. chapitre 2.3.1). En effet, l'étude de l'intervention ciblée, du processus explicatif, a permis de développer l'échelle de traitement explicatif du client et l'échelle de l'offre de traitement explicatif du thérapeute. Ces deux échelles sont similaires, mais la première est utilisée pour le client et la deuxième pour le thérapeute. L'échelle pour le client mesure le niveau de traitement du processus explicatif chez celui-ci, alors que l'autre échelle, évalue l'offre thérapeutique du traitement explicatif. C'est justement grâce à ces échelles que l'on mesure l'impact cognitif et émotionnel lors de l'application du processus explicatif. Etant donné que l'offre du thérapeute peut avoir une influence sur l'approfondissement du client, on peut s'attendre à ce que les *interventions approfondissantes* qui visent justement à approfondir sur le plan cognitif et émotionnel un problème du client, fassent augmenter le niveau de traitement explicatif du client contrairement à l'intervention non-spécifique. Afin de pouvoir effectuer ces mesures, l'entretien a été enregistré, et la cotation a été entreprise par trois juges après l'entretien, à l'aide de ces deux échelles.

En ce qui concerne les effets spécifiques en relation avec les caractéristiques des clients, par rapport à la dimension bipolaire introversion/extraversion de la personnalité, on s'attend à ce que les clients *extravertis* (orientés vers l'action) montrent un niveau de traitement plus élevé pour la *flèche descendante* (*downward arrow*

technique), alors que les *introvertis* (orientés vers eux-mêmes) présenteraient un niveau de traitement plus élevé pour le *processus explicatif* (*Explizierung*). Cette différence de traitement par les deux types de clients a déjà été mise en évidence par Tscheulin (1992) lors d'une étude effectuée au début d'une thérapie centrée sur la personne: les clients qui présentent une auto-exploration plus élevée (orientés vers eux-mêmes) profiteront mieux d'une offre thérapeutique. La répartition des deux groupes de sujets a été réalisée à l'aide du questionnaire de la personnalité E.P.I (Eysenck & Eysenck, 1971).

Une autre caractéristique des clients dont on a tenu compte dans cette recherche a été l'ouverture émotionnelle. En effet, comme on l'a déjà vu dans les études de Tscheulin (1992), de Sachse (1992) et de Reicherts (2002), des études de prédiction qui montrent une auto-exploration plus élevée ou un profil de régulation émotionnelle plus élevé, profitent mieux d'une offre thérapeutique. Dans ce cas, on s'attend à ce que le niveau de traitement explicatif soit plus élevé pour les clients avec un profil d'ouverture émotionnelle indiqué par le questionnaire DOE-TRAIT (Reicherts, 2001) par une perception des indicateurs corporels (internes et externes) et une expression / communication émotionnelle plus basses.

Dans une même perspective, on pourrait affirmer que les personnes *introverties* avec un profil d'*ouverture émotionnelle* favorable révèlent un niveau de traitement explicatif plus élevé.

Une autre particularité du client concerne sa *charge psychique*. En effet, Grawe (1998) affirme que le client en début de thérapie se trouverait dans une phase de perte de contrôle et qu'il aurait donc besoin de structure de la part du thérapeute. Ainsi, en suivant son idée, les clients qui présentent une *charge psychique* plus élevée se sentiraient plus à l'aise avec la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), qui est plus structurée que le processus explicatif. Par conséquent, le niveau de traitement explicatif serait plus élevé. La charge psychique a été mesurée par le SCL-90-R (Derogatis, in Franke, 1994).

A part la charge psychique, les clients qui commencent une thérapie sont souvent caractérisés par un sentiment d'impuissance

face aux événements de la vie. Toutefois, on s'est rendu compte que cette impuissance n'est pas présente chez tous les clients. Ainsi, d'après les résultats des études mentionnées auparavant, on pourrait prévoir que les clients qui montrent un certain contrôle sur leur vie se sentent moins impuissants et profiteraient davantage de la *flèche descendante*, de sorte à augmenter le niveau de traitement explicatif. Dans ce cas, le questionnaire IPC (Krampen, 1981) évalue les clients qui présentent une dimension *internalité* élevée.

Groupe 2: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général et plus spécifiquement en fonction de leurs caractéristiques, à court terme, à la fin de l'entretien initial

L'ensemble des hypothèses qui décrivent l'effet à court terme des *interventions approfondissantes* ont été mesurées par des échelles et des questionnaires.

Par rapport à l'effet général des *interventions approfondissantes*, on peut s'attendre à ce que celles-ci agissent sur la représentation des problèmes des clients, notamment l'importance personnelle, la motivation pour le changement, les arguments attribués aux raisons personnelles pour la cause du problème et pour le souvenir d'une situation difficile dans le passé proche ou lointain.

En ce qui concerne l'importance personnelle et la motivation au changement, on s'attend à ce que sur ces deux échelles, l'effet des *interventions approfondissantes* agisse de façon à ce qu'après l'entretien, elles perdent en importance et en motivation pour le changement. En effet, si on suit la logique de Caspar et Grawe (cf. chapitre 2.4), en analogie avec la première étape de la thérapie, le client éprouverait au début un sentiment d'espoir et il se sentirait soutenu par le thérapeute. Cela s'explique par le fait que le client ressentirait au début de l'entretien initial un sentiment d'impuissance, donc de perte de contrôle et une possibilité de partager sa problématique. Des interventions claires et orientées permettraient au client de regagner son contrôle et, par conséquent, son bien-être s'améliorerait. Ainsi, en suivant cette perspective, le regain du contrôle aurait aussi une influence sur l'importance

attribuée au problème et sur la motivation à vouloir changer ce même problème.

En ce qui concerne les raisons personnelles attribuées à un problème ainsi que le souvenir d'une situation difficile du passé proche ou lointain, on peut s'attendre à ce que le récit des clients pour les problèmes, pour lesquels les thérapeutes ont appliqué les *interventions approfondissantes*, change ou s'enrichisse après l'entretien. En effet, ce changement est justifié si on tient compte que les buts visés par les *interventions approfondissantes* consistent justement à clarifier le problème présenté et à faire découvrir au client le schéma sous-jacent qui serait lié à une situation difficile de son passé proche ou lointain.

En poursuivant ces directives, il paraît inévitable que les *interventions approfondissantes* modifient l'évaluation des buts à atteindre et les émotions de base. Pour ces deux échelles, on s'attend aussi bien à une amélioration qu'à une aggravation. En fait, pour que l'approfondissement des problèmes présentés par le client soit efficace (cf. chapitre 2.3), il faut que la personne se confronte aux émotions négatives afin de pouvoir aboutir à la clarification des problèmes et à leur résolution.

Pour l'ouverture émotionnelle en relation avec une situation particulière, tel que l'entretien psychothérapeutique, le questionnaire DOE-STATE devrait illustrer sur l'ensemble de l'entretien, d'après diverses recherches effectuées par Reicherts et al. (2002), une augmentation de la perception des indicateurs corporels internes et externes (PERINT/PEREXT) et de la représentation conceptuelle (REPCON). Cette optique rejoint les concepts décrits ci-dessus. La clarification des problèmes du client permet une meilleure compréhension des indicateurs et phénomènes corporels internes qui caractérisent ou accompagnent une émotion, mais aussi une perception accentuée des indicateurs émotionnels externes qui transparaissent à l'extérieur. Tous ces phénomènes permettent ainsi d'avoir une représentation cognitive ou conceptuelle des effets en les intégrant dans des schémas.

Groupe 3: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général, à moyen terme, après l'entretien initial

L'hypothèse qui vérifie l'effet des *interventions approfondissantes* à moyen terme a été évaluée par le questionnaire du client. Dans ce cas, l'effet des interventions approfondissantes devrait se dévoiler par l'évaluation du questionnaire incluant les deux dimensions *relation* et *effet* thérapeutique. Plus précisément, le problème choisi par le client révélerait l'intervention appliquée dans l'entretien pour ce type de problème. Ainsi, dans le cas des *interventions approfondissantes*, on s'attend à ce que le client se soit trouvé d'une part à l'aise avec la thérapeute, d'autre part qu'il ait en partie clarifié le problème concerné. Ces conclusions s'appuient sur les principes thérapeutiques visés par les *interventions approfondissantes* (cf. chapitre 2.3).

3.3 RÉSUMÉ DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, on distingue 3 groupes d'hypothèses définissant les effets des *interventions approfondissantes* au cours du processus thérapeutique, à court terme, après l'entretien, et à moyen terme, après une semaine. Ces effets sont étudiés d'une part durant ces différentes phases, d'autre part en fonction de certaines caractéristiques du client.

Groupe 1: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, au cours du processus thérapeutique

Hypothèse 1.1a: Les deux *interventions approfondissantes* augmentent le traitement explicatif chez le client, notamment le processus explicatif, en comparaison avec l'*intervention non-spécifique*.

Hypothèse 1.1b: Les deux *interventions approfondissantes* auront un impact différentiel sur les deux types de clients. Les *clients orientés vers l'action* profiteront plus de la *flèche descendante*

(*downward arrow technique*), les *clients orientés vers eux-mêmes* profiteront plus du *processus explicatif (Explizierung)*.

Hypothèse 1.2a: Les sujets présentant un *profil d'ouverture émotionnelle* plus favorable profiteront plus de l'*offre d'un traitement explicatif (Explizierung)*.

Hypothèse 1.2b: Les sujets caractérisés par une *personnalité introvertie* et avec un *profil d'ouverture émotionnelle* plus favorable profiteront plus du *processus explicatif (Explizierung)*.

Hypothèse 1.3a: Les sujets présentant une *charge psychique* plus élevée profiteront davantage de la *flèche descendante (downward arrow technique)*.

Hypothèse 1.3b: Plus les sujets présentent la particularité d'*avoir le contrôle sur leur vie* plus ils profiteront de la *flèche descendante (downward arrow technique)*.

Groupe 2: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, à la fin de l'entretien initial

Hypothèse 2: Les deux *interventions approfondissantes* auront plus d'impact en les réduisant, que l'intervention non-spécifique concernant les problèmes traités, par rapport à *l'importance personnelle et la motivation pour le changement*.

Hypothèse 2.1a: Le souvenir sera facilité par les *interventions approfondissantes*.

Hypothèse 2.1b: Le *souvenir d'une situation difficile dans le passé proche ou lointain* par rapport au problème variera pour les *interventions approfondissantes*.

Hypothèse 2.2: L'évaluation du problème présenté à l'aide de l'*échelle de l'évaluation des buts à atteindre* devrait augmenter lors de l'application des *interventions approfondissantes*.

Hypothèse 2.3: L'ensemble des interventions produiront pour certaines émotions de base un apaisement pour d'autres pas.

Hypothèse 2.4: L'ensemble des interventions auront un effet sur l'ouverture émotionnelle_état.

Groupe 3: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général, une semaine après l'entretien initial

Hypothèse 3.1: L'évaluation de la séance thérapeutique sera meilleure pour les interventions approfondissantes.

3.4 LA DÉFINITION DES VARIABLES

Dans cette recherche, on peut identifier deux sortes de variables: celles objectivables, mesurées par des juges externes et celles subjectives évaluées par les clients au moyen des questionnaires et des échelles.

3.4.1 Les variables indépendantes

- L'intervention thérapeutique en fonction des trois modalités (*processus explicatif, flèche descendante (downward arrow technique), intervention non-spécifique*).
- Les caractéristiques des clients (*introversion-extraversion, profil d'ouverture émotionnelle, locus de contrôle, charge psychique*)

3.4.2 Les variables dépendantes

Variables dépendantes objectives (évaluées par des juges externes)

- Niveau de traitement explicatif du client (cognitif, affectif)
- Niveau de l'offre de processus explicatif du thérapeute (en tant que *manipulation check, treatment integrity*)

Variables dépendantes subjectives (évaluées par les sujets eux-mêmes)

Les variables liées aux problèmes présentés:

- Valeur de l'importance personnelle
- Valeur de la motivation pour le changement
- Arguments explicatifs attribués aux raisons personnelles sur la cause du problème
- Souvenir d'une situation difficile du passé
- Niveau de l'échelle de l'évaluation des buts à atteindre
- Evaluation des émotions de base (joie, colère, surprise, découragement)
- Evaluation de la relation thérapeutique et de l'effet thérapeutique

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Les clients et les interventions expérimentales

4.1.1 Les clients

Le recrutement des clients pour la recherche a été réalisé en publiant simultanément trois annonces en Suisse Romande (voir en annexe 1) au milieu du mois de septembre 2002, dans trois journaux différents: la *Liberté*, *Construire* (Migros) et *Coop*. De plus, trois autres annonces ont été affichées à l'Université de Fribourg, à *Miséricorde* et à *Pérolles* au Département des Sciences. On ciblait une population normale, vaste et hétérogène, c'est-à-dire des hommes et des femmes de différents âges, d'un niveau scolaire varié et présentant une charge psychique s'approchant des critères préfixés. Afin de remplir tous ces critères, le texte de l'annonce a fait abstraction de tout mot se référant à un entretien de prise en charge. Toutefois, pour stimuler la motivation des clients à vouloir participer et pour s'approcher de la spécificité de cette recherche, on a mentionné que les personnes auraient la possibilité de mieux se connaître dans le cadre du développement personnel. Etant donné le caractère expérimental de la recherche, on a voulu prendre une population normale afin d'éviter des effets indésirables aux clients qui présenteraient des charges psychiques trop élevées. 113 personnes se sont annoncées par téléphone, ce qui a permis de bien sélectionner la population de référence. Finalement, 60 clients en tout ont été choisis pour l'expérimentation.

Le questionnaire psychopathologique SCL-90-R (Derogatis, in Franke, 1994) a permis de choisir un nombre suffisant de sujets qui remplissaient les critères de la charge psychique préétablie. L'inventaire de personnalité E.P.I (Eysenck et al., 1971), par contre, a permis de regrouper les sujets dans deux groupes distincts selon la dimension bipolaire d'*introversion-extraversion*. Ainsi, 30 sujets ont adhéré au groupe *introversion* et 30 autres au groupe *extraversion*.

4.1.2 Les interventions expérimentales

La recherche se base sur l'étude principale de l'efficacité des *interventions approfondissantes* entreprise en choisissant deux types d'interventions, la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), et le *processus explicatif* (*Explizierung*). Ces interventions ont été choisies car elles visent des buts communs, comme l'approfondissement des problématiques des clients qui s'avèrent lourdes et chargées d'émotions pour ceux-ci. Ces interventions visent l'éclaircissement et la compréhension des problèmes pour aboutir aux schémas implicites principaux du client (voir chapitre 2.3), pour les modifier dans une étape suivante. De plus, les *interventions approfondissantes* sont aussi utilisées dans deux approches thérapeutiques différentes: cognitivo-comportementale et centrée sur la personne, (interventions ciblées). Malgré leur similarité, elles se distinguent par leur structure et leurs caractéristiques. On les a choisies pour étudier également leur aspect différentiel. Leurs particularités pourraient en fait avoir des effets divers sur les clients. Afin de mesurer les effets concrets de ces interventions, on a appliqué une troisième intervention dite *non-spécifique*, une sorte de placebo qui permettrait de mettre en relief l'effet des *interventions approfondissantes*. Celle-ci ressemble à l'interview d'anamnèse utilisé dans les entretiens psychothérapeutiques, mais elle se distingue de celui-ci en perdant l'aspect d'approfondissement. A part cette modification, les *interventions approfondissantes* ont subi elles aussi un changement qui a permis de les rendre plus comparables. En outre, cette restructuration a permis de se rapprocher de la réalité clinique. En effet, cette transformation a rendu possible l'application des trois interventions, toutes les 20 minutes, en une seule séance thérapeutique de 60 minutes maximum. Ainsi, la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), a été enrichie en introduisant des éléments d'approfondissement supplémentaires et le *processus explicatif* (*Explizierung*), par contre, a été raccourci. On a donc abouti à une standardisation des interventions en poursuivant un algorithme heuristique transcrit dans le *manuel du thérapeute* (voir en annexe).

4.2 LES ÉLÉMENTS EXPÉRIMENTAUX

4.2.1 Les thérapeutes

Au début du recrutement, le choix de deux thérapeutes devait remplir les critères suivants :

- le même sexe
- un âge comparable
- une expérience thérapeutique comparable
- un(e) professionnel(le) externe, en dehors du Département de Psychologie
- deux approches thérapeutiques différentes reflétant le courant théorique des *interventions approfondissantes* (cognitivo-comportemental et approche centrée sur la personne)

Ces éléments visaient le contrôle des variables parasites qui pouvaient influencer l'effet des interventions et donc la validité interne. De plus, on a voulu choisir des thérapeutes de même orientation thérapeutique que les interventions expérimentales pour maximiser d'une part les effets des interventions et pour contrôler l'effet du thérapeute d'autre part.

Malgré ces remarques, on s'est bien rendu compte que pour les thérapeutes praticiens, la participation à la recherche prend assez de temps, sans oublier la rémunération limitée. Ces phénomènes ont alourdi la motivation des thérapeutes à vouloir participer à cette recherche. Ainsi, les deux thérapeutes choisies au début ont refusé de participer et ont proposé d'autres thérapeutes en fin de formation, qui travaillaient déjà avec elles dans leur cabinet. En ce qui concerne les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale, on a sélectionné parmi trois candidates, une femme qui avait terminé sa formation thérapeutique. Celle-ci pratiquait déjà depuis plusieurs années et avait aussi participé à des recherches. Pour la thérapeute de l'approche centrée sur la personne par contre, on a eu moins de problèmes à en trouver. Cette femme thérapeute se trouvait en formation avancée, avait un peu plus d'expérience thérapeutique et était un peu plus âgée que l'autre thérapeute. Afin d'offrir aux clients des planches horaires

flexibles, on a décidé que les thérapeutes se partageraient les jours et les heures à des moments différents, comme le soir et le matin. Afin de ne pas alourdir la tâche et la concentration des thérapeutes, on leur a proposé deux clients au maximum par jour avec 10 min. de pause entre chaque entretien, pour aussi s'approcher le plus possible de la réalité clinique.

4.2.2 L'enregistrement vidéo et audio

Les entretiens ont eu lieu dans la salle de thérapie du Département de Psychologie. Les chaises de thérapie ont été tournées de façon à ce que le client puisse aussi éviter de regarder la thérapeute de face. Durant les entretiens, un enregistreur *marentz* de haute qualité avec microphone a relevé les voix de l'entretien pour en faciliter sa transcription et le travail des juges. L'enregistreur était visible et posé sur une table. À côté de l'enregistreur, on a posé une montre bien visible pour la thérapeute et qui lui servait à gérer la durée de chaque intervention. De plus, une caméra cachée a permis d'enregistrer la voix et le comportement non verbal du client. Un chronomètre visible sur l'écran lors de la vision de la cassette vidéo montrait le temps tout au long de l'entretien. Le client pouvait donc voir l'enregistreur audio sur la table, mais pas la caméra vidéo.

4.2.3 Le pilotage

Dix étudiants en psychologie au deuxième cycle qui avaient suivi le cours d'*entretien psychologique* au Département de Psychologie ont été soumis à un entretien individuel avec moi pour la phase exploratoire. Pour cet entretien, on a tenu compte du même déroulement que pour la phase expérimentale. De plus, avec ces clients, on a pris des mesures de la réponse électrodermale et du rythme cardiaque à l'aide d'un instrument utilisé pour le biofeedback qui était rattaché à un ordinateur. On a attaché un fil autour du doigt du client et il ne devait pas bouger le bras. Le but visé par la recherche consistait à prendre des mesures physiologiques du client en plus de l'analyse du comportement non-verbal à l'aide de la vidéo. Cependant, on a assez vite constaté

que la réalisation des mesures physiologiques avec cet instrument s'avérait difficile. En effet, le fait que le client ne devait pas bouger le bras représentait un biais pour l'analyse du comportement non-verbal avec la vidéo. On ne pouvait donc pas effectuer les deux mesures en même temps. De plus, le dépouillement des mesures physiologiques, ainsi que son interprétation, prenaient trop de temps. S'ajoutait que l'interprétation de ces données, même pour des experts, était d'une part compliquée à comprendre, d'autre part les résultats n'auraient pas fourni les informations attendues. Pour cette raison, on a décidé d'abandonner cette mesure pour la mesure des émotions et on s'est focalisé sur la vidéo et sur les questionnaires. A part ces remarques, les résultats de la phase de pilotage n'ont pas pu être traités, car l'approfondissement des clients n'a pas pu être réalisé à cause de l'application incorrecte des interventions par l'expérimentatrice qui s'est basée sur le manuel thérapeutique. En fait, étant donné que l'expérimentatrice connaissait les hypothèses ainsi que tout le déroulement de la recherche, elle ne suivait pas vraiment les clients dans leur approfondissement. Elle était directive et trop focalisée sur le manuel. De cette manière, elle amenait le client dans la direction des hypothèses. Ces observations montrent une fois de plus comment l'effet implicite de l'expérimentateur sur les clients peut biaiser les résultats.

4.2.4 Les remarques finales concernant le matériel utilisé

L'enregistrement vidéo a bien eu lieu, mais l'analyse du comportement non-verbal à l'aide d'une grille n'a pas pu être effectué par les juges à cause du temps trop limité. En effet, on s'est rendu compte que l'analyse des 60 cassettes avait pris déjà un temps considérable. De plus, une telle analyse aurait dépassé le cadre de cette recherche.

4.3 LE DÉROULEMENT DE LA PASSATION

Avant la phase expérimentale qui comprend en tout cinq étapes, les thérapeutes et les juges ont été formés.

4.3.1 Le secret professionnel

Les thérapeutes déjà soumis au secret professionnel par leur pratique n'ont rien dû signer, mais il était évident qu'un client connu n'aurait pas pu être traité par la thérapeute en question. Pour ceci, on a veillé à leur présenter les noms des clients avant l'entretien pour s'assurer que la thérapeute ne les connaissait pas. De plus, si pendant l'entretien un client avait voulu continuer la thérapie avec la thérapeute en question ceci n'aurait pas pu être possible, car l'entretien a eu lieu dans le cadre de la recherche. A cela s'ajoute que le Département de Psychologie de Fribourg n'est en principe pas un lieu d'aiguillage.

Les juges, par contre, ont dû signer un papier où on trouvait les règles déontologiques (cf. en annexe 2) à suivre absolument.

4.3.2 L'entraînement des thérapeutes

Tout au début, les thérapeutes ont reçu le manuel thérapeutique et, après lecture, elles pouvaient poser des questions. De même, on leur a expliqué la démarche, mais sans entrer trop en détails, en leur expliquant plutôt ce qu'on attendait d'elles: un entretien de 60 min. en tout avec un client inconnu et un enregistrement audio et vidéo du client seulement. Pendant l'entretien, elles devaient appliquer toutes les 20 min. une intervention, dont l'ordre changeait après avoir effectué quatre entretiens. L'ordre des interventions et le nom des clients leur étaient annoncés 10 min. avant l'entretien sur une feuille par écrit. Les clients devaient remplir des questionnaires avant et après l'entretien. La tâche des thérapeutes consistait à appliquer les interventions le plus correctement possible avec comme consigne préalable avant l'application d'une intervention, de tenir compte du temps, de changer le côté de la cassette après 30 min. et de faire une pause de 10 min. après chaque entretien. De plus, le client devait présenter un problème différent toutes les 20 min. et ces problèmes étaient déjà décrits dans le questionnaire rempli avant l'entretien.

Afin de se familiariser avec les interventions, les thérapeutes ont fait un essai sur l'expérimentatrice et les premières difficultés ont été discutées. Une fois que les thérapeutes étaient prêtes, elles ont

fait leur premier entretien avec une cliente réelle, mais qui n'a pas été incluse dans la recherche. Après quoi, une discussion a eu lieu entre l'expérimentatrice et le Prof. Dr Reicherts sur les entretiens effectués par les thérapeutes. Par la suite, ces dernières ont reçu une supervision comme sous la direction de l'expérimentatrice. Pour ce faire, on a regardé ensemble l'enregistrement des entretiens sur les cassettes vidéo et on a discuté des points forts et faibles des thérapeutes et de leurs difficultés. La première supervision s'est avérée assez enrichissante. En fait, on s'est rendu compte que les thérapeutes avaient plus de peine à appliquer l'intervention qui ne provenait pas de leur orientation thérapeutique. De plus, elles trouvaient très difficile d'appliquer l'intervention non-spécifique pour laquelle elles ne devaient absolument pas approfondir, surtout si le thème abordé par le client était grave et chargé d'émotions. À part ces remarques, il s'est avéré indispensable d'introduire une consigne avant chaque intervention pour préparer le client et pour que les thérapeutes se sentent plus à l'aise. En effet, pour certains clients, les interventions pouvaient provoquer des réactions de révolte.

Les thérapeutes se sont entraînées quatre fois sous supervision avec des clients réels, mais qui n'ont pas participé à la recherche, puisque le nombre élevé des clients recrutés pouvait le permettre.

4.3.3 L'entraînement des juges, évaluation des échelles utilisées

Les juges regroupent trois étudiantes avancées en psychologie qui ont suivi le cours *entretien psychologique* dont le but consiste à approfondir sur les plans théorique et pratique les interventions de base provenant de la thérapie centrée sur la personne de Rogers (1959, in Reicherts, 1998) et les interventions ciblées (Sachse, 1992). Sur le plan pratique, ce cours vise entre autre à l'évaluation correcte des échanges thérapeutiques entre client et thérapeute à l'aide de l'*échelle des modes du traitement explicatif* pour le client et celle utilisée pour le thérapeute (Sachse, 1992). De plus, les juges ont été entraînées à évaluer le *treatment integrity* du thérapeute sur la base d'une échelle consistant à vérifier si les thérapeutes avaient appliqué correctement le manuel thérapeutique. L'entraînement a été tout d'abord effectué sur un seul entretien

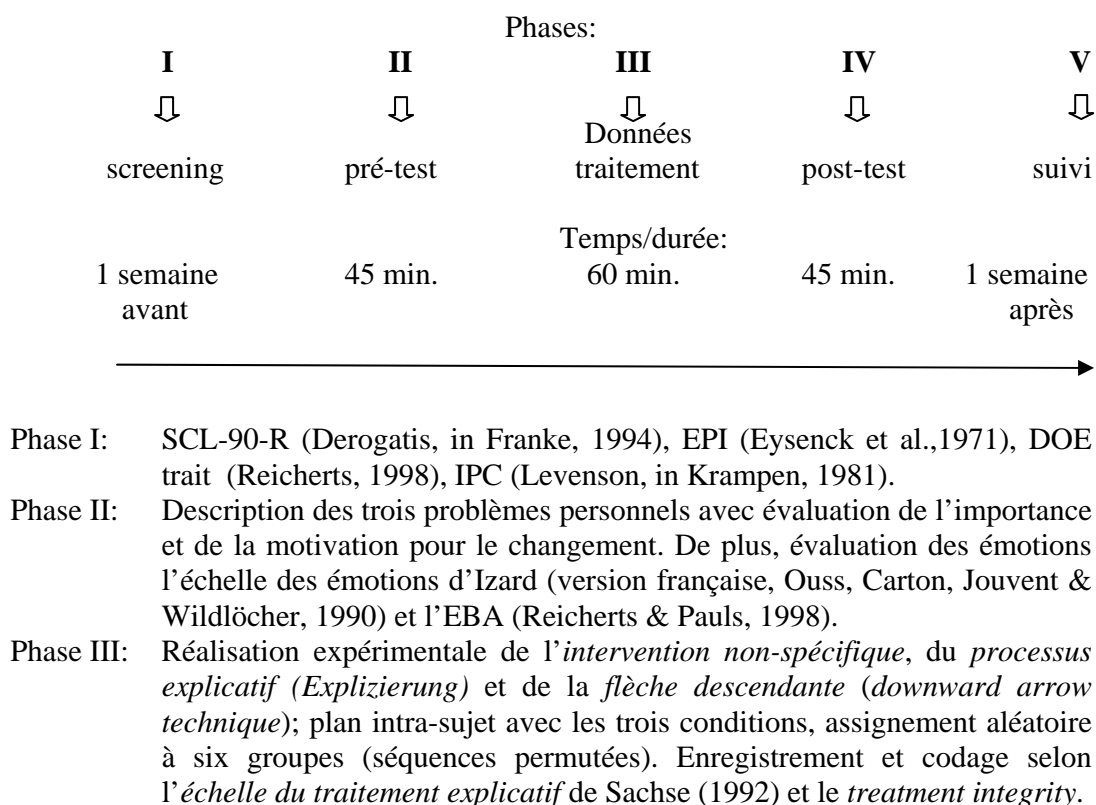
pour lequel chaque juge a évalué toutes les interventions. Par la suite, chaque juge s'est spécialisée dans l'évaluation d'une seule intervention. Durant l'entraînement, l'expérimentatrice et une autre experte ont évalué les énoncés ensemble avec les étudiantes. Les discussions qui ont suivi ont servi à améliorer les évaluations. La fin de la phase d'entraînement et les évaluations à la suite de dix entretiens ont été soumises à un accord interjuge.

Le but visé des étudiantes était d'utiliser ces données pour rédiger leur propre mémoire de licence en approfondissant un thème particulier lié à un type d'intervention.

4.3.4 Le déroulement de la phase expérimentale

Le schéma général de la phase expérimentale qui inclut cinq étapes se présente ainsi:

Schéma 12: Les phases expérimentales, procédure et mesures



Phase IV: Réévaluation des trois problèmes personnels: importance et motivation au changement; réévaluation des émotions par l'échelle d'Izard (in Ouss et al., 1990); DOE état (Reichert, 1998) et EBA (Reichert et al., 1998).

.Phase V: Evaluation de la séance par le client (*Questionnaire pour le client*).

Lors de la **phase I**, le client est accueilli par l'expérimentatrice dans son bureau, après avoir fixé un rendez-vous par téléphone avec elle. Pour les clients qui viennent d'autres cantons romands, les questionnaires «screening» leur ont été envoyés à la maison. On les a priés de ne les remplir qu'une semaine avant l'expérimentation se déroulant au Département de Psychologie à Fribourg. Pour que le client s'en souvienne, on a noté sur les questionnaires, la date prévue pour les remplir. De plus, on leur a suggéré de rappeler l'expérimentatrice s'ils avaient des questions. Pour les questionnaires, on a expliqué au client qu'il n'y avait pas de limite de temps. Le client reçu à Fribourg, pouvait travailler individuellement, mais l'expérimentatrice était dans le bureau en cas de questions éventuelles. Après avoir rempli les questionnaires un rendez-vous a été fixé pour l'expérimentation en précisant que trois heures maximum seraient nécessaires pour la passation.

Avant d'entamer la **phase II**, l'expérimentatrice a dû dépouiller les questionnaires screening afin d'assigner correctement les clients dans les deux groupes *introversion/extraversion* et de les partager équitablement et aléatoirement entre les deux thérapeutes, en tenant compte aussi des planches horaires des clients et des thérapeutes. Les séquences permutées des interventions ont été fixées aléatoirement pour chaque client de la façon suivante:

Pour *une thérapeute*, par exemple:

Groupe *orienté vers soi-même*

(*introverti*)

1^{er} client ABC
3^{ième} client ABC
5^{ième} client BAC
7^{ième} client BAC
9^{ième} client CAB
11^{ième} client CAB

Groupe *orienté vers l'action*

(*extraverti*)

2^{ième} client ABC
4^{ième} client ABC
6^{ième} client BAC
8^{ième} client BAC
10^{ième} client CAB
12^{ième} client CAB

13 ^{ième} client ACB	14 ^{ième} client ACB
15 ^{ième} client ACB	16 ^{ième} client ACB
17 ^{ième} client BCA	18 ^{ième} client BCA
19 ^{ième} client BCA	20 ^{ième} client BCA
21 ^{ième} client CBA	22 ^{ième} client CBA
23 ^{ième} client CBA	24 ^{ième} client CBA
...	...

A: processus explicatif

B: flèche descendante

C: intervention non-spécifique

La thérapeute recevait avant l'entretien une feuille sur laquelle était indiqués l'heure, la durée, la pause, la séquence des interventions et le nom du client. La thérapeute n'était donc pas informée des deux groupes en question ni de la nature des questionnaires que les clients avaient dû remplir avant l'entretien.

Tout le matériel a été préparé par l'expérimentatrice. La salle de thérapie était donc prête pour les entretiens.

A la **phase II**, le client a été accueilli par l'expérimentatrice dans son bureau et elle lui a expliqué qu'il devait d'abord remplir d'autres questionnaires et qu'une heure après, une thérapeute extérieure allait mener un entretien avec lui, qui durerait au maximum une heure. Une fois l'entretien terminé, on lui donnerait d'autres questionnaires à remplir. De plus, on a expliqué au client qu'après son entretien, une autre personne viendrait pour l'entretien. Pendant que le client remplissait les questionnaires, l'expérimentatrice était présente pour répondre à des questions éventuelles. Quand le client avait terminé, on lui suggérait de faire une petite pause avant l'entretien.

Pour la **phase III**, avant l'entretien, l'expérimentatrice a présenté la thérapeute au client et lui a expliqué le déroulement de l'entretien. Tout d'abord, on lui a montré l'enregistreur et le miroir avec la caméra cachée et on lui a expliqué qu'on allait enregistrer l'entretien et que les informations recueillies allaient être utilisées pour la recherche seulement en précisant que les personnes

participant à la recherche étaient sous secret professionnel. Après quoi, on lui a demandé s'il était d'accord avec cette condition et s'il avait des questions. Pour quelques personnes, l'enregistrement posait des problèmes. Dans ces cas, on leur a franchement avoué que sans ces enregistrements on ne pouvait pas les prendre en considération dans la recherche. Toutefois, il était fondamental que le client soit d'accord et on ne le forçait pas à participer, il avait le choix. Après ces explications, les personnes ont toutes été d'accord de participer. Pour une seule personne, on a dû écrire une lettre mentionnant que les informations recueillies seraient uniquement utilisées pour la recherche. Par la suite, on a informé le client que durant l'entretien il devrait présenter les trois problèmes durant 20 minutes chacun. La thérapeute serait responsable de la durée des entretiens. Enfin, l'expérimentatrice laissait le client et la thérapeute seuls dans la salle de thérapie et accueillait le deuxième client dans son bureau pour la même démarche.

La thérapeute, avant l'application d'une intervention, expliquait en quelques mots l'intervention en question puis elle démarrait en suivant l'ordre des séquences.

La **phase IV** a été précédée par un rapide entretien avec la thérapeute pendant que le client remplissait les questionnaires. Cette entrevue avait comme but de discuter des problèmes techniques et psychiques éventuels du client et de voir s'il était nécessaire de l'informer de la possibilité d'une aide psychologique externe. Dans ce cas, on lui aurait donné des adresses de thérapeutes. Après la discussion avec la thérapeute, l'expérimentatrice a retrouvé le client dans son bureau et lui a demandé comment l'entretien s'était passé pour lui. A ce moment, le client pouvait faire une petite pause avant de démarrer avec les questionnaires. Une fois que le client avait terminé, on l'informait sur ces problèmes psychiques éventuels et si tel avait été le cas, on l'aurait conseillé de voir un professionnel en dehors de ce cadre. Après quoi, on l'a informé qu'il avait un dernier questionnaire à remplir à la maison. On lui a expliqué qu'il devait le remplir après une semaine seulement, et pas avant. Dans ce cas, on a noté sur la feuille la date prévue pour le remplir. De plus, on a fait une copie des problèmes que le sujet avait décrits dans le questionnaire au cas où le client les aurait oubliés.

A la **phase V**, le client a rempli à la maison le questionnaire et l'a renvoyé au Département de Psychologie.

Après avoir fini de dépouiller les questionnaires, on a rappelé les clients et on a fixé un rendez-vous pour leur expliquer les résultats obtenus et le but de la recherche. A cette occasion, on a aussi profité d'obtenir des informations supplémentaires pour savoir si l'entretien avait eu des répercussions dans leur vie par rapport aux problèmes présentés. En effet, pour certains clients, l'entretien a permis d'une part de changer certaines choses dans leur vie quotidienne, d'autre part de prendre rendez-vous avec un psychothérapeute. Malheureusement, le feed-back n'a pas pu être réalisé pour 14 clients, car ils n'étaient pas atteignables, même après avoir laissé un message sur leur répondeur.

4.3.5 Les difficultés rencontrées

Les discussions avec les thérapeutes après les entretiens ont montré que celles-ci s'étaient trompées dans l'ordre des séquences pour trois entretiens en tout. Ainsi, trois entretiens supplémentaires ont suivi l'ordre ABC. Cela a comme conséquence que l'on retrouve une fréquence plus élevée pour les entretiens de la séquence ABC.

4.4 LES INSTRUMENTS UTILISÉS

4.4.1 Le manuel et les échelles utilisées pour les thérapeutes et les juges

4.4.1.1 Le manuel du thérapeute

La construction du manuel thérapeutique (cf. annexe 3) s'est basée sur des conceptions théoriques et pratiques existantes, se référant d'une part aux *interventions approfondissantes*, d'autre part aux buts de la recherche. Pour les directives à suivre face aux difficultés éventuelles rencontrées par les thérapeutes, on s'est référé aux auteurs comme Sachse (1996) et Reicherts (1998). Par contre, pour avoir une idée générale d'un modèle de manuel thérapeutique, on a tenu compte de celui sur le focusing de Gendlin

(1981). Pour l'algorithme des interventions représentées graphiquement, on s'est basé sur le concept des règles cognitivo-comportementales de Reicherts (1999). En ce qui concerne les buts visés pour la recherche, le manuel est divisé en trois sections: A (processus explicatif), B (flèche descendante) et C (entretien non-spécifique). Chaque section résume tout d'abord le but général visé par chaque intervention. Après quoi, chaque intervention présente un début similaire. Par la suite, l'intervention en question se distingue par rapport aux autres. Toutefois, les règles qui tiennent compte des difficultés éventuelles rencontrées au cours de l'entretien se ressemblent. A la fin, les règles appliquées aux *interventions approfondissantes* se rejoignent. L'*intervention non-spécifique* se distingue très nettement par rapport aux *interventions approfondissantes*, car le but visé consiste à éviter tout approfondissement. Cependant, la démarche initiale reste la même. Dans le manuel, on retrouve à la fin de la description de chaque intervention un diagramme résumant les stratégies d'intervention.

4.4.1.2 L'échelle du niveau du traitement explicatif

Cette échelle a été utilisée par les juges pour le codage des entretiens réalisés par les thérapeutes durant l'expérimentation. A ce sujet, les juges ont évalué tous les échanges thérapeutiques qui concernent aussi bien le client que le thérapeute. En effet, Sachse (1992) a construit deux échelles similaires dont la première se réfère au niveau de *traitement explicatif du client* (cf. annexe 4), alors que la deuxième tient compte de l'*offre de traitement explicatif du thérapeute* (cf. annexe 5); les traductions de ces échelles de l'allemand au français ont été assurées par Reicherts (1998). La construction de ces échelles s'est fondée sur les conceptions théoriques basées sur la thérapie centrée sur la personne en vue de les ancrer au niveau scientifique et psychologique, afin de susciter un développement aussi bien scientifique que pratique et théorique. Plus spécifiquement, il s'agissait de rendre explicite les déterminants internes relatifs au problème présenté par le client, ainsi que le processus explicatif en lui-même. Ainsi, pour le rendre mesurable, la description des différents niveaux du processus explicatif a été opérationnalisée en une échelle. Sur la base de cette échelle, les énoncés du client sont évalués en fonction de la profondeur du processus explicatif. Le

niveau d'approfondissement du processus explicatif indique la façon avec laquelle le client traite ses propres contenus problématiques internes et comment il les élabore. Le but de cette échelle consiste à déduire, à partir des énoncés verbaux et non-verbaux, à quel niveau du processus explicatif le client travaille à un moment précis. De plus, cela permet aussi de constater comment le niveau de traitement explicatif varie. On peut aussi mesurer l'influence des interventions du thérapeute exercée sur le client. En effet, ce dernier peut aussi bien favoriser un approfondissement du traitement du client comme aussi le freiner par une intervention de niveau moins élevé. Pour permettre cette évaluation, Sachse (1992) a justement créé l'échelle de *l'offre du traitement explicatif du thérapeute*. Ainsi, le juge ou le thérapeute situera à un moment donné, le niveau de traitement explicatif du client. Il s'agira donc d'évaluer quelle est la question problématique que le client cherche implicitement ou explicitement à élaborer. Le juge doit donc réfléchir à quel niveau parmi les 8, il peut situer l'énoncé du client et celui du thérapeute. En principe, le niveau 8 pourrait être dépassé, mais empiriquement les recherches ont montré qu'il n'était atteint que dans 1 à 2 % des cas. En plus, seulement 1.3 % des offres du thérapeute mènent à ce niveau (Sachse, 1992). Les deux échelles peuvent donc être traitées comme une échelle ordinale, car les différents niveaux des échelles sont liés ensemble et hiérarchiquement distincts. La fidélité et la validité de ces échelles ont été vérifiées dans trois études. Sachse (1992) a trouvé un accord inter juges entre .79 et .85 pour le client et entre .74 et .81 pour le thérapeute. D'après les résultats de ces études, la validité ainsi que la fidélité peuvent être considérées comme satisfaisantes.

4.4.1.3 L'échelle de « treatment integrity »

L'échelle du treatment integrity à 3 niveaux a été développée pour évaluer si les thérapeutes lors de l'expérimentation, avaient appliqué correctement les trois interventions d'après le manuel des thérapeutes. Cette mesure s'est avérée nécessaire pour pouvoir assurer une validité interne satisfaisante. Ainsi, les juges ont dû évaluer, en plus des échelles du niveau de traitement explicatif, l'échelle du treatment integrity en se référant au manuel des thérapeutes.

Voici la description des trois niveaux:

Niveau 1:

L'intervention du thérapeute est conforme à la procédure décrite dans le manuel des thérapeutes.

Niveau 2:

L'intervention du thérapeute est partiellement conforme à la procédure décrite dans le manuel des thérapeutes.

Niveau 3:

L'intervention du thérapeute n'est pas conforme à la procédure décrite dans le manuel des thérapeutes.

4.4.2 Les questionnaires de type «screening» pour le client

Une semaine avant l'expérimentation, les clients ont dû remplir divers questionnaires parmi lesquels certains ont servi à sélectionner les clients pour leur répartition dans les deux groupes d'*introversion* et d'*extraversion*.

4.4.2.1 Le questionnaire psychopathologique SCL-90-R

Le questionnaire psychopathologique multidimensionnel de Derogatis (in Franke, 1994) a été utilisé pour définir la charge psychique des clients (cf. annexe 6). La construction des échelles a été possible grâce à l'échange entre la théorie et la pratique. Ainsi, Derogatis et al. (in Franke, 1994) se sont basés sur des principes psychologiques et psychiatriques qu'ils ont trouvés importants dans leur expérience clinique. La version actuelle de ce questionnaire est fondée sur un échantillon de 1002 patients ambulatoires provenant d'institutions psychiatriques. A partir de ces données, l'auteur a calculé deux sortes d'analyses factorielles (varimax et prokrust). Ces analyses ont permis de mettre en évidence 9 échelles en tout, et la valeur globale des 90 items permet de calculer en plus 3 index globaux différents. Les valeurs des échelles fournissent des indications sur la charge psychique de la personne en fonction des symptômes spécifiques des 9 échelles, alors que les 3 index globaux se réfèrent à la charge psychique des symptômes sur l'ensemble des 90 items.

Parmi ces 9 échelles, on distingue :

- Echelle 1: *Somatisation (somatization)*
- Echelle 2: *Obsession-compulsion (obsessive-compulsive)*
- Echelle 3: *Insécurité sociale (interpersonal sensitivity)*
- Echelle 4: *Dépression (depression)*
- Echelle 5: *Anxiété (anxiety)*
- Echelle 6: *Agressivité (anger-hostility)*
- Echelle 7: *Peur phobique (phobic anxiety)*
- Echelle 8: *Pensée paranoïde (paranoid ideation)*
- Echelle 9: *Psychoticisme (psychoticism)*

Les 3 index des valeurs globales :

- GSI (global severity index)
- PSDI (positive symptom distress index)
- PST (positive symptom total)

Les valeurs T se situant entre 60 et 70 montrent une charge psychique importante, alors que les valeurs T entre 70 et 80 mettent en évidence une charge psychique très élevée. La sélection des clients a surtout tenu compte de l'index de sévérité GSI.

La fidélité test-retest après une semaine sur un échantillon de 94 patients provenant d'institutions psychiatriques ambulatoires sans traitement psychothérapeutique présente des valeurs pour les différentes échelles entre $r(\min) = 0.78$ et $r(\max) = 0.9$ (Derogatis, 1977 ; in Franke, 1994). Par contre, sur un échantillon de 80 étudiants en médecine, la fidélité test-retest des échelles après une semaine s'élève entre $r(\min) = 0.69$ et $r(\max) = 0.92$. La fidélité peut donc être considérée comme bonne. Pour la validité, l'auteur a effectué différentes mesures en tenant compte de la particularité des échelles. Par rapport à la validité convergente, on retrouve des relations avec le *Profile of Mood States* (Mc Nair, 1971 ; in Franke, 1994), le STAI (Spielberger, 1986 ; in Franke, 1994), l'échelle de dépression de Zerssen (1986, in Franke, 1994), le FPI-R (Fahrenberg, 1984 ; in Franke, 1994) ou l'IPC (Krampen, 1981 ; in Franke, 1994) (pour une description plus détaillée voir Franke, 1994).

4.4.2.2 L'inventaire de personnalité d'Eysenck, E.P.I.

L'inventaire de personnalité d'Eysenck (Eysenck et al., 1971) est appliqué afin de répartir les clients dans les deux groupes

introversion vs. extraversion (selon la moyenne arithmétique du groupe). D'après la théorie de Duval et Wicklund (1972, in Tscheulin, 1992) et la recherche de Neidhardt (1978, in Tscheulin, 1992), cette dimension bipolaire peut être en lien avec la théorie de Tscheulin, qui parle de personne orientée vers soi-même vs orientée vers l'action. Cet inventaire mesure la personnalité en terme de deux dimensions générales et indépendantes l'une de l'autre: extraversion-introversion (E) et névrosisme-stabilité (N). Pour cette recherche, la dimension névrosisme-stabilité (N) n'a pas été prise en considération, car la dimension extraversion-introversion (N) représentait celle qui permettait de sélectionner les clients dans les deux groupes. Chacun de ces traits est mesuré sur la base de 24 questions choisies après l'analyse d'items et l'analyse factorielle (cf. annexe 6). La construction de cet inventaire s'est basée sur le modèle d'Eysenck provenant de la psychologie générale et expérimentale et concernant le comportement attendu des extravertis et des introvertis dans une grande variété de recherches expérimentales de laboratoire. La construction de l'E.P.I. se réfère à une douzaine de nouvelles analyses factorielles pour lesquelles, dans une étude ultérieure, les échantillons devenaient de plus en plus représentatifs de la population totale. La fidélité test-retest a été calculée sur deux groupes de sujets normaux anglais, plus précisément après une année pour le premier groupe, et après 9 mois pour le deuxième. Les fidélités test-retest se sont avérées satisfaisantes, se situant entre .84 et .94. Pour l'adaptation française, la fidélité split-half sur un échantillon de 100 étudiants donne des résultats équivalents à ceux de Eysenck: .73 et .81. En ce qui concerne la validité de construction, on retrouve que les hystériques et les psychopathes sont significativement plus extravertis que les dysthymiques. Alors que tous les groupes de névrosés présentent des scores plus élevés en névrosisme que les groupes normaux. Pour la validité parallèle, on retrouve des relations avec les questionnaires de personnalité, ainsi que des liens avec M.M.P.I, l'échelle *Rhathymia* de Guilford, l'échelle d'anxiété de Cattell ou le *Multiple Affect Adjective Check List* (M.A.A.C.L) (pour une description plus détaillée voir (Eysenck et al., 1971).

4.4.2.3 L'IPC, Locus of Control

Le questionnaire IPC (cf. annexe 6) de Levenson (1972, in Krampen, 1981) a été utilisé dans la recherche afin de tenir compte des caractéristiques préalables et particulières des clients, qui pourraient influencer l'effet des *interventions approfondissantes*. Les bases théoriques de l'IPC se réfèrent au construct de «locus of control of reinforcement» de Rotter (1955, in Krampen, 1981) dans le cadre de la théorie de l'apprentissage social nommée aussi conviction de contrôle. D'après Rotter (1966, 1955, in Krampen, 1981) les convictions de contrôle de l'individu contribuent généralement aux attentes globales de l'individu. A ce sujet, l'auteur différencie deux dimensions, la conviction de contrôle externe et la conviction de contrôle interne. Dans le premier cas la personne évalue les événements qui suivent son comportement comme étant non conformes à ses propres attentes et les attribue à la chance ou au hasard. La personne se perçoit ainsi comme étant dépendante de l'environnement ou d'autres personnes. Dans le deuxième cas, la personne évalue son comportement qui suit un événement particulier comme étant conforme à ses propres caractéristiques personnelles. Finalement, la construction de l'IPC se base sur le questionnaire ROT-IE de Rotter (1966, in Krampen, 1981) qui mesure la conviction de contrôle chez les adultes. Ce questionnaire différenciait sur une même dimension la conviction de contrôle externe et interne. Levenson (1972, in Krampen, 1981) a reconceptualisé et différencié le ROT-IE en tenant compte des études qui montraient l'existence de convictions de contrôle multidimensionnelles. Ainsi après modification, l'IPC différencie trois dimensions en tout, l'internalité, l'externalité-impuissance, l'externalité-fatalisme. La fidélité test-retest des trois dimensions s'est révélée satisfaisante et s'élève entre .78 et .83 après six semaines. Pour la validité discriminante, les corrélations de l'IPC avec le FPI (1973, Fahrenberg, Hampel et Selg, in Krampen, 1981) confirment cette validité de l'IPC. En effet, les trois échelles de l'IPC mesurent des dimensions de la personnalité qui ne sont pas représentées dans le FPI (pour une description plus détaillée voir Krampen, 1981).

4.4.2.4 DOE-TRAIT

Le DOE-trait (dimensions de l'ouverture émotionnelle) élaboré par Reicherts (1999) (cf. annexe 6) a été utilisé pour estimer l'ouverture émotionnelle des clients afin de déterminer si un profil spécifique influence l'effet des *interventions approfondissantes*. Comme on l'a déjà vu précédemment (cf. chapitre 2.4.2 l'ouverture émotionnelle du client), sur la base de théories qui suggèrent différents niveaux dans le traitement de l'émotion, Reicherts distingue trois niveaux généraux de fonctionnement: les niveaux corporel, cognitif et social. Les représentations subjectives de ces processus peuvent être conçues soit comme « *traits* » mettant en évidence des différences *inter-individuelles*, soit comme « *états* » tenant compte des variations *intra-individuelles*.

Les six dimensions théoriques sont les suivantes:

- la représentation conceptuelle des émotions (REPCON)
- la communication et l'expression émotionnelle (EMOCOM)
- la perception des indicateurs externes (PEREXT)
- la perception des indicateurs internes (PERINT)
- la régulation émotionnelle (REGEMO)
- les restrictions normatives du vécu émotionnel (RESNOR)

Reicherts (1999) a construit 6 jeux d'items. Une première version incluant 43 items a été analysée dans une première étude avec 127 étudiants. Après élimination d'items se présentant comme trop difficiles ou faciles ou nuisant à la consistance interne de l'échelle, l'auteur a retenu dans la version finale 36 items en tout. L'analyse factorielle effectuée sur ces items met en évidence la structure dimensionnelle qui a servi à la construction du questionnaire. Elle peut donc être reproduite de manière très satisfaisante pour différents échantillons, ce qui confirme aussi la validité factorielle de l'instrument. La fidélité des échelles, par rapport à la consistance interne, en tenant compte d'un nombre restreint d'items (5 à 7), se présente comme assez satisfaisante. L'alpha moyen de Cronbach se situe sur la moyenne de plusieurs études, entre .72 et .82. La fidélité test-retest après un an sur la base d'une version abrégée (4 items par échelle) se montre à $r(tt) = .50 - .60$. Plusieurs études mettent en évidence la validité convergente et divergente et soulignent le caractère spécifique des dimensions.

Ainsi, les corrélations avec l'extraversion EPI-E sont positives avec EMOCOM (Eysenck et al., 1971 ; in Reicherts, Casellini, Duc, Grespi, Romailier & Balmelli, 2004), l'empathie est corrélée avec toutes les dimensions, notamment «Perspective taking» avec REPCON (Mehrabian, 1974 ; in Reicherts et al., 2004), alors que «Emotional resonance» corrèle avec EMOCOM et RESNOR. Les corrélations avec *Lying*, EPI-L; désidérabilité sociale et dissimulation sont généralement très faibles (Eysenck et al., 1971 ; in Reicherts et al., 2004). Pour conclure, plusieurs liens ont été trouvés avec les dimensions des compétences sociales, et surtout avec EMOCOM (pour une description plus détaillée voir Reicherts et al., 2004).

4.4.3 Les échelles présentées au client avant et après l'entretien

Avant et après l'expérimentation, le client a dû remplir différentes échelles qui ont servi d'une part à cibler les émotions éprouvées sur le moment, d'autre part à évaluer l'importance personnelle et la motivation au changement pour le problème présenté. De plus, les clients devaient attribuer les raisons et les causes des problèmes présentés ainsi que leur degré de gravité. Remarque: L'inventaire des émotions EMI-B (Ullrich de Muynck & Ullrich., 1977) prévu pour relever les émotions de la semaine écoulée en excluant le jour de l'expérimentation n'a pas été utilisé en raison de la délimitation du projet de recherche.

4.4.3.1 L'échelle d'émotions différentielles d'Izard

L'échelle d'émotions différentielles d'Izard (cf. en annexe 7) a été appliquée avant et après l'entretien afin de cibler les émotions de base sur le moment, et dans le but de déterminer si les émotions de base après l'entretien ont subi un changement. Cette échelle représente la version française (Ouss et al., 1990) de l'échelle d'auto-évaluation des émotions d'Izard (Differential Emotion Scale ou D.E.S) (1972, in Ouss et al., 1990) dont le but consiste à caractériser un état émotionnel précis. Pour la construction du D.E.S, Izard s'est basé sur la théorie des émotions discrètes qui retient dix émotions fondamentales, composées de trente adjectifs émotionnels (trois par émotion fondamentale). Ces adjectifs ont été

obtenus après la description de photographies de mimiques émotionnelles qui correspondent toutes aux dix émotions primaires: joie, tristesse, surprise, dégoût, colère, culpabilité, peur, timidité, mépris et l'intérêt ou l'attention que l'auteur ne considère pas forcément comme une émotion. Plusieurs études ont confirmé l'existence de ces émotions de base définies préalablement et qui ont été retrouvées dans l'analyse factorielle de la D.E.S. Pour la version française de cette échelle, les auteurs ont tenu compte de 30 items pris en compte pour la version abrégée de l'échelle des émotions d'Izard. Le but envisagé des auteurs pour cette nouvelle échelle était d'étudier le niveau subjectif des émotions. L'analyse factorielle en composantes principales selon la méthode de Kaiser a mis en évidence 9 composantes principales de valeur supérieure à un. Ces composantes présentent toutes un sens clinique ainsi qu'un pourcentage de variance non négligeable. Après quoi, ces 9 composantes ont été soumises à une rotation Varimax en tenant compte des coefficients de saturation supérieurs à .5. Les auteurs ont retenu en tout 9 facteurs: sensibilité, joie, colère, paranoïa, surprise, attention, découragement, alerte et dégoût. Ainsi, d'après cette analyse, les auteurs concluent que 4 facteurs représentent les émotions fondamentales: joie, colère, surprise et découragement. L'échelle D.E.S en version française se montre pertinente pour caractériser certains états émotionnels. A ce propos, on peut constater une tendance à la binarisation des émotions (positives ou négatives).

4.4.3.2 Les échelles d'importance personnelle et de motivation pour le changement

Les échelles d'importance personnelle et de motivation pour le changement (cf. annexe 7) ont été évaluées par le client avant et après l'entretien pour chaque problème séparément. Le but visé était de mesurer l'impact des *interventions approfondissantes* sur l'importance personnelle ainsi que la motivation pour le changement d'un problème précis. Il s'agit d'échelles à 11 niveaux, de 0 à 10. Le niveau 0 correspond à l'absence d'importance personnelle/de motivation pour le changement d'un problème précis, alors que le niveau 10 équivaut à une importance personnelle/de motivation pour le changement très élevée. Le

niveau 5 se situe à une importance personnelle et une motivation pour le changement moyennes.

4.4.3.3 Les raisons personnelles et le souvenir d'une situation difficile du passé proche ou lointain

Parmi les échelles appliquées avant et après l'entretien, les clients ont dû décrire en quelques phrases pour chaque problème séparément les raisons pour lesquelles ils présentaient ce problème spécifique. De plus, leur tâche consistait aussi à se souvenir et à décrire une situation difficile du passé proche ou lointain qui pouvait expliquer le problème actuel. Ces descriptions permettaient d'évaluer qualitativement l'influence des *interventions approfondissantes* après l'entretien.

4.4.3.4 L'évaluation des buts à atteindre

L'évaluation des buts à atteindre (cf. annexe 7) a été développée par Reicherts (1998) et représente une élaboration du Goal Attainment Scaling, G.A.S (Kiresuk et al., 1968). Le principe du G.A.S consiste à clarifier et à éclaircir les buts thérapeutiques et ceux du client. En effet, la mise au point des buts personnels problématiques relevant pour le client permettent de planifier les stratégies thérapeutiques. Cependant, il ne faut pas non plus oublier que cette échelle permet aussi et surtout d'évaluer les changements au cours d'une thérapie par rapport à une problématique bien spécifique. C'est en effet pour cette raison que l'E.B.A a été utilisée dans cette recherche. Il s'agit donc plus précisément d'évaluer les effets des *interventions approfondissantes* après l'entretien, pour les trois problèmes présentés par les clients. L'E.B.A. enrichit le G.A.S par la pondération des buts définis par le client selon leur importance subjective. Ainsi, la pondération permet d'une part de mesurer le progrès thérapeutique par le rapprochement des buts, d'autre part elle permet de tenir compte du poids relatif des problèmes présentés par le client. Dans cette perspective, le client évalue avant l'entretien sur une échelle de 0 à 100 l'importance personnelle attribuée aux trois problèmes séparément. Dans une deuxième étape, il décrit en quelques phrases sur l'échelle, l'état optimum au niveau 100% et l'état d'aggravation au niveau - 20% par rapport au problème 1,2, ou 3. L'évaluation des buts est pondérée sur une échelle allant de 0%

(l'état initial) à 100% (l'état optimum). L'échelle comprend 13 niveaux en tout, dont les principaux sont les suivants:

- 100% complètement amélioré (optimum)
- 75% fortement/nettement amélioré (assez)
- 50% sensiblement amélioré (conséquent)
- 25% faiblement amélioré (un peu)
- 0% inchangé
- 10% faiblement aggravé (un peu)
- 25% aggravé

Après l'entretien, le client reprend la même échelle et évalue pour chaque problème séparément son état actuel en fonction des états qu'il a décrits préalablement. Etant donné que l'évaluation est reportée directement sur l'échelle du changement, on peut lire immédiatement les modifications enregistrées. L'index de changement mesure les changements réels pour lesquels des améliorations d'un but important et des améliorations d'un but significatif sont relativisées.

Voici ci-dessous la formule de l'index de changement :

$$\text{Index de changement} = \frac{\text{changement en \%}}{100} \times \frac{\text{poids du but en \%}}{100}$$

Un index d'amélioration de 0.25 à 0.50 est considéré comme acceptable, un index entre 0.50 et 0.75 comme bon et un index à partir de 0.75 comme excellent. Ces valeurs sont pertinentes surtout à la fin d'une thérapie. Dans cette recherche, elles sont utilisées pour vérifier si on peut constater une amélioration et dans quelle mesure on peut l'attribuer à une intervention spécifique.

4.4.4 Les questionnaires appliqués après l'entretien uniquement

Parmi les questionnaires qui ont été appliqués seulement après l'entretien, on compte le DOE-ETAT et le questionnaire du client, soumis une semaine après l'entretien.

4.4.3.5 DOE-ETAT

A partir du DOE-TRAIT (voir chapitre 4.4.2.4), Reicherts et al. (2004) ont développé une version abrégée, sur la base du DOE-TRAIT, qui mesure l'ouverture émotionnelle liée à une situation spécifique. Dans cette recherche, l'utilisation du DOE-ETAT (cf. annexe 6) a été pertinente pour évaluer la situation bien particulière de l'entretien. Le questionnaire inclut 15 items, c'est-à-dire 3 items pour chaque dimension, à l'exception de la dimension «restrictions normatives de l'ouverture émotionnelle» (RESNOR). Etant donné que cet instrument se trouve en ce moment en cours de validation, on n'a pas encore de résultats statistiques à disposition.

4.4.3.6 Questionnaire du client

Le questionnaire du client (cf. annexe 9) a été utilisé pour évaluer l'effet des *interventions approfondissantes* à moyen terme. Pour la construction de ce questionnaire, on s'est référé au questionnaire du client développé par Grawe et Ambühl (1988) dans une recherche évaluant trois formes de thérapie différentes. A partir de ce questionnaire, on a pu choisir deux échelles ad hoc qui reflètent les aspects les plus importants pour cette recherche. Le but visé par Grawe était de mesurer l'impact de la séance thérapeutique sur le client. Ainsi, le questionnaire du client était administré tout de suite après la séance thérapeutique.

Le questionnaire du client utilisé par l'auteur incluait 30 items en tout et chaque item était évalué sur une échelle à 7 niveaux :

pas du tout	non	plutôt pas	ni...ni	plutôt oui	oui	oui exact
-3	-2	-1	0	1	2	3

L'auteur a déterminé 7 dimensions:

- la relation thérapeutique
- le déroulement thérapeutique
- l'ouverture
- l'effet thérapeutique général
- la nouvelle conscience
- l'accès aux émotions

- les nouvelles possibilités d'action

Pour cette recherche, on a repris certains items appartenant aux dimensions suivantes : la relation thérapeutique, l'effet thérapeutique général, la nouvelle conscience et l'accès aux émotions. La démarche de choix des items est comparable à celle de Tschacher (1997). On a regroupé ces 17 items en deux dimensions nommées : *relation thérapeutique* et *effets thérapeutiques*. Le regroupement des items dans les deux dimensions a été discuté avec des cliniciens thérapeutes. La première échelle prend les items 1, 5, 7, 9, 11, par exemple « *la semaine passée je me suis senti(e) à l'aise dans la relation avec la thérapeute* ». La deuxième échelle par contre, inclus les items suivants 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, par exemple « *j'ai l'impression de mieux me comprendre et de mieux comprendre le problème* » (cf. annexe 9). Pour chaque item, le client devait en plus évaluer les trois problèmes qu'il avait présentés lors de l'entretien.

5. RÉSULTATS

5.1. ANALYSES STATISTIQUES PRÉLIMINAIRES

5.1.1 Entraînement préalable des juges

Sur la base des connaissances acquises dans le cours *entretien psychologique* (cf. chapitre 4.3.3), les étudiantes ont été entraînées à évaluer correctement les échanges thérapeutiques entre client et thérapeute, tirés des entretiens effectués dans cette recherche en utilisant l'*échelle des modes de traitement pour le client* et celle pour le *thérapeute*. Afin de potentialiser l'apprentissage des juges, l'entraînement a été réalisé sur les trois types d'interventions. Par la suite, par contre, chaque juge s'est spécialisée à évaluer une seule intervention à la fois. Cette décision permet d'une part d'améliorer les cotations individuelles pour chaque intervention, d'autre part cela a rendu possible aux juges d'entamer des analyses ultérieures pour une intervention donnée.

Deux entretiens ont été soumis à l'évaluation de l'*accord inter juge* calculé à l'aide des corrélations bivariées à travers les séquences d'énoncés. Une évaluation de l'*accord inter juge* a été réalisée après la phase d'entraînement, alors que le deuxième *accord inter juge* a été effectué après l'évaluation de dix entretiens par les juges. La démarche détaillée à la page suivante.

Schéma 13: Déroulement de l'entraînement et de son évaluation

		Matériel	Phase Codage	Phase Evaluation
1^{er}	Entretien	Bande utilisée uniquement pour l'entraînement	Énoncé par énoncé sur l'ensemble des échanges thérapeutiques client-thérapeute	Après l'entraînement
2^{ème}	Entretien	Bande utilisée aussi pour d'autres analyses	Énoncé par énoncé sur l'ensemble des échanges thérapeutiques client-thérapeute séparément en fonction des trois types d'interventions	Après avoir effectué le codage de dix entretiens

Les corrélations des accords inter juges montrent tout d'abord des corrélations qui tiennent compte de l'ensemble des échanges thérapeutiques entre client et thérapeute. Alors que les corrélations qui suivent différencient les trois interventions séparément. Les juges inclus dans l'accord sont des évaluateurs ayant suivi l'entraînement et un juge expert.

L'analyse des deux *accords inter juges* montre les résultats suivants :

Tableau 2: Corrélations après l'entraînement entre les évaluations du niveau explicatif de l'ensemble des échanges client et thérapeute sur un entretien et sur le total des trois conditions expérimentales (N = 187 énoncés)

JUGE1- JUGE2	.72**
JUGE1-JUGE3	.78**
JUGE1-JUGE4	.81**
JUGE2-JUGE3	.87**
JUGE2-JUGE4	.80**
JUGE3-JUGE4	.83**

** .p<.001

JUGE1 = Expert; JUGE2 = Spécialisé pour le processus explicatif; JUGE3 = Spécialisé pour la flèche descendante; JUGE4 = Spécialisé pour l'intervention non spécifique.

L'accord *inter juge* montre que les évaluations des trois évaluateurs corrèlent significativement et fortement avec celles du juge expert. De même, l'accord *inter juge* des évaluateurs entre eux montre des corrélations significatives et encore plus fortes.

Tableau 3: Corrélations après l'entraînement entre les évaluations du niveau explicatif des échanges thérapeutiques client et thérapeute pour la condition processus explicatif sur un entretien (N = 41 énoncés)

JUGE1- JUGE2	.54**
JUGE1-JUGE3	.50**
JUGE1-JUGE4	.71**
JUGE2-JUGE3	.78**
JUGE2-JUGE4	.62**
JUGE3-JUGE4	.59**

** . p<.001

JUGE1 = Expert; JUGE2 = Spécialisé pour le processus explicatif; JUGE3 = Spécialisé pour la flèche descendante; JUGE4 = Spécialisé pour l'intervention non spécifique.

L'accord *inter juge* réalisé uniquement pour le *processus explicatif (Explizierung)* met en évidence que les trois évaluateurs corrèlent significativement avec le juge expert et entre eux.

A ce propos, on peut constater que le juge spécialiste de l'*intervention non spécifique* présente une corrélation plus forte que les deux autres juges avec le juge expert. La moyenne de ces corrélations *inter juge* s'élève à $r = .62$.

Tableau 4: Corrélations après l'entraînement entre les évaluations du niveau explicatif des échanges thérapeutiques client et thérapeute pour la condition flèche descendante sur un entretien (N = 63 énoncés)

JUGE1- JUGE2	.38**
JUGE1-JUGE3	.55**
JUGE1-JUGE4	.60**
JUGE2-JUGE3	.54**
JUGE2-JUGE4	.47**
JUGE3-JUGE4	.46**

** . p<.001

JUGE1 = Expert; JUGE2 = Spécialisé pour le processus explicatif; JUGE3 = Spécialisé pour la flèche descendante; JUGE4 = Spécialisé pour l'intervention non spécifique.

L'accord *interjuge* qui vise uniquement la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), illustre que les trois évaluateurs corrèlent significativement avec le juge expert, mais les niveaux diffèrent entre eux et ne sont pas élevés. Le juge spécialisé pour la flèche descendante présente une corrélation moins forte que le juge expert pour l'intervention non spécifique. Le juge spécialisé dans le *processus explicatif* (*Explizierung*) montre une corrélation plus faible avec l'expert par rapport aux autres.

Tableau 5: Corrélations après l'entraînement entre les évaluations du niveau explicatif des échanges thérapeutiques client et thérapeute pour la condition intervention non spécifique sur un entretien (N = 83 énoncés)

JUGE1- JUGE2	.86**
JUGE1-JUGE3	.73**
JUGE1-JUGE4	.82**
JUGE2-JUGE3	.72**
JUGE2-JUGE4	.80**
JUGE3-JUGE4	.74**

** . p<.001

JUGE1 = Expert; JUGE2 = Spécialisé pour le processus explicatif.

L'accord *inter juge* qui tient compte uniquement de l'*entretien non spécifique* illustre que les trois évaluateurs corrèlent significativement et fortement avec le juge expert et entre eux.

L'ensemble de ces résultats montre des corrélations nuancées. Même après l'entraînement les accords inter juges restent bas notamment ceux de la *flèche descendante*. Dans l'ensemble c'est acceptable. A ce sujet, les corrélations des interventions prises individuellement montrent des valeurs moins élevées, dû au nombre plus faible des énoncés, par rapport aux corrélations qui tiennent compte de l'ensemble des interventions. Toutefois, les corrélations correspondent au niveau restreint. En tenant compte qu'on compare des différences entre des combinaisons entre juges, certaines sont plus acceptables que d'autres. Il y a deux conditions où l'accord est bas. En effet, le meilleur juge s'est avéré être celui spécialisé pour l'intervention *non spécifique*. Toutefois, les corrélations des autres juges peuvent aussi être considérées comme

satisfaisantes. Les juges ont ensuite démarré avec les cotations de tous les entretiens effectués pour la recherche.

Après l'évaluation de dix entretiens en tout, les mêmes juges ont été soumis à un deuxième *accord inter juge* qui a permis de déterminer si l'apprentissage était définitivement acquis.

Cet accord inter juge a été calculé sur la base des corrélations bivariées comme lors du premier calcul. Toutefois, dans ce cas, les corrélations ont été calculées seulement sur les échanges thérapeutiques réalisés séparément en fonction des trois interventions.

Voici les résultats des analyses:

Tableau 6: Corrélation après dix entretiens entre les évaluations du niveau explicatif des échanges thérapeutiques client et thérapeute pour la condition processus explicatif sur un entretien (N = 76 énoncés)

JUGE1- JUGE2	.62**
Kappa	.29
Corrélations intra- class	
Single	.61
Average	.75

** . p<.001

JUGE1 = Expert; JUGE2 = Spécialisé pour le processus explicatif.

L'*accord inter juge* montre que l'évaluation de l'évaluateur corrèle significativement avec celle du juge expert, mais le niveau atteint n'est pas très élevé.

Tableau 7: Corrélation après dix entretiens entre les évaluations du niveau explicatif sur les échanges thérapeutiques client et thérapeute pour la condition flèche descendante d'un entretien (N = 30 énoncés)

JUGE1- JUGE3	.80**
Kappa	.21
Corrélations intra- class	
Single	.80
Average	.89

** . p<.001

JUGE1 = Expert; JUGE3 = Spécialisé pour la flèche descendante.

L'accord *inter juge* réalisé uniquement pour la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), met en évidence que l'évaluation de l'évaluateur corrèle significativement et fortement avec celle du juge expert.

Tableau 8: Corrélation après dix entretiens entre les évaluations du niveau explicatif sur les échanges thérapeutiques client et thérapeute pour la condition intervention non spécifique sur un entretien (N = 58 énoncés)

JUGE1- JUGE4	.83**
Kappa	.21
Corrélations intra- class	
Single	.83
Average	.91

** , p<.001

JUGE1 = Expert; JUGE4 = Spécialisé pour l'intervention non spécifique.

L'accord *inter juge* effectué seulement pour l'intervention non spécifique illustre que l'évaluateur corrèle significativement et fortement avec le juge expert.

L'ensemble de ces résultats présente des corrélations qui se situent à un niveau acceptable. On peut constater une amélioration par rapport au premier *accord inter juge*, et cela surtout pour la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). La spécialisation particulière des juges pour les diverses interventions s'est améliorée, mais le niveau le plus bas se retrouve pour le *processus explicatif* (*Explizierung*).

La phase d'entraînement peut être considérée comme acceptable. On note une différence assez marquée entre les valeurs des juges entre eux. Il paraît que la cotation du *processus explicatif* semble apporter plus de difficultés au juge en question. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le *processus explicatif* par sa structure engendre chez le client des réponses plus variées et profondes. Ainsi, il en résulte que le juge doit faire face à des énoncés plus différenciés ce qui rend son travail de cotation plus difficile. A part ces remarques, les autres indices calculés s'avère être satisfaisants. C'est aussi la raison pour laquelle les juges ont toute de suite commencé à évaluer les entretiens suivants. A ce sujet, la décision prise s'est avérée pertinente, car les accords *inter juges* entrepris

après l'évaluation de dix entretiens ont mis en évidence des corrélations plus satisfaisantes et plus fortes, surtout si on considère la spécialisation attribuée à chaque juge.

5.1.2 Évaluation des thérapeutes en fonction des conditions expérimentales préfixées

Afin de vérifier l'application correcte des conditions expérimentales par les thérapeutes, plus précisément le *treatment integrity*, on a effectué un *experimental manipulation check*. Cette évaluation a été réalisée par une analyse de variance à mesures répétées en tenant compte de l'*offre thérapeutique du traitement explicatif*.

Les résultats montrent que le *treatment integrity* change en fonction des interventions appliquées par les thérapeutes. En effet, on retrouve dans le tableau ci-dessous que les moyennes des *niveaux de l'offre de traitement du thérapeute* sont plus élevées pour les *interventions approfondissantes* et d'autant plus pour la *flèche descendante (downward arrow technique)*: $m = 5.84$ ($s = .43$); *processus explicatif (Explizierung)*: $m = 5.09$ ($s = .67$); *intervention non-spécifique*: $m = 3.5$ ($s = .27$). Ces valeurs correspondent dans l'ensemble aux résultats auxquels on s'attendait, sauf pour la *flèche descendante (downward arrow technique)*, où le niveau de l'*offre thérapeutique du traitement explicatif* est trop élevée par rapport à celui du *processus explicatif (Explizierung)*.

Tableau 9 : Moyennes et écarts-types des niveaux de l'offre de traitement du thérapeute en fonction des trois interventions expérimentales

	Thérapeutes	Moyennes	Écarts-types
mtpe	1	5.64	.19
	2	4.54	.51
	Total	5.09	.67
mtfl	1	6.18	.20
	2	5.50	.32
	Total	5.84	.43
mte	1	3.41	.25
	2	3.61	.26
	Total	3.51	.27

mtpe = processus explicatif et offre du thérapeute; mtfl= flèche descendante et offre du thérapeute; mte = entretien non-spécifique et offre du thérapeute.

Pour la réalisation thérapeutique des trois formes d'interventions, au niveau du traitement explicatif offert par les thérapeutes, on peut observer des différences globales marquées et hautement significatives. Les différences distinctes sont de très significatives, comme le montre le tableau ci- dessous.

Tableau10 : Valeurs F significatives des trois conditions expérimentales globales et contrastées

	dl	F	Eta
Interventions globales	2	892.8*	.94
Interventions contrastées			
Processus explicatif vs. Entretien non-spécifique	1	635.64*	.91
Flèche descendante vs. Entretien non-spécifique	1	1969.65*	.97

* p<.001

De plus, cette analyse préliminaire a permis de démontrer qu'il n'existe pas d'effet significatif du facteur *séquence*. Cependant, en ce qui concerne le facteur « thérapeute », on réalise qu'il existe des effets significatifs, ce qui ne montre pas complètement l'intégrité du traitement. Les valeurs globales et contrastées en fonction des types d'interventions se retrouvent dans le tableau à la page suivante.

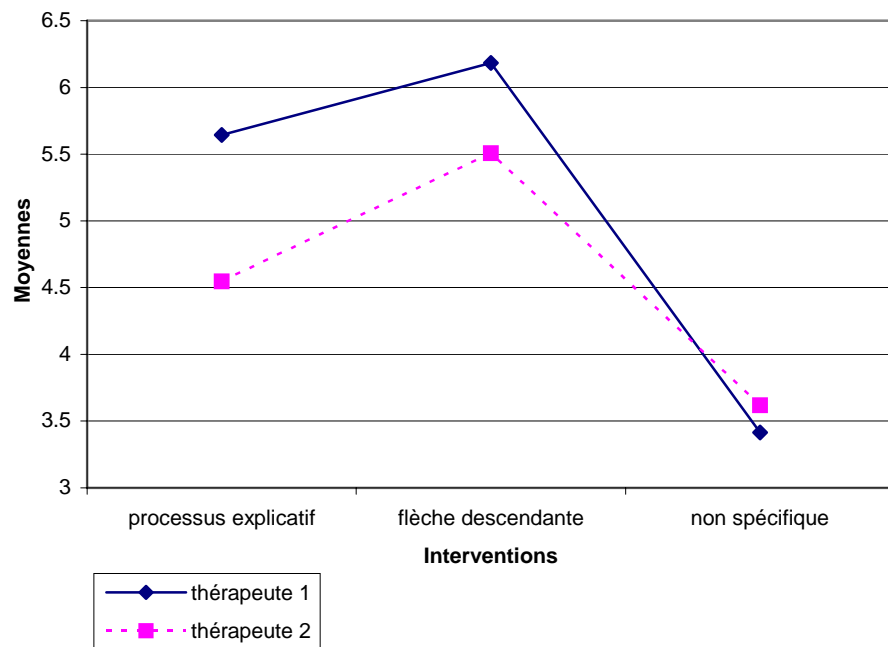
Tableau 11: Valeurs F significatives des trois conditions expérimentales globales et contrastées en fonction du thérapeute

	dl	F	Eta
Interventions globales	2	69.8*	.55
Interventions contrastées			
Processus explicatif vs. Entretien non-spécifique	1	106.54*	.65
Flèche descendante vs. Entretien non-spécifique	1	71.94*	.56

* $p < .001$

Ces résultats montrent donc que les thérapeutes n'ont pas agi de manière similaire. En effet, le graphique ci dessous met bien en évidence l'existence d'une interaction.

Schéma 14: Moyennes des niveaux de l'offre de traitement des thérapeutes en fonction des trois interventions expérimentales

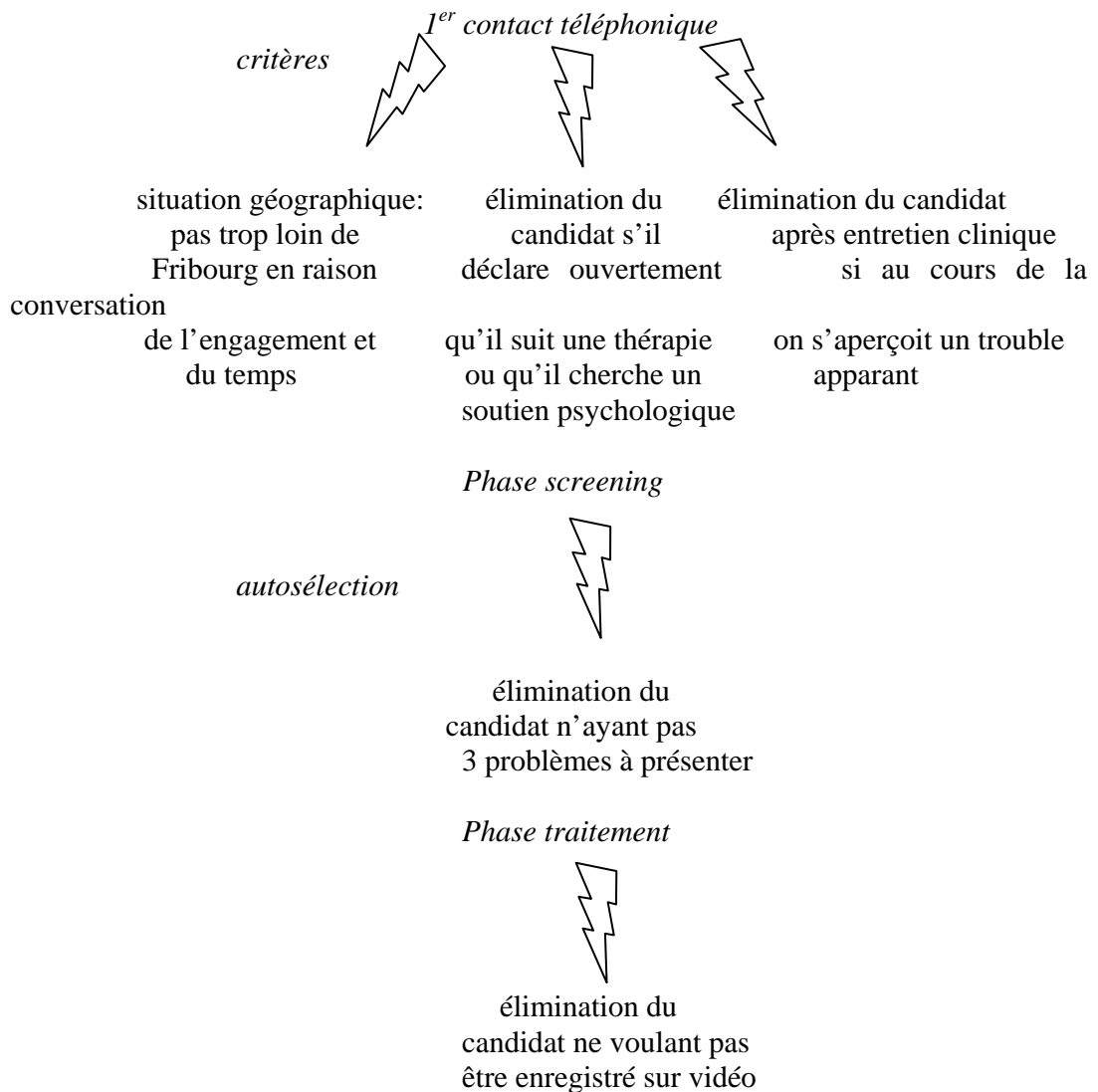


Ainsi, d'après ces résultats, on peut conclure que l'évaluation de l'*experimental manipulation check* est satisfaisante dans l'ensemble, surtout si on tient compte du *treatment integrity*. Par rapport aux actions divergentes des thérapeutes, on peut supposer

qu'elles sont la conséquence d'un biais d'évaluation du juge qui avait évalué la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). En effet, l'expérimentation n'avait pas prévu des niveaux si élevés pour cette intervention, alors que pour l'*intervention non-spécifique* on s'attendait à des niveaux bas.

5.1.3 Échantillon et procédure de recrutement

L'échantillon est composé de 60 sujets, dont 12 hommes et 48 femmes. Ces personnes ont été recrutées à partir d'une annonce parue dans trois journaux de Suisse Romande. Le but de cette annonce visait à informer les sujets qu'ils auraient à participer à une expérience individuelle dans le but de mieux se connaître. L'idée était de ne pas révéler la participation à un entretien individuel et psychologique pour éviter de faire appel à une population clinique. En effet, le but était plutôt de cibler une population normale afin d'éviter que cette recherche entreprise au Département de Psychologie soit perçue comme un service d'aiguillage pour une population clinique. De plus, il ne faut pas non plus oublier le caractère expérimental de cette étude et le fait qu'elle pourrait provoquer chez les clients des effets indésirables. Ainsi, on s'est basé sur des critères de sélection pour d'une part éviter des sujets qui s'attendent à une prise en charge psychologique, d'autre part pour délimiter le nombre de candidats. En effet, 113 sujets se sont présentés en tout, ce qui a permis d'effectuer une sélection pertinente en tenant compte des critères cités ci-dessous. La procédure de recrutement en tenant compte des critères s'est donc déroulée ainsi (cf. page suivante) :



Après le recrutement, six sujets ont été sélectionnés pour entraîner les thérapeutes uniquement. Ils n'ont donc pas participé à la recherche proprement dite, même s'ils ont été soumis aux mêmes conditions expérimentales que les personnes y participant. A la phase *screening*, une seule personne n'avait pas trouvé trois problèmes personnels. Sinon, il n'y a pas eu de perte de sujets tout au long de l'expérimentation.

Une fois l'échantillon sélectionné pour la phase *screening*, le questionnaire psychopathologique SCL-90-R (Derogatis, in Franke, 1994) et l'inventaire de personnalité E.P.I (Eysenck et al., 1971) ont permis d'évaluer les sujets en fonction par exemple de leurs traits de personnalité d'introversion/extraversion.

L'âge moyen des 60 sujets représentant la population de référence s'élève à 43.0 ($s = 10.8$) ; (range de 21 à 64 ans). La majorité des personnes présentent une formation d'un niveau scolaire secondaire. Par rapport à la *charge psychique manifeste*, on retrouve 28 % de sujets d'après les valeurs germanophone. $T = 65$ représente une charge psychique manifeste, ce qui correspond à une valeur supérieure au critère préfixé. Si on compare par contre avec l'échantillon de référence francophone de sujets libres de troubles psychiatriques (Tatu et al., 1994), la *charge psychique manifeste* de l'échantillon de cette étude correspond aux sujets avec un mauvais état psychique subjectif et un mauvais état physique subjectif. La *charge psychique manifeste* correspond pour ce groupe à une moyenne entre 0.55 et 0.97.

L'analyse descriptive de l'ensemble des échelles du questionnaire psychopathologique SCL-90-R (Derogatis, in Franke, 1994) illustre les résultats suivants :

Tableau 12: Moyennes et écarts-types de l'échantillon pour l'ensemble des échelles du questionnaire psychopathologique SCL-90-R après le recrutement

	M	St.D.
SCLSOM	.55	.57
SCLOBS	.69	.55
SCLINSEC	.76	.54
SCLDEPR	.70	.57
SCLANXIE	.49	.51
SCLAGG	.52	.56
SCLPHO	.35	.66
SCLPARA	.75	.70
SCLPSY	.32	.34
SCLGSI	.59	.45

SCLSOM = Echelle de somatisation; SCLOBS = Echelle obsession-compulsion; SCLINSEC; Echelle d'insécurité sociale; SCLDEPR = Echelle de dépression; SCLANXIE = Echelle d'anxiété; SCLAGG = Echelle d'agressivité; SCLPHO = Echelle phobique; SCLPARA = Echelle paranoïde; SCLPSY = Echelle psychotique; SCLGSI = Index de sévérité globale.

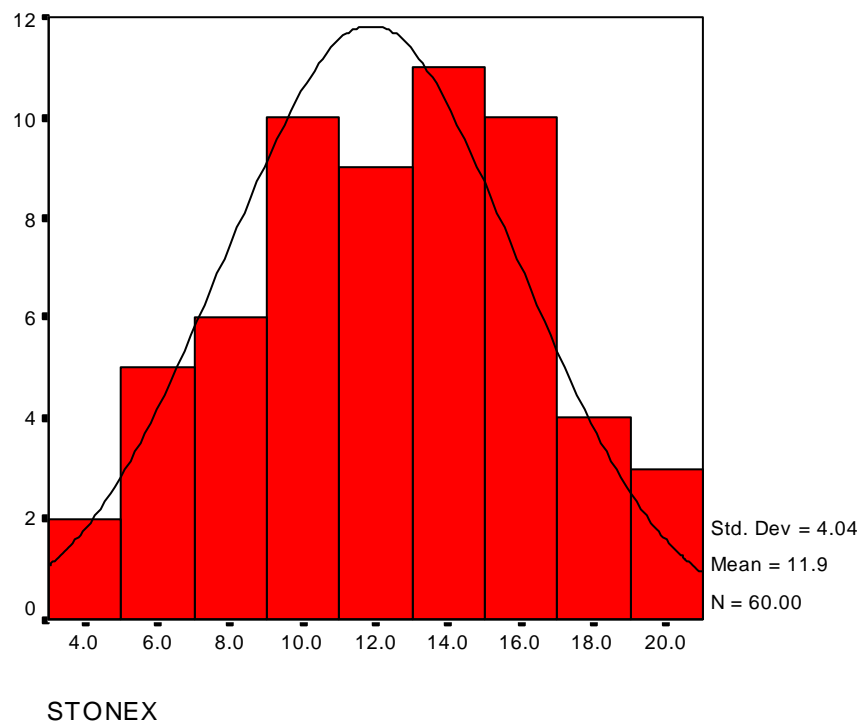
La moyenne de l'indice de sévérité globale ($T = 61$) ainsi que les échelles spécifiques se situent proches du seuil à partir duquel une charge psychique est manifeste ($T = 60$) chez la population de référence. Ainsi, d'après ces résultats, l'échantillon remplit le

critère préfixé, c'est-à-dire, des valeurs par rapport à la population de référence proches de $T = 60$.

Le graphique en annexe 10 illustre de manière plus détaillée la distribution de la population de référence par rapport à l'échelle de l'indice de sévérité globale. A ce sujet, quand on regarde la distribution de cette échelle, on remarque que quatre personnes présentent des valeurs T trop élevées par rapport aux valeurs préétablies. Malgré le fait que ces quatre personnes ne remplissent pas les critères, on les a retenues. Cette décision a été prise car les valeurs des autres échelles, même pour les personnes qui montrent un indice de sévérité globale acceptable, ont des valeurs T élevées pour d'autres échelles. On peut ainsi conclure que l'échantillon rentre dans le rang normal, mais pas pour certaines échelles.

Par contre, la distribution des scores de l'échantillon pour l'échelle d'introversion-extraversion se présente ainsi :

Schéma 15: Moyennes et fréquences de la population de référence en fonction de la dimension bipolaire introversion-extraversion



Etant donné que les indices, tels que la moyenne ($m = 11.86$, $s = 4.03$) et le médian (12.00, min. = 4.00; max. = 20.00) sont très proches et que la distribution de la population de référence s'approche d'une distribution normale, les sujets ont été répartis dans les deux groupes à partir de la valeur de 12. Ainsi, les personnes présentant des valeurs >12 ont été regroupées dans le groupe d'« extraversion » et celles avec des valeurs ≤ 12 ont été regroupées dans le groupe d'« introversion ». Après cette étape, les sujets des deux groupes ont été répartis équitablement chez les deux thérapeutes.

5.1.4 Synthèse des analyses préliminaires

L'échantillon ne correspond pas à une population normative. En effet, pour certaines échelles en particulier et surtout pour quatre sujets, la charge psychique dépasse les critères préfixés. Dans cette perspective, la moyenne de l'échelle de l'indice de sévérité globale du questionnaire SCL-90-R (Derogatis, in Franke 1994) s'élève à .59 ($T = 61$) proche du seuil ($T = 60$) qui, par rapport à la population de référence, correspond à la valeur à partir de laquelle une charge psychique est manifeste. Ce résultat semble tout de même avantageux pour la réalisation des entretiens psychologiques, car il s'approche de la réalité clinique sans que la charge psychique soit vécue d'une manière trop invalidante pour le sujet lui-même. L'expérimentation à ce moment donné peut être entreprise sans trop s'attendre à des effets néfastes.

La répartition des sujets dans les deux groupes, respectivement d'introversion et d'extraversion, a pu être réalisée grâce à la distribution favorable de l'échantillon de référence.

5.2. ANALYSES STATISTIQUES SELON LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

5.2.1 Hypothèses groupe 1: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, au cours du processus thérapeutique

Hypothèse 1.1a

Les deux interventions approfondissantes augmentent le traitement explicatif chez le client, en comparaison avec l'intervention non-spécifique.

Afin de mesurer l'impact des *interventions approfondissantes* sur le *niveau de traitement explicatif des clients* on a choisi d'effectuer des analyses de variance à mesures répétées. Les résultats montrent que les trois conditions expérimentales, en tant que facteur *intervention intra-sujet*, ont un impact différent et significatif sur le niveau du *traitement explicatif du client*. Les moyennes et valeurs statistiques distinctes en fonction des interventions sont présentées ci-dessous.

Le tableau à la page suivante illustre que les moyennes de l'*échelle du niveau du traitement explicatif du client* pour le *processus explicatif* s'élève à $m = 4.82$ ($s = .48$), pour la *flèche descendante* à $m = 5.26$ ($s = .25$), et pour l'*intervention non-spécifique* à $m = 4.06$ ($s = .41$).

Tableau 13: Moyennes et écarts-types des niveaux du traitement explicatif des clients en fonction des trois interventions expérimentales

	Thérapeutes	Moyennes	Écarts-types
mcepe	1	4.91	.45
	2	4.76	.49
	Total	4.82	.48
mcfl	1	5.27	.23
	2	5.25	.27
	Total	5.26	.25
mce	1	4.06	.39
	2	4.07	.43
	Total	4.06	.41

THERA = Thérapeutes 1 et 2; mcepe = processus explicatif du client; mcfl = flèche descendante du client; mce = entretien non-spécifique du client.

Tableau 14: Valeurs F significatives des trois conditions expérimentales globales et contrastées

	dl	F	Eta
Interventions globales	2	181.1*	.76
Interventions contrastées			
Processus explicatif vs. Entretien non-spécifique	1	109.53*	.66
Flèche descendante vs. Entretien non-spécifique	1	384.85*	.87

* $p < .001$

Ainsi, comme d'après l'hypothèse principale, les deux *interventions approfondissantes* amènent le client à un niveau du traitement explicatif nettement plus élevé que *l'intervention non-spécifique*. De plus, on peut constater que ces analyses ne montrent pas d'effet du facteur *inter-sujets* «séquence». A ce sujet, on se réfère aux six groupes de sujets qui ont été traités selon des séquences de trois interventions permutées. On note aussi que le facteur «*thérapeute*» ne montre aucun effet significatif direct non plus : $F_{(2)} = .56$; $p < .001$; $Eta = .01$ et ceci ni en interaction avec les trois interventions ou par rapport aux trois conditions contrastées pour lesquelles les valeurs statistiques se trouvent dans le tableau à la page suivante.

Tableau 15: Valeurs F non significatives des trois conditions expérimentales globales et contrastées en fonction du thérapeute

	dl	F	Eta
Interventions globales	2	1.10	.01
Interventions contrastées			
Processus explicatif vs. Entretien non-spécifique	1	1.51	.02
Flèche descendante vs. Entretien non-spécifique	1	.08	.00

* $p < .001$

Hypothèse 1.1b

Les deux interventions approfondissantes auront un impact différentiel sur les deux types de clients. Les clients extravertis profiteront plus de la flèche descendante, les clients introvertis profiteront plus du processus explicatif.

L'effet spécifique des *interventions approfondissantes* par rapport à la dimension bipolaire d'*introversion-extraversion*, calculée par l'analyse de variance à mesures répétées, n'a pas pu être statistiquement démontré. Et cela, ni du côté *client* par rapport au *niveau du traitement explicatif*, en tant que facteur «*intervention*» *intra-sujet* (cf. tableau 18), ni du côté *thérapeute* en ce qui concerne son *offre de traitement* (cf. tableau 19). Le tableau à la page suivante illustre les moyennes des niveaux du traitement explicatif du client pour les trois types d'interventions.

Tableau 16 : Moyennes et écarts-types des niveaux du traitement explicatif des clients en fonction des trois interventions expérimentales par rapport à la dimension d'introversion-extraversion

	Intr/Ext	Moyennes	Écarts-types
mcpe	1	4.91	.41
	2	4.72	.54
	Total	4.82	.48
mcfl	1	5.27	.27
	2	5.25	.23
	Total	5.26	.25
mce	1	4.00	.40
	2	4.13	.41
	Total	4.06	.41

Intr/Ext = 1 Introverti / 2 Extraverti; mcpe = processus explicatif du client; mcfl = flèche descendante du client; mce = entretien non-spécifique du client.

Le tableau ci-dessous par contre illustre que les moyennes du niveau de l'offre de traitement du thérapeute sont encore plus élevées que celles du niveau de traitement explicatif du client.

Tableau 17: Moyennes et écarts-types des niveaux de l'offre de traitement des thérapeutes en fonction des trois interventions expérimentales par rapport à la dimension d'introversion-extraversion

	Intr/Ext	Moyennes	Écarts- types
mtpe	1	5.23	.61
	2	4.93	.71
	Total	5.09	.67
mtfl	1	5.89	.44
	2	5.79	.42
	Total	5.84	.43
mte	1	3.51	.25
	2	3.51	.31
	Total	3.51	.27

Intr/Ext = 1 Introverti / 2 Extraverti; mtpe = processus explicatif et offre du thérapeute; mtfl= flèche descendante et offre du thérapeute; mte = entretien non-spécifique et offre du thérapeute.

Tableau 18: Valeurs F non significatives des trois conditions expérimentales globales et contrastées par rapport à la dimension bipolaire d'introversion-extraversion se référant au niveau de traitement explicatif du client

	dl	F	Eta
Interventions globales	2	3.40	.05
Interventions contrastées			
Processus explicatif vs. Entretien non-spécifique	1	5.18	.08
Flèche descendante vs. Entretien non-spécifique	1	1.38	.02

* p<.001

Tableau 19: Valeurs F non significatives des trois conditions expérimentales globales et contrastées par rapport à la dimension bipolaire d'introversion-extraversion se référant à l'offre de traitement du thérapeute

	dl	F	Eta
Interventions globales	2	.55	.01
Interventions contrastées			
Processus explicatif vs. Entretien non-spécifique	1	.09	.00
Flèche descendante vs. Entretien non-spécifique	1	.54	.01

* p<.001

Malgré que les résultats statistiques ne soient pas significatifs, les moyennes sont légèrement plus élevées pour les *interventions approfondissantes* et pour les personnes *introverties*.

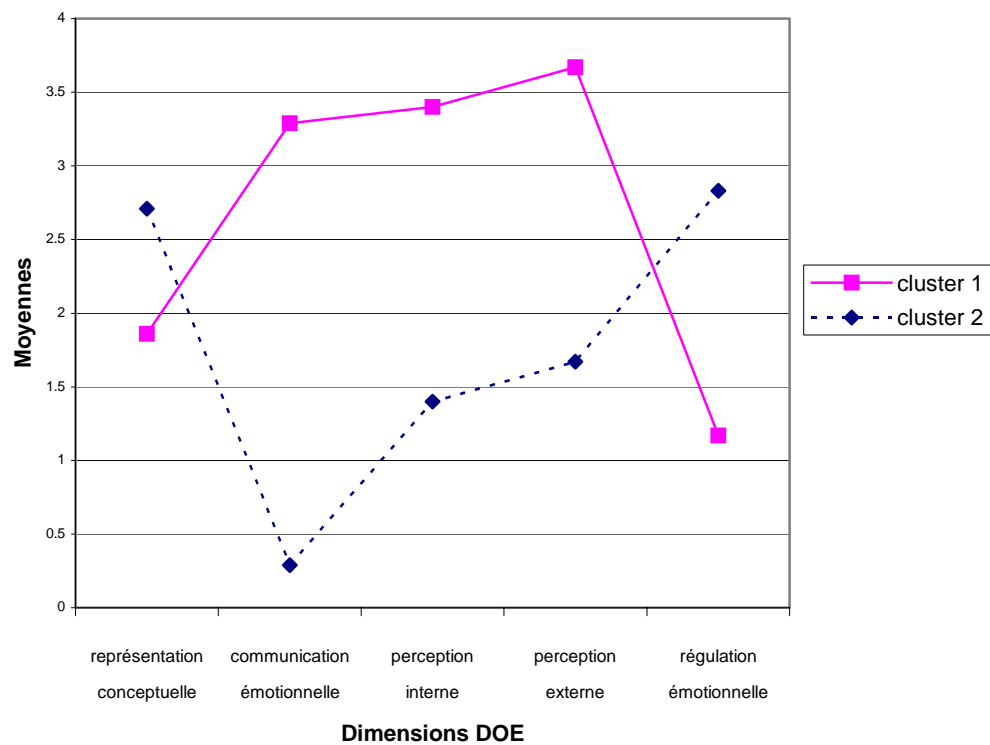
Hypothèse 1.2a

Les sujets présentant un profil d'ouverture émotionnelle plus favorable profiteront plus de l'offre d'un traitement explicatif.

Les analyses en cluster effectuées sur les variables du questionnaire sur l'ouverture émotionnelle DOE-TRAIT (Reichert, 1998) proposent une solution à deux clusters (n = 28, n = 32). Ces deux groupes se distinguent par rapport au niveau de leur traitement explicatif lors de l'intervention *processus explicatif* (t = 2.06; p<.05). Le tableau à la page suivante illustre les

moyennes des niveaux du processus explicatif pour les trois interventions expérimentales. Les différences semblent spécifiques et tendanciellement significatives seulement pour le *processus explicatif* ($m = 4.70$ vs $m = 4.93$). Donc, les sujets présentant un profil avec une régulation émotionnelle plus élevée, une perception des indicateurs corporels (internes et externes) et une expression / communication émotionnelle plus basses semblent profiter davantage de l'offre d'un traitement explicatif que les sujets présentant le profil inverse. Si on compare par contre les autres deux conditions, les personnes n'agissent pas différemment lors des deux autres interventions; pour la *flèche descendante* : $m = 5.24$ vs $m = 5.28$, et pour *l'intervention non-spécifique* : $m = 4.08$ vs $m = 4.05$.

Schéma 15: Moyennes des niveaux du processus explicatif du client en fonction des deux groupes représentant des profils d'ouverture émotionnelle différents



Hypothèse 1.2b

Les sujets caractérisés par une personnalité introvertie et avec un profil d'ouverture émotionnelle plus favorable profiteront plus du processus explicatif.

Dans cette perspective, la personnalité introvertie évaluée par le questionnaire E.P.I (Eisenck et al., 1971) une semaine avant l'entretien, et avec un *profil d'ouverture émotionnelle, DOE-TRAIT* (Reicherts, 1998) plus favorable, peut plus profiter du *processus explicatif (Explizierung)*. Pour mettre en évidence cette relation, on a appliqué une analyse de régression multiple avec les deux prédicteurs: $R^2 = .08$; $F = 1.05$; $p < .39$. La dimension *introversion* et certaines dimensions du *DOE* ne prédisent pas les valeurs du *processus explicatif (Explizierung)*.

Hypothèse 1.3a

Les sujets présentant une charge psychique plus élevée profiteront davantage de la flèche descendante.

Les corrélations bivariées illustrées dans le tableau ci-dessous, montrent que le score du *general symptom index GSI* du questionnaire psychopathologique SCL-90-R (Derogatis in Franke, 1994) s'avère être une covariable très significative. Les sujets présentant un *general symptom index* plus élevé, s'engagent dans un traitement explicatif plus élevé, et ceci lors de l'intervention *flèche descendante*. Cet effet non significatif est observé dans une moindre mesure lors du *processus explicatif (Explizierung)*, et il est absent lors de l'*intervention non-spécifique*. A part le score GSI, les scores des autres échelles, comme ceux des échelles d'insécurité, de l'anxiété, de la phobie et de la dépression, présentent pour la plupart, sauf pour la dernière échelle, des corrélations très significatives avec la *flèche descendante (downward arrow technique)*. Pour le *processus explicatif (Explizierung)* et pour l'*intervention non-spécifique* ces effets ne sont pas constatés.

Tableau 20: Corrélations entre les scores respectifs des échelles du questionnaire psychopathologique SCL-90-R et les niveaux du traitement explicatif des trois interventions expérimentales

	MCPE	MCF	MCE
SCLSOM	-.04	.31*	.18
SCLOBS	.20	.17	.31*
SCLINSE	.23	.37**	.12
SCLDEPR	.19	.30*	.24
SCLANXIE	.17	.35**	.28*
SCLAGG	.06	.25	.13
SCLPHO	.22	.41**	.19
SCLPARA	.15	.19	.24
SCLPSY	.12	.09	.29*
SCLGSI	.16	.33**	.27*

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

MCPE = processus explicatif et niveau de traitement explicatif du client; MCF = flèche descendante et niveau de traitement explicatif du client; MCE = entretien non-spécifique et niveau de traitement explicatif du client. SCLSOM = Echelle de somatisation; SCLOBS = Echelle obsession-compulsion; SCLINSE; Echelle d'insécurité sociale; SCLDEPR = Echelle de dépression; SCLANXIE = Echelle d'anxiété; SCLAGG = Echelle d'agressivité; SCLPHO = Echelle phobique; SCLPARA = Echelle paranoïde; SCLPSY = Echelle psychotique; SCLGSI = Index de sévérité globale.

Hypothèse exploratoire 1.3b

Plus les sujets présentent la particularité d'avoir le locus de contrôle plus ils profiteront de la flèche descendante.

Le questionnaire *internal locus of control*, IPC (Krampen, 1981), évalué par le sujet une semaine avant l'entretien pourrait prédire le *niveau du processus explicatif* de la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). Ainsi, les personnes présentant dans la *dimension internalité (I)* des valeurs élevées profiteraient plus de la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). Cette mesure a été effectuée par la corrélation bivariée et on observe les résultats suivants (cf. page suivante) :

Tableau 21: Corrélations entre les scores des trois dimensions du questionnaire IPC et les moyennes des niveaux du processus explicatif des trois interventions expérimentales

	MCPE	MCF	MCE
MCPE	1	.45**	.19
MCF		1	.11
MCE			1
SI-IPC	.12	.10	.14
SP-IPC	.03	-.05	.01
SC-IPC	-.06	.15	.10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

MCPE = moyenne du niveau de traitement explicatif du client pour le processus explicatif; MCF = moyenne du niveau de traitement explicatif du client pour la flèche descendante; MCE = moyenne du niveau de traitement explicatif du client pour l'intervention non-spécifique; SI-IPC = dimension internalité de l'IPC; SP-IPC = dimension externalité, impuissance de l'IPC; SC-IPC = dimension externalité, fatalisme de l'IPC.

D'après ces résultats, on ne peut observer aucune corrélation significative entre les moyennes des *niveaux du traitement explicatif du client* des trois interventions expérimentales et les trois dimensions du questionnaire de l'IPC.

5.2.2 Synthèse des résultats observés pour les hypothèses du groupe 1

L'ensemble des résultats montre que les trois interventions expérimentales en tant que facteur *intervention intra-sujet* influencent significativement et d'une façon différenciée le niveau du traitement explicatif du client. A ce sujet, il ressort clairement que les *interventions approfondissantes* amènent le sujet à un niveau du traitement explicatif nettement plus élevé que l'intervention non-spécifique. D'autre part, on ne constate aucun effet du facteur *inter-sujet* « séquence ». En ce qui concerne l'*offre thérapeutique du traitement explicatif*, on retrouve des résultats similaires, mais plus accentués.

L'effet spécifique des *interventions approfondissantes* en tenant compte de la dimension bipolaire d'*introversion-extraversion* n'a pas fourni de résultats significatifs. Par contre, le *profil d'ouverture émotionnelle favorable* a mis en valeur de manière tendanciellement significative le *processus explicatif*

(*Explizierung*). Ainsi, les sujets qui présentent un profil de régulation émotionnelle plus favorable profitent davantage de l'offre d'un traitement explicatif que les sujets qui adhèrent au profil inverse. Toutefois, l'*introversion* avec un *profil d'ouverture émotionnelle* favorable, ne semble pas avoir une influence sur le *processus explicatif* (*Explizierung*). De plus, la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), semble avoir un effet significatif sur l'engagement dans un traitement explicatif de la part des sujets, surtout pour ceux qui présentent une charge psychique élevée. Par contre, elle ne montre pas d'effet sur la dimension *internalité* de l'*IPC*, qui concerne le fait d'avoir le contrôle sur sa propre vie.

5.2.3 Hypothèses groupe 2: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes en fonction des caractéristiques des clients, à la fin de l'entretien initial.

Hypothèse 2

Les deux interventions approfondissantes auront plus d'impact que l'intervention non-spécifique concernant les problèmes traités par rapport à l'importance personnelle et la motivation pour le changement.

Les réévaluations des trois problèmes personnels des clients, effectuées après la séance et comparées aux mêmes évaluations lors du pré-test, ont diminué de manière générale et significative d'une part pour l'*importance personnelle*, d'autre part pour la *motivation pour le changement*. Les résultats obtenus d'après les analyses de variances à mesures répétées sont résumés dans le tableau à la page suivante.

Tableau 22: Valeurs *F* significatives, moyennes et écarts-types par rapport aux trois problèmes présentés avant et après la séance

Variables	F	dl	p	Mavant	s	Maprès	s
IMPP 1	11.27	1,57	.01	8.23	1.47	7.50	1.84
IMPP 2	9.77	1,55	.03	7.25	2.01	6.62	2.30
IMPP 3	3.90	1,54	.53	6.59	2.11	6.00	2.26
MPCH 1	1.00	1,57	.32	7.60	1.76	7.38	2.14
MPCH 2	2.02	1,57	.16	6.85	2.31	6.41	2.40
MPCH 3	6.39	1,55	.01	6.60	2.14	5.77	2.68

IMPP 1 = importance personnelle du problème 1; IMPP 2 = importance personnelle du problème 2; IMPP 3 = importance personnelle du problème 3; MPCH 1 = motivation pour le changement du problème 1; MPCH 2 = motivation pour le changement du problème 2; MPCH 3 = motivation pour le changement du problème 3.

Cependant, les problèmes traités par l'une des trois interventions expérimentales ne se distinguent pas de manière systématique quant aux changements de ces évaluations. D'après ces résultats donc, les trois interventions ne semblent pas avoir des effets différentiels sur l'*importance personnelle* et la *motivation* liées aux problèmes proposés par les sujets. De plus, le premier et le deuxième des trois problèmes posés obtiennent une réévaluation plus marquée que le troisième par rapport à leur *importance*, tandis que c'est surtout le troisième problème qui diminue en *motivation pour le changement*.

Les deux schémas à la page suivante illustrent les résultats des évaluations de l'*importance personnelle* d'une part et de la *motivation pour le changement* d'autre part, par rapport aux trois interventions.

Schéma 16 : Moyennes de l'importance personnelle avant et après la séance en fonction des trois interventions expérimentales

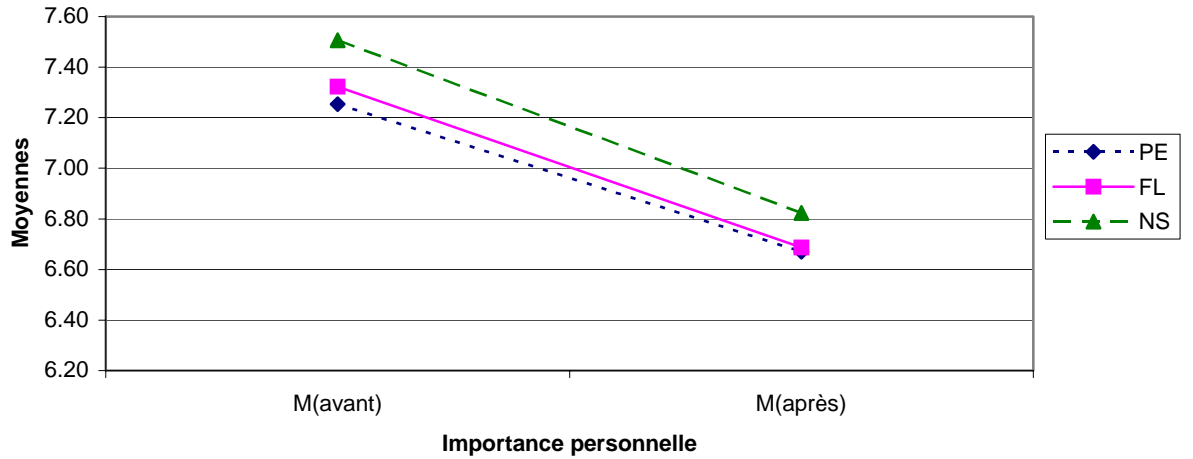
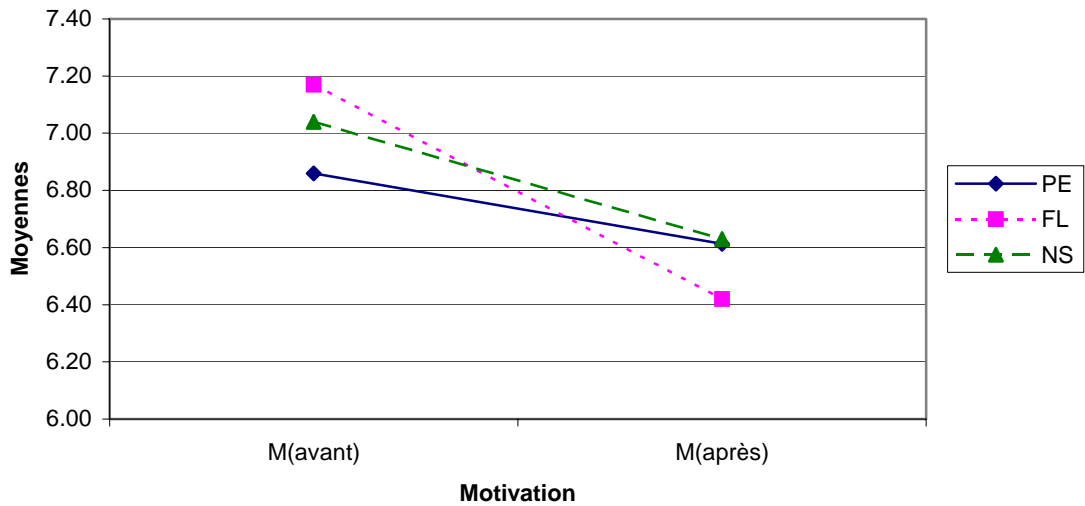


Schéma 17: Moyennes de la motivation pour le changement avant et après la séance en fonction des trois interventions expérimentales



Hypothèse 2.1a

Les arguments explicatifs attribués aux raisons personnelles sur la cause du problème seront différents après l'application des interventions approfondissantes.

Afin de vérifier si des différences significatives se retrouvent entre les arguments explicatifs attribués aux *raisons personnelles* sur la cause du problème présenté par le sujet avant et après l'application des trois interventions expérimentales, on a appliqué le Q-test de Cochran pour des échantillons dépendants. Plus précisément, les arguments des clients avant et après la séance thérapeutique ont été classifiés selon 6 catégories différentes (cf. annexe 11). Ainsi, on a comparé la classification d'après ces catégories avant et après la séance. Si après la séance on avait constaté un changement de catégorie ou un approfondissement d'un thème spécifique de la même catégorie, alors dans ce cas, la valeur 1 était attribuée (changement d'argumentation après la séance). Si par contre, après la séance, les catégories étaient inchangées ou lorsque dans la même catégorie un thème spécifique ne présentait aucun approfondissement ultérieur, la valeur 0 était alors attribuée (aucun changement d'argumentation après la séance). Pour cette analyse, la valeur statistique s'élève à $Q_{(5)} = 15.57$; $p = .45$, ce qui montre que la différence entre les arguments explicatifs attribués aux *raisons personnelles* avant et après, pour les trois interventions expérimentales, n'est pas significative. L'hypothèse n'a donc pas pu être confirmée. Le tableau à la page suivante illustre les fréquences obtenues.

Tableau 23: Fréquences des arguments explicatifs attribués aux raisons personnelles sur la cause du problème présenté en fonction des trois interventions expérimentales

	Valeurs	
	0	1
RAPE	32	16
RAFL	30	18
RAE	26	22

0 = pas de changement après la séance; 1 = changement après la séance; RAPE = arguments des raisons personnelles pour le processus explicatif; RAFL = arguments des raisons personnelles pour la flèche descendante; RAE = arguments des raisons personnelles pour l'intervention non-spécifique

Hypothèse 2.1b

Le souvenir d'une situation difficile dans le passé proche ou lointain par rapport au problème présenté variera selon les interventions approfondissantes.

Sur la base des mêmes arguments précédents, on a aussi utilisé le Q-test de Cochran. Dans ce cas aussi, on a suivi les mêmes principes pour la classification des arguments que précédemment. Ainsi, en appliquant les mêmes catégories (cf. annexe 11), on a comparé les arguments avant et après la séance. Si après la séance les arguments changeaient de catégorie ou lorsqu'on pouvait constater un approfondissement de la même catégorie, alors on a accordé la valeur 1 (souvenir d'une situation difficile dans le passé après la séance, changement). Si après la séance les catégories restaient inchangées ou lorsqu'il n'y avait pas d'approfondissement pour la même catégorie, on a attribué la valeur 0 (pas de souvenir d'une situation difficile dans le passé après la séance, pas de changement). Ainsi, le résultat montre que le souvenir d'une situation difficile dans le passé proche ou lointain avant et après l'application des interventions expérimentales n'a changé de manière significative pour aucune des interventions : $Q_{(2)} = .53$; $p = .74$. Cette fois aussi, l'hypothèse n'a pas pu être confirmée.

Le tableau ci-dessous illustre les fréquences obtenues.

Tableau 24: Fréquences des souvenirs d'une situation difficile dans le passé proche ou lointain en relation avec le problème présenté en fonction des trois interventions expérimentales

	Valeurs	
	0	1
RAPE	25	16
RAFL	26	15
RAE	28	13

0 = pas de changement après la séance; 1 = changement après la séance; PASPE = souvenir d'une situation difficile pour le processus explicatif; PASFL = souvenir d'une situation difficile pour la flèche descendante; PAE = souvenir d'une situation difficile pour l'intervention non-spécifique

Hypothèse 2.2

L'évaluation du problème présenté à l'aide de l'échelle de l'évaluation des buts à atteindre (EBA) variera lors de l'application des interventions approfondissantes.

Les résultats de l'analyse de variance n'ont pas pu confirmer l'hypothèse attendue. En effet, *l'échelle de l'évaluation des buts à atteindre* n'a pas varié significativement après l'entretien. On n'a donc pas pu constater une influence particulière des interventions approfondissantes : $F_{(2)} = .167$; $p = .84$.

Voici les résultats observés :

Tableau 25: Différences de moyennes et signification de l'échelle de l'évaluation des buts à atteindre après l'entretien en fonction des trois interventions expérimentales

(I) EBAPEFLE	(J) EBAPEFLE	Moyenne Différence (I-J)	Erreur standard	p
1.0	2.0	.0230	.04	.57
	3.0	.0148	.04	.71
2.0	1.0	-.0230	.04	.57
	3.0	-.0082	.04	.84
3.0	1.0	-.0148	.04	.71
	2.0	.0082	.04	.84

EBAPEFLE = 1 processus explicatif ; 2 flèche descendante; 3 intervention non-spécifique.

Hypothèse 2.3

L'ensemble des interventions produiront un changement au niveau des émotions de base.

L'échelle d'émotions différentielles d'Izard (in Wildlöcher, 1990), d'où on a retenu les quatre facteurs parmi les dix proposés par Izard selon l'analyse factorielle qui tient compte des émotions de base, a montré un changement de ces émotions après l'entretien par rapport au début de ce même entretien. Cette modification a pu être constatée globalement, c'est-à-dire après l'application des trois interventions expérimentales et non séparément en fonction de chaque intervention. La variation des émotions a été analysée par un t-test sur échantillons apparié. Selon ces résultats, la seule différence significative est observée pour la *colère*. Le tableau à la page suivante présente les moyennes, les écarts-types et les valeurs t des émotions de base avant et après l'entretien.

Tableau 26: Moyennes, écarts-types et valeurs t des émotions de base avant et après l'entretien pour l'ensemble des interventions expérimentales

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Différences pré-post	t	dl	p
P1	JOIEAV	3.47	60	1.51	.19	-0.10	0.57	59	0.56
	JOIEAP	3.37	60	1.49	.19				
P2	COLAV	1.47	59	1.65	.21	-0.54			0.02
	COLAP	0.93	59	1.46	.19		2.40	58	
P3	SURPAV	1.85	57	1.76	.23	-0.01			0.94
	SURPRAP	1.84	57	1.77	.23			56	
P4	DECAV	1.45	60	1.55	.20	-0.25	0.06		0.13
	DECAP	1.19	60	1.43	.18		1.49	59	

P1 = paire 1 ; JOIEAV = joie avant l'entretien ; JOIEAP = joie après l'entretien ; P2 = paire 2 ; COLAV = colère avant l'entretien ; COLAP = colère après l'entretien ; P3 = paire ; SURPAV = surprise avant l'entretien ; SURPRAP = surprise après l'entretien ; P4 = paire 4 ; DECAV = découragement avant l'entretien ; DECAP = découragement après l'entretien.

Hypothèse 2.4

L'ensemble des interventions auront un effet sur l'ouverture émotionnelle state.

Le questionnaire d'ouverture émotionnelle *DOE-STATE* (Reichert, 1998) introduit après l'entretien a été comparé avec le *DOE-TRAIT* avant l'entretien. La mesure réalisée fait référence à l'ensemble des interventions expérimentales. Celles-ci n'ont donc pas été évaluées distinctivement. Afin de mettre en évidence l'impact des interventions expérimentales, on a utilisé le t-test pour échantillons appariés pour chaque dimension du DOE séparément.

Les résultats suivants ont été observés:

Tableau 27: Moyennes, écarts-types et valeurs t en fonction des dimensions DOE-TRAIT avant la séance et celles du DOE-STATE après la séance sur l'ensemble des interventions expérimentales

Variables	Mav.	s	Map.	s	Diff.ap.	s	t	dl	p
REPCON	2.38	.83	2.54	.66	-0.16	.88	-1.40	59	.16
EMOCOM	2.27	.91	3.24	.68	-0.97	1.03	-7.24	59	.00
PERINT	1.91	.12	1.81	.92	-0.10	1.10	0.70	59	.48
PEREXT	2.27	.90	2.36	.78	-0.08	.97	-0.70	59	.48
REGEMO	1.95	.64	1.79	.61	0.16	.82	1.50	59	.13

Mav. = moyenne avant la séance des dimensions du DOE-TRAIT; Map. = moyenne après la séance des dimensions du DOE-STATE; Diff.ap. = différence appariée; REPCON = représentation conceptuelle des émotions; EMOCOM = communication et expression émotionnelle; PERINT = perception des indicateurs émotionnels internes; PEREXT = perception des indicateurs émotionnels externes; REGEMO = régulation émotionnelle

L'ensemble des résultats montre que seule la dimension *EMOCOM* présente une différence significative.

Les analyses plus approfondies des moyennes individuelles des dimensions pour chaque questionnaire illustrent que les moyennes augmentent après l'entretien, sauf pour les dimensions PERINT et REGEMO.

5.2.4 Synthèse des résultats observés pour les hypothèses du groupe 2

Les effets après séance pour l'*importance personnelle* et la *motivation au changement* ont diminué généralement d'une manière significative. Les *problèmes personnels traités* par l'une des trois interventions expérimentales ne se distinguent pas de manière systématique. Ainsi, d'après les résultats, les trois interventions ne semblent pas avoir des effets différentiels sur l'importance et la motivation liées aux problèmes proposés par les sujets.

En ce qui concerne l'impact des *interventions approfondissantes* après l'entretien sur les arguments explicatifs attribués aux *raisons*

personnelles sur la cause du problème, sur le souvenir d'une *situation difficile dans le passé* et sur l'*échelle de l'évaluation des buts à atteindre*, on n'a pas observé de résultats significatifs.

Pour les *émotions de base*, une seule émotion, la *colère*, a diminué aussi d'une façon significative, alors que les autres émotions diminuent, mais les différences ne sont pas significatives.

L'ouverture émotionnelle du DOE-TRAIT par rapport au DOE-STATE a pu montrer une différence significative après l'entretien pour une seule dimension, à savoir la communication et expression émotionnelle EMOCOM, qui augmente. Pour les autres dimensions, les différences ne sont pas significatives, mais on observe une variation des moyennes après l'entretien.

5.2.5 Hypothèses groupe 3: Impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général, une semaine après l'entretien initial.

Hypothèse 3.1

L'évaluation de la séance thérapeutique sera meilleure pour les interventions approfondissantes.

L'effet du *questionnaire pour le client* appliqué une semaine après l'entretien a été mesuré par une analyse de variance à mesures répétées. Le questionnaire est composé de deux dimensions, la *relation thérapeutique* et l'*effet thérapeutique*. Pour chaque dimension, on a calculé l'analyse de variance séparément. L'évaluation du questionnaire par le sujet sur le problème traité correspond en même temps aux trois interventions expérimentales. C'est pour cette raison qu'on a pu, à partir de ce questionnaire, reconstruire l'évaluation du sujet pour chaque intervention expérimentale. D'après les résultats, on peut noter que les trois interventions expérimentales en tant que *facteur intra-sujet* n'ont pas d'influence significative sur l'évaluation de la dimension *relation thérapeutique* du client.

Les moyennes respectives des trois interventions expérimentales sont les suivantes:

Tableau 28: Moyennes et écarts-types de la dimension « relation thérapeutique » en fonction des trois interventions expérimentales (n = 41)

	Moyenne	Ecart-type
RELAPE	1.20	1.16
RELAFL	.96	1.53
RELAE	.85	1.45

RELAPE = dimension relation thérapeutique et processus explicatif; RELAFL = dimension relation thérapeutique et flèche descendante; RELAE = dimension relation thérapeutique et intervention non-spécifique

Malgré que les différences entre les trois interventions ne soient pas significatives ($F = 1.2$; $p = .29$; $\text{Eta} = .03$ n.s), on remarque que les moyennes des *interventions approfondissantes* sont plus élevées que pour *l'intervention non-spécifique*. C'est pour le *processus explicatif* que la moyenne est la plus élevée.

Pour la dimension *effet thérapeutique*, les moyennes des trois interventions expérimentales sont les suivantes:

Tableau 29: Moyennes et écarts-types de la dimension « effet thérapeutique » pour les trois interventions expérimentales (n = 48)

	Moyenne	Ecart-type
EFFETPE	.67	1.18
EFFETFL	.39	1.12
EFFETE	.22	1.34

EFFETPE = dimension effet thérapeutique et processus explicatif; EFFETFL = dimension effet thérapeutique et flèche descendante; EFFETE = dimension effet thérapeutique et intervention non-spécifique

On constate que pour cette dimension aussi, le *processus explicatif* présente la moyenne la plus élevée, suivi par la *flèche descendante*.

La valeur statistique se présente ainsi : $F = 3.43$; $p = .03$; $\text{Eta} = .06$. Pour cette dimension, les trois interventions expérimentales en tant

que facteur *intra-sujet* montrent une influence significative sur l'évaluation du client.

A ce sujet, les valeurs du facteur *intra-sujet* des interventions expérimentales mises en contraste montrent que la valeur F est significative pour le *processus explicatif* contrasté avec l'*intervention non-spécifique* : $F = 7.45$; $p = .00$; $\text{Eta} = .13$, alors que pour la *flèche descendante* ce n'est pas le cas : $F = .82$; $p = .82$; $\text{Eta} = .01$.

D'autres analyses ont été effectuées afin d'observer si l'*ordre des problèmes* traités par le sujet a une influence sur l'évaluation du client. On a à nouveau appliqué une analyse de variance à mesures répétées. Pour la dimension *relation thérapeutique*, on a observé que les trois problèmes présentés par le sujet en tant que *facteur intra-sujet* n'ont pas une influence significative : $F = .38$; $p = .68$; $\text{Eta} = .00$.

Les moyennes des *problèmes présentés* par le sujet pour cette dimension sont les suivantes:

Tableau 30: Moyennes et écarts-types de la dimension « relation thérapeutique » pour les trois problèmes présentés par le sujet lors de l'entretien ($n = 41$)

	Moyenne	Ecart-type
PB1RELA	1.07	1.22
PB2RELA	.89	1.43
PB3RELA	1.05	1.53

PB1RELA = problème 1 et dimension de la relation thérapeutique; PB2RELA = problème 2 et dimension de la relation thérapeutique; PB3RELA = problème 3 et dimension de la relation thérapeutique

Mêmes si les moyennes ne sont pas significatives, on peut constater que les valeurs présentées pour le problème 1 et pour le problème 3 sont les plus élevées.

D'après le même principe, pour la dimension *effet thérapeutique*, la valeur statistique pour les *trois problèmes présentés* par le sujet en tant que *facteur intra-sujet* s'élève à $F = .72$; $p = .48$; $\text{Eta} = .01$.

Les moyennes des problèmes présentés par les sujets sont les suivantes:

Tableau 31: Moyennes et écarts-types de la dimension « effet thérapeutique » pour les trois problèmes présentés par le sujet lors de l'entretien (n = 48)

	Moyenne	Ecart-type
PB1RELA	1.07	1.22
PB2RELA	.89	1.43
PB3RELA	1.05	1.53

PB1EFF = problème 1 et dimension de l'effet thérapeutique; PB2EFF = problème 2 et dimension de l'effet thérapeutique; PB3RELA = problème 3 et dimension de la l'effet thérapeutique

5.2.6 Synthèse des résultats observés pour les hypothèses du groupe 3

En ce qui concerne les effets des interventions approfondissantes à moyen terme, on retrouve une différence significative pour la dimension *effet thérapeutique* du *questionnaire du client*. A ce sujet, le *processus explicatif* montre une différence significative par rapport à l'intervention non-spécifique, alors que pour la *flèche descendante (downward arrow technique)*, elle est absente. Pour la dimension *relation thérapeutique*, on ne constate aucune différence significative, mais dans ce cas aussi, le *processus explicatif (Explizierung)* présente la moyenne la plus élevée. Par rapport aux *trois problèmes présentés* par le sujet, on n'observe aucune différence significative pour les deux dimensions, mais les moyennes du premier et du troisième problème sont les plus élevées.

6. DISCUSSION

La discussion des résultats en lien avec les conceptions théoriques fournira un apport intéressant aux thérapeutes qui entament leur première séance thérapeutique avec un client qui se caractérise par différents problèmes et qui apporte sa personnalité entière forgée d'expériences passées. Ainsi, la transmission des résultats contribuera à préciser le diagnostic en vue d'une élaboration de stratégies thérapeutiques plus pertinentes et d'une maximisation des effets thérapeutiques.

6.1 REVUE DES RÉSULTATS LES PLUS INFLUENTS EN FONCTION DES GROUPES D'HYPOTHÈSES

Groupe 1: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général et plus spécifiquement en fonction de leurs caractéristiques dans l'immédiat, au cours du processus thérapeutique.

Pour l'hypothèse centrale qui postule que les *interventions approfondissantes* influencent le niveau de traitement explicatif des clients, les résultats confirment les affirmations préétablies. Dans l'analyse détaillée des effets *intra-clients*, on observe que les interventions se distinguent par le niveau de traitement explicatif. En effet, les modes de traitement explicatif pour la *flèche descendante* sont plus élevés que pour le *processus explicatif (Explizierung)*. La *flèche descendante (downward arrow technique)*, située en moyenne sur l'échelle des modes du traitement explicatif²³, à un niveau supérieur à 5, qui correspond à « *l'évaluation personnelle* », alors que la moyenne des modes du traitement explicatif pour le *processus explicatif (Explizierung)* se situe à un niveau supérieur à 4, « *évaluation* ». Ces résultats pourraient s'expliquer par la différence structurelle des

²³ Voir en annexe.

interventions approfondissantes. Comme on l'a vu dans la partie théorique (cf. 2.3.2, p. 99), la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), s'avère être très structurée et très ciblée, de telle façon qu'elle laisse peu de liberté au client d'aller dans n'importe quelle direction. En effet, chaque énoncé du client est ramené à « l'évaluation personnelle » quand le thérapeute applique la consigne « si c'était vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous ». La vigueur de cette méthode se retrouve aussi dans l'application individuelle pour le traitement de la dépression, par exemple. Ainsi, après un certain entraînement, cette intervention peut déjà être appliquée par le client lui-même sans la présence du thérapeute. Par contre, dans la conception originale de Sachse (1992), le *processus explicatif* (*Explizierung*) est un processus à part entière. Toutefois, il propose des techniques pour le réaliser *moment to moment*, ce qui permet finalement de s'approcher au *processus explicatif* (*Explizierung*) proprement dit. Ainsi, malgré que le *processus explicatif* ait été raccourci pour le rendre plus comparable à la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), il semble quand même garder sa caractéristique. Toutefois, même si le processus de *traitement du processus explicatif* (*Explizierung*) est manifestement plus lent, son influence est belle et bien présente si on le compare avec l'*intervention non spécifique*. Cette comparaison reflète l'*effet directionnel* du thérapeute (Sachse, 1992): l'offre du thérapeute représente un *vecteur de traitement*. Partant de cette perspective, et étant donné que dans cette recherche les interventions des thérapeutes étaient standardisées, on peut supposer que l'offre d'approfondissement pour le *processus explicatif* (*Explizierung*) des thérapeutes était optimisée. A part ces constatations, on peut généralement affirmer que les *interventions approfondissantes* dirigent et approfondissent le contenu verbal du client. En effet, l'*effet directionnel* est bien présent lorsqu'on le compare avec l'*intervention non-spécifique*. Dans ce cas, le thérapeute propose au contraire une offre thérapeutique vraisemblablement et généralement *aplatie* ou de *maintien*. Ainsi, le client n'arrive pas à approfondir de son propre gré.

En ce qui concerne les résultats des facteurs *inter-clients* « séquence », on ne constate aucun effet. On peut donc supposer

que les trois interventions montrent leur potentiel de changement lors de *l'entretien initial* et cela en dépit du moment précis de leur application, c'est-à-dire lors des premiers vingt minutes, au milieu ou à la fin de la séance. Ceci montre la vigueur des *interventions approfondissantes*. De plus, le changement des interventions thérapeutiques lors de l'entretien initial n'aurait pas d'influence, au moins à ce moment précis, sur le niveau d'approfondissement du client. Une telle constatation montre qu'une intervention efficace peut être appliquée à n'importe quel moment de l'entretien initial. D'un autre côté, pour le thérapeute, dans le cas de l'entretien initial, cela voudrait dire qu'il peut se tromper dans l'application d'une intervention et qu'il peut aussi se rattraper. Ainsi, on est à nouveau confronté à l'effet directionnel. Pour comprendre ces résultats, on peut aussi se référer à Caspar (in Ambühl et al., 1999; cf. p. 105) qui pense que les buts peu clairs du thérapeute peuvent être tout à fait acceptables, mais il faut que les clients aient l'impression que les buts correspondent réellement à ceux du thérapeute.

Toujours dans le cas des effets *inter-clients*, les thérapeutes provenant d'une orientation psychothérapeutique différente, thérapie centrée sur la personne ou thérapie cognitivo-comportementale, on ne constate pas d'influence générale en fonction de leur formation. Ces résultats ne sont pas surprenants si on tient compte que les thérapeutes ont appliqué rigoureusement les consignes du manuel thérapeutique après avoir profité d'un entraînement préalable. Les résultats indiquent plutôt que la standardisation de la démarche thérapeutique a été efficace. Ces remarques signifient pour l'entretien initial que les interventions provenant de différentes approches théoriques peuvent tout à fait être utilisées d'une façon productive par des thérapeutes qui adhèrent à d'autres courants thérapeutiques. Ainsi, on revient aux conceptions théoriques de Grawe (1994; cf. p. 70) qui se basent sur l'idée que les approches efficaces regroupent des éléments communs. Le but visé consiste à appliquer une intervention spécifique qui s'est montrée efficace pour une personne particulière et cela en dépit de la provenance de l'approche théorique.

Si on se réfère maintenant à l'*offre thérapeutique du traitement explicatif*, on constate que les différences entre les modes de l'offre des thérapeutes sont nettement plus marquées que celles des modes de traitement explicatif chez les clients. On retrouve des effets similaires pour les *interventions approfondissantes*, mais l'intervention non-spécifique se distingue nettement des autres interventions. Un niveau d'*offre thérapeutique de traitement explicatif* près de 6 « signification personnelle » (respectivement les moyennes pour le *processus explicatif (Explizierung)* $m = 5.09$; et pour la *flèche descendante (downward arrow technique)*, $m = 5.08$), confirme que les thérapeutes ont réalisé dans la majorité des échanges thérapeutiques une offre d'approfondissement pour les *interventions approfondissantes*. Ce résultat rejoint l'effet directionnel et productif de Sachse (1992). En ce qui concerne la recherche elle-même, elle confirme une fois de plus la conformité des thérapeutes et de la standardisation de l'ensemble des interventions, car dans l'*intervention non-spécifique*, on ne cherche pas à approfondir. Le fait que chez les clients le niveau de traitement explicatif soit plus élevé par rapport au niveau de l'offre thérapeutique de traitement (clients : 4.06 et thérapeute : 3.5) peut être expliqué en fonction des attentes des clients face à un entretien psychologique (cf. p. 124), dont le but consiste pour eux à diminuer leurs souffrances et obtenir du soutien.

Dans le cas des thérapeutes aussi, on ne trouve pas d'effet de séquence ou de la thérapeute elle-même, ce qui montre une fois de plus l'intégrité de la standardisation.

En ce qui concerne les caractéristiques des clients, on se réfère tout d'abord à la gestion émotionnelle des clients. L'analyse effectuée sur l'*ouverture émotionnelle* mesurée préalablement par le DOE-TRAIT (cf. chapitre 2.4.2) est mise en relation avec le niveau de traitement explicatif pour le *processus explicatif (Explizierung)* a permis de distinguer deux groupes différents de clients. Les clients qui montrent un niveau de traitement explicatif plus élevé présentent une régulation émotionnelle plus élevée (REGEMO), une perception des indicateurs émotionnels externes (PEREXT)/internes (PERINT) et une communication/expression (EMOCOM) plus basses. Ces différences se retrouvent uniquement pour le *processus explicatif (Explizierung)*, alors que pour les deux

autres interventions, les clients agissent différemment. Ces résultats sont au moins en partie plausibles. En effet, parmi les éléments déterminants pour un processus explicatif efficace décrit par Sachse (1992), il est fondamental que les clients se focalisent sur leur propre vécu intérieur. Il paraît donc assez évident que les clients présentant le profil émotionnel retrouvé dans cette étude soient plus aptes à entamer une clarification des déterminants internes. Donc, l'offre thérapeutique aurait plus d'impact auprès des personnes qui sont plutôt introverties (plus sérieuses) et qui n'éprouvent pas beaucoup d'implication corporelle d'affectivité. En effet, si on se réfère au profil d'ouverture émotionnelle (cf. p. 184) de ces personnes, on constate qu'on trouve une différence très marquée pour la communication émotionnelle (EMOCOM), alors que les autres clients se distinguent surtout par rapport à la communication émotionnelle (EMOCOM), et par la perception des indicateurs émotionnels externes (PEREXT) et internes (PERINT). Les autres dimensions, par contre, se situent dans la marge de normalité.

En tenant compte des études effectuées par Tscheulin (1992), on pourrait donner une explication au fait qu'on n'a pas trouvé de différences entre les clients par rapport au niveau de traitement explicatif pour la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). On peut avancer l'idée que la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), malgré qu'elle soit très structurée et ciblée, ne confronte pas beaucoup le sujet. Ainsi, elle peut convenir à la limite aux clients qui présentent un profil émotionnel plus favorable pour le processus explicatif. En effet, le thérapeute, dans l'application de cette technique, reprend l'énoncé du client en l'orientant, ce qui se distingue d'une intervention de confrontation où le thérapeute ramène le client aux énoncés contradictoires pour lui.

On peut mettre en relief les résultats de cette recherche avec une autre étude de Reicherts (2002, cf. p. 124) où il s'agissait de prédire la participation volontaire à un entretien psychologique, on a constaté que le profil d'ouverture émotionnelle pour certaines dimensions se présente au sens contraire de ce qu'on a trouvé. En effet, on y retrouve une communication et expression émotionnelle élevée (EMOCOM), une représentation conceptuelle des émotions

élevée (REPCON) et une perception des indicateurs émotionnels internes (PERINT) élevés. Toutefois, les différences trouvées semblent tout à fait être cohérentes. On peut supposer que les personnes qui s'engagent à participer à un entretien psychologique reflètent une ouverture émotionnelle qui permet de parler ouvertement de ses émotions. Ces clients apparaissent être plus orientés vers l'action. D'après ce profil, si on tient compte des résultats obtenus, ces sujets profiteraient cependant moins du *processus explicatif* (*Explizierung*).

L'hypothèse qui prévoyait que les personnes *introverties* profiteraient plus du *processus explicatif* (*Explizierung*) n'a pas pu être confirmée. Si on observe la distribution des clients dans les deux groupes se distinguant par rapport à la dimension *introversion/extraversion*, elle est bien représentative. Toutefois, les attentes n'ont pas été étayées, car la distribution qu'on peut observer est normale. Si on compare les résultats de la validité constructive du *DOE-TRAIT* de Reicherts (2002) avec la dimension *introversion/extraversion*, on constate qu'il n'y a pas de relation avec l'*introversion* et les dimensions du *DOE-TRAIT*. Selon les autres recherches donc, on ne retrouve pas de liens avec le DOE. D'après ces constats, la distribution des résultats vont vers cette étude.

En tenant compte d'autres caractéristiques des clients, l'hypothèse que la *charge psychique* des clients favorise le traitement explicatif pour la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), a pu être confirmée. En effet, les résultats montrent que les clients présentant un *GSI "general symptom index"* plus élevé dans le questionnaire psychopathologique (SCL-90-R), s'engagent dans un traitement explicatif plus élevé pour la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). Les explications avancées pour la première hypothèse au début de ce chapitre, se trouvent à nouveau confirmées par ces résultats supplémentaires. Il paraît de plus en plus évident que la structure et l'orientation très ciblées influencent favorablement le processus psychothérapeutique pour les personnes qui présentent une charge psychique élevée. Grawe (1998; cf. p. 111) affirme que lors de l'entretien initial, le client se trouverait dans un état de perte de contrôle. Ainsi, lorsqu'on applique la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), le

client retrouverait un certain contrôle par une structure claire. De plus, sa forme fait en sorte que la clarification des convictions personnelles se réalise assez rapidement ce qui permet d'avoir accès au schéma sous-jacent. Ce déroulement aide le client à comprendre assez brièvement son problème, ce qui lui apporte espoir et soutien. Pour le *processus explicatif* (*Explizierung*) par contre, on retrouve aussi un effet, mais moins important que pour la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). Le *processus explicatif* (*Explizierung*), comme on vient de l'indiquer, exerce son influence, mais cette intervention laisse plus grande liberté au client, ce qui se montre moins favorable pour une personne qui a besoin d'orientation. C'est pour cette raison que l'intervention *non-spécifique* perd toute son influence dans ce cas, puisque le problème est abordé, mais pas approfondi.

Une autre hypothèse qui supposait que les clients présentant un *contrôle* sur leur vie profiteraient plus de la *flèche descendante* (*Explizierung*), n'a pas pu être confirmée. Il apparaît donc que les clients qui ont l'impression d'avoir le contrôle et qu'on suppose agir activement à résoudre leurs problèmes ne soient pas sensibles à la structure donnée par la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), qui permettrait en principe au client de gagner encore un certain contrôle.

Groupe 2: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général et plus spécifiquement en fonction de leurs caractéristiques, à court terme, à la fin de l'entretien initial.

L'hypothèse qui tient compte de l'impact des *interventions approfondissantes* sur les problèmes traités par rapport à l'*importance personnelle* et la *motivation* pour le *changement* après la séance, n'a pas pu être tout à fait confirmée. En effet, les problèmes traités par l'une des trois interventions expérimentales ne se distinguent pas de manière systématique quant aux changements de ces évaluations. Il semblerait que les trois interventions ne montrent pas d'effets différentiels sur l'importance et la motivation liées aux problèmes proposés par les

clients. En effet, les réévaluations des trois problèmes ont diminué pour les trois interventions de manière générale et significative pour l'*importance personnelle* et la *motivation au changement*. Ces résultats montrent que même si on ne peut pas constater de différences significatives uniquement pour les *interventions approfondissantes*, celles-ci agissent sur l'ensemble de l'entretien. Les résultats précédents mettent bien en évidence qu'il y a un changement plus marqué au niveau des modes de traitement du client pour les *interventions approfondissantes* que pour l'*intervention non-spécifique*. Malgré que l'évaluation de l'*importance personnelle* et de la *motivation* après la séance s'effectue pour chaque intervention séparément, le client a de toute façon une impression générale de l'entretien. Cette impression générale aurait une influence aussi sur l'intervention *non-spécifique*. A ce sujet, il serait intéressant de voir comment se présenteraient les résultats si chaque intervention était appliquée séparément à des clients différents.

De façon générale, on pourrait expliquer que les problèmes du client ont perdu de leur charge psychique. Ainsi, ces constatations rejoignent les résultats des études de Howard et al. (1992, in Grawe, 1998) et de Bieri (1996, in Grawe, 1998; cf. p. 111) qui affirment qu'on constate une amélioration du bien-être même tout début des thérapies efficaces.

A part ces remarques, on constate que l'ordre des problèmes constitue déjà l'ordre d'importance du problème présenté pour le client. Ainsi, il ne paraît pas étonnant que le premier et le deuxième problème présentés par le client obtiennent une réévaluation plus marquée que le troisième problème. De plus, les problématiques du premier et du deuxième problème sont souvent liées thématiquement. En tout cas, on peut déjà constater ces différences si on compare les moyennes des trois problèmes au début de la séance pour l'*importance personnelle*.

Il apparaît que l'*importance personnelle* ainsi que la *motivation au changement* sont liées, car les deux diminuent après la séance. Ce résultat paraît aussi suivre sa logique, car si on diminue la charge psychique, on est moins motivé à clarifier le problème et la souffrance est moindre. Toutefois, il paraît que la *motivation ait*

une influence plus grande sur le traitement du troisième problème. Ces observations s'intègrent dans les remarques faites auparavant: le troisième problème se présente en fonction de l'ordre d'importance personnelle pour le client. Un problème pas approfondi perd en importance et par la suite la motivation peut être réduite. Dans ce cas, on est à nouveau confronté à un effet directionnel.

Selon une perspective thérapeutique, si les thérapeutes, lors de l'entretien initial, ne traitent pas une problématique du client, ce dernier perd complètement sa motivation à vouloir la traiter. Dans ce cas, le thérapeute perd des informations précieuses qui l'aideraient à préciser le diagnostic, mais aussi à établir une stratégie thérapeutique efficace.

Si on compare les moyennes des trois problèmes pour *l'importance personnelle* et pour la *motivation au changement* au début de la séance, on constate que *l'importance personnelle* du problème est élevée et dépasse la *motivation au changement*. Ces constatations pourraient s'expliquer par le fait que plus l'importance du problème est élevée, plus le sujet est confronté aux craintes liées au changement. Dans ce cas, cela reflèterait les buts inconscients du client. D'un côté, il aimerait résoudre le problème qui est chargé de souffrance, d'un autre, il a peur d'être évalué par le thérapeute (Caspar, 1996; cf. p. 109).

L'hypothèse qui affirme que les *interventions approfondissantes* auront une influence après la séance, sur les arguments explicatifs attribués aux *raisons personnelles* sur la cause du problème, sur le souvenir d'une *situation difficile* dans le passé et sur l'*échelle de l'évaluation des buts* à atteindre, n'a pas été confirmée. Les résultats sur la recherche des arguments concernant les *raisons personnelles* ainsi que le souvenir d'une *situation passée* démontrent, sur le plan méthodologique, la difficulté à traiter statistiquement les mesures non paramétriques. En fait, ces résultats devraient être approfondis par des analyses ultérieures qui n'ont pas été faits en raison de leur complexité. Malgré le fait que la description des arguments ait été ordonnée par catégorie, il s'est avéré difficile de constater l'approfondissement d'un problème faisant partie de la même catégorie. En effet, l'explication du client

ne se présente pas toujours de manière très claire, ce qui donne lieu parfois à des interprétations qui ne correspondent pas forcément à ce que le client voulait exprimer. Ainsi, il se pourrait que l'effet de changement soit altéré. À part ces remarques, le manque de transparence dans l'argumentation des clients ne semble pas être une évaluation dépourvue de sens. En effet, il ne faut pas oublier que chaque problème est traité pendant une courte durée. Malgré que les interventions soient structurées et ciblées, la forme des *interventions approfondissantes* et les caractéristiques particulières des clients, donnent lieu à un traitement des problèmes plus ou moins profond, ce qui influence les argumentations des clients à la fin de la séance. Toutefois, l'approfondissement poussé d'une intervention particulière ne suffit pas à bien décerner les argumentations pour un type d'intervention, car les problèmes présentés sont souvent liés ensemble. En fait, d'une part, on ne peut pas prétendre trouver à la fin d'une seule séance des changements remarquables, d'autre part, à la fin de la séance, il est fortement probable que l'effet d'une intervention particulière se dissout avec une autre, car on n'a pas effectué des mesures après l'application de l'intervention en question. À ce sujet, il faut tenir compte aussi du fait que le facteur temps empêche un approfondissement complet. Le résultat de l'*évaluation des buts à atteindre*, mesure quantifiée, confirme ces difficultés. Le client est sous l'emprise de l'entretien initial dans sa totalité et il en résulte qu'il a de la peine à distinguer les choses, c'est-à-dire, à discerner l'effet d'une intervention particulière. De plus, la description du problème résolu intègre trop d'éléments qui ne peuvent bien sûr pas être résolus en une seule séance, mais qui perturbent déjà les clients. À par cela, les éléments sont trop nombreux pour que le client puisse distinguer précisément ce qui a pu changer durant la séance.

L'hypothèse qui tient compte du changement des *émotions* postule que les *interventions* exerceront une influence sur celles-ci. En effet, les résultats montrent une modification des émotions de base, *joie*, *colère*, *surprise* et *découragement* (Izard, in Ouss et al., 1990). Une différence significative se retrouve pour la *colère*, qui diminue sensiblement. Sinon, les autres émotions diminuent d'une façon moins marquée et non significative. D'après ces résultats, il

apparaît que les interventions ont une influence apaisante sur les émotions de base. En effet, on retrouve les mêmes réflexions pour *l'importance personnelle du problème* et la *motivation au changement*. Si on tient compte de la perspective de Howard (1992, in Grawe, 1998; cf. p. 111), l'entretien initial aurait comme effet l'augmentation du bien-être. Dans la relation thérapeutique, le client se sent soutenu et la clarification d'un certain comportement lui redonne un certain sentiment de contrôle. Dans cette perspective, Isen (1984, in Otto et al., 2000) avait trouvé dans ses études, plus différenciées que chez Bower (1981), que les personnes se souviennent plus des événements positifs que négatifs et que l'humeur négative accroît seulement rarement le rappel des contenus négatifs d'un événement. L'auteur suppose qu'en plus des processus automatiques d'activation, il existe des processus contrôlés. Ainsi, les personnes qui éprouvent une mauvaise humeur sont motivées à l'améliorer et visent l'activation des contenus positifs afin de supprimer les affects négatifs. D'autres modèles cognitifs de traitement de l'information, comme l'ICS ou le SPAARS (cf. chapitre 2.1.2) mettent en évidence les dissociations des modules d'émotions lorsque le sujet est confronté à l'inhibition.

Pour comprendre le résultat significatif de la *colère*, on peut se référer aux théories de l'attributions (Otto et al., 2000) qui postulent que la colère se manifeste surtout quand se crée l'impression que l'événement en soi est une provocation voulue, qu'il est prévisible, qu'il peut être évité et que les raisons d'un comportement précis sont inacceptables. La colère et le sentiment de culpabilité semblent être associés, de sorte que la colère ne se manifeste pas seulement à partir de réactions ouvertes multiples, mais elle peut aussi, comme on l'a vu précédemment, viser des buts divers. Ainsi, si on tient compte des explications ci-dessus pour comprendre le sentiment de colère, alors on peut avancer le fait que la baisse de la colère serait due à l'effet des *interventions approfondissantes* qui, par la clarification du problème, atténueraient cette émotion.

L'hypothèse avançant que les interventions influencent l'*ouverture émotionnelle* après la séance, mesurée par le *DOE-STATE*, est étayée, même si le seul résultat significatif concerne la dimension

communication et expression émotionnelle (EMOCOM). Les différences ne sont quand même pas dépourvues de sens et permettent de les comparer à d'autres études effectuées dans le domaine. Au niveau descriptif: la *représentation conceptuelle des émotions* (REPCON), la *communication et expression émotionnelle* (EMOCOM), la *perception des indicateurs émotionnelles externes* (PEREXT) augmentent et la *perception des indicateurs émotionnels internes* (PERINT) et la *régulation émotionnelle* (REGEMO) diminuent. Si on compare ces résultats aux diverses études effectuées par Reicherts, on retrouve une similarité en relation avec l'étude effectuée sur les plaintes somatiques et psychosomatiques (cf. chapitre 2.4.2) par rapport à la mesure du bien-être global après une année, où on retrouve une augmentation de la *représentation conceptuelle des émotions* (REPCON) et de la *communication et expression émotionnelle* (EMOCOM). Donc, ces résultats montreraient une fois de plus que les clients perdraient lors de l'entretien une certaine charge psychique et qu'ils iraient vers un meilleur bien-être, tel qu'on le retrouve dans les idées de Grawe (1998) et Caspar (1996). Dans une autre étude de Reicherts (2002; cf. p. 124), les résultats sont les mêmes que pour l'étude précédente, mais les personnes prêtes à participer à un entretien psychologique sont caractérisées par une perception d'indicateurs émotionnels interne plus élevés ce qui n'est pas le cas des résultats de la recherche actuelle. En effet, d'après les résultats obtenus, la participation à un entretien psychologique n'implique pas forcément un meilleur approfondissement. Et, cela dépendrait d'une part de l'intervention appliquée et d'autre part du profil d'ouverture émotionnel de la personne en question.

Dans une autre recherche en intervention clinique (Reicherts, cf. p. 124), on retrouve les mêmes pattern de résultats au début de la thérapie sauf pour la perception des indicateurs internes et pour la communication et expression émotionnelle à la fin de la thérapie.

Si on tient compte de tous les résultats présentés ci-dessus, en plus de la diminution de la perception des indicateurs internes qui vient d'être expliquée, la communication et expression émotionnelle montre une différence marquée et significative. Ce résultat peut être dû au fait que les clients, pendant l'entretien initial, font des expériences plutôt favorables dans la relation avec la thérapeute.

Plus précisément, la situation psychothérapeutique force la personne à parler et influence ainsi la communication et l'expression émotionnelle.

Groupe 3: L'impact cognitif et émotionnel des interventions approfondissantes sur les clients en général et plus spécifiquement en fonction de leurs caractéristiques, une semaine après l'entretien initial.

L'hypothèse qui évalue si la séance thérapeutique a un effet après une semaine sur les *interventions approfondissantes* a pu être confirmée surtout pour le *processus explicatif (Explizierung)*. En effet, l'effet thérapeutique pour le *processus explicatif (Explizierung)* par rapport à l'*intervention non-spécifique* est marqué et significatif. Si on tient compte des différences de moyennes, on retrouve que l'effet de la *flèche descendante (downward arrow technique)*, est plus élevé que celui de l'*intervention non-spécifique*. Si on compare les différences des trois interventions par rapport à la *relation thérapeutique*, on retrouve les mêmes effets, mais ceux-ci ne sont pas significatifs. Si on compare l'ensemble des résultats obtenus jusqu'à maintenant, on peut affirmer que si l'effet après séance ne semble pas être tellement marqué entre les trois interventions, la différence s'accroît à moyen terme. Et cela en faveur surtout pour le *processus explicatif (Explizierung)*. Toutefois, on peut conclure que les *interventions approfondissantes* influencent le bien-être du client. Malgré que le traitement approfondissant du client pendant le processus explicatif soit un peu plus élevé pour la *flèche descendante (downward arrow technique)*, que pour le *processus explicatif (Explizierung)*, l'effet du *processus explicatif (Explizierung)* après une semaine est nettement supérieur par rapport à la clarification et à la résolution des problèmes du client. Il semblerait que la structure du *processus explicatif (Explizierung)* agisse plus en profondeur que la *flèche descendante (downward arrow technique)*. En effet, lors de l'application de la *flèche descendante (downward arrow technique)*, intervention très structurée, le thérapeute suit le contenu du client. Cette démarche

ne permet pas au client d'explorer plus loin d'autres significations, ce qui aboutit finalement à un seul schéma du client. Le *processus explicatif (Explizierung)*, par contre, peut activer plusieurs schémas à la fois même si le client débute l'entretien par un problème bien précis. Cette procédure touche ainsi différents thèmes qui pourraient être liés ensemble, ce qui semble favoriser la clarification et la résolution des problèmes. De plus, le *processus explicatif (Explizierung)* se présente comme plus approprié pour instaurer une *relation thérapeutique*, car malgré qu'il soit une intervention ciblée, il ne force pas trop le client, mais lui laisse un certain temps pour que les émotions et les pensées puissent agir calmement sur son conscient. Il ne faut pas non plus oublier qu'une bonne relation thérapeutique constitue la base de tout changement thérapeutique (Grawe, 1998). Ainsi, une bonne relation thérapeutique et une intervention ciblée permettront de potentialiser les effets et cela rejoint les résultats de Grawe (1994) et Caspar (1996) pour l'entretien initial.

A part ces résultats, l'*ordre des problèmes présentés* lors de l'entretien initial pourrait avoir une influence sur l'évaluation du *questionnaire du client* et cela indépendamment des effets des *interventions*. Par rapport à ces réflexions, on n'observe aucun résultat significatif. Toutefois, on obtient des moyennes tendanciellement supérieures pour le *premier* et le *troisième problème* présentés, surtout pour la dimension *effet thérapeutique*. Il apparaît donc que le client se souviendrait, lors de l'évaluation du *questionnaire du client*, surtout de la présentation du *premier* et du *troisième* problèmes. Ces affirmations sont encore préliminaires. A part l'*ordre de présentation du problème*, l'*importance personnelle* et la *motivation au changement* après la séance, le *questionnaire du client* pourrait influencer l'évaluation des *interventions approfondissantes* du *questionnaire du client*. En effet, on trouve des effets significatifs pour le *premier problème* et pour le *troisième problème* en ce qui concerne la dimension *effet thérapeutique* du *questionnaire du client*. Pour le *premier problème*, l'*importance personnelle* serait plus impliquée, alors que pour le *troisième problème* ce serait plutôt la *motivation au changement*. Ainsi, d'après ces observations, en plus du souvenir de l'*importance personnelle* et de la *motivation au changement*

l'évaluation du *questionnaire du client* pourrait avoir une influence. Le *premier problème* serait le plus important pour le client et son *effet thérapeutique* s'avère d'autant plus important pour lui.

Après ces constatations, on pourrait se demander si certaines caractéristiques du client, comme les dimensions de la personnalité par rapport à l'*extraversion/introversion*, la *charge psychique*, la conviction personnelle d'avoir un certain *contrôle* sur sa propre vie et une *ouverture émotionnelle* favorable, ont un impact sur l'évaluation de l'effet des *interventions approfondissantes* dans le *questionnaire* pour le *client* après *une semaine*. D'après les résultats, on ne peut déterminer aucun effet significatif. Cependant, si on évalue les dimensions du *DOE-ETAT* pour le *processus explicatif* concernant la dimension *relation* du *questionnaire du client*, on peut constater un effet significatif surtout pour les dimensions *perception des indicateurs émotionnels internes/externes* (*PERINT/PEREXT*). Ces résultats pourraient indiquer que le client caractérisé par ce profil d'ouverture personnelle soit plus sensible au comportement du thérapeute. A part cette remarque, les autres résultats révèlent que les *interventions approfondissantes* peuvent se montrer efficaces après une semaine de la séance et cela indépendamment des caractéristiques préalables des clients. Dans cette recherche, le *processus explicatif* (*Explizierung*) s'avère être le moteur du changement, même si la *flèche descendante* (*downward arrow technique*), pendant le processus thérapeutique favorise généralement le traitement explicatif du client et plus particulièrement pour ceux présentant une *charge psychique* élevée.

6.2 LIMITES DE LA RECHERCHE ET LES INDICATIONS POUR LES ETUDES ULTERIEURES

Il s'avère fondamental, avant d'entamer une discussion sur les biais et les limites de cette recherche, de rappeler le cadre dans lequel s'inscrit cette étude. Cette recherche se définit comme appartenant au type expérimental et analogue. Ce choix s'explique principalement par deux raisons. La première réside dans le fait

que par rapport à sa particularité d'avoir une influence et un contrôle maximal des variables indépendantes, elle permet de vérifier les hypothèses d'une façon plus stricte et aboutit ainsi à affiner la procédure en fonction des résultats obtenus (Reicherts, 1997). La deuxième raison s'avère plutôt déontologique. En effet, en thérapie on est confronté à des clients qui présentent des troubles psychopathologiques divers. Ainsi, l'application des *interventions approfondissantes*, même si elles sont déjà expérimentées en thérapie, lorsqu'elles sont soumises à une manipulation expérimentale sans vérification préalable, pourraient avoir des effets négatifs, et surtout au tout début, pour le déroulement ultérieur de la thérapie. A ce sujet, on peut se référer par exemple à la perte des clients qui présentent des troubles de la personnalité. En effet, leur caractéristique principale consiste à être particulièrement sensibles à la relation thérapeutique ou aux interventions confrontatives (Sachse, 1992).

Dans cette étude, afin de minimiser les variables parasites, on a voulu inclure une intervention contrôle (*l'intervention non-spécifique*), randomiser les clients, varier l'ordre des interventions, standardiser les interventions par l'utilisation du manuel et par la durée, prendre deux thérapeutes externes du même sexe et de deux orientations thérapeutiques différentes. Les clients étaient soumis à l'expérience sans être au courant des types d'interventions. Les thérapeutes, de leur côté, n'étaient pas non plus informés des hypothèses de recherche du déroulement de la recherche.

A part ces constatations préalables, il ne faut pas non plus oublier que la recherche a dû être limitée à cause de son ampleur. Des mesures physiologiques dans ces conditions auraient rendu l'analyse encore plus artificielle et on n'aurait pas non plus pu réaliser les analyses actuelles.

A part ces remarques, une analyse séquentielle aurait permis de regarder de près l'impact procédural des interventions qui à son tour nuancerait les interventions, comme le nivellement ou l'approfondissement.

Par rapport à la *validité interne*, la standardisation des interventions en utilisant le manuel thérapeutique, l'entraînement préalable et la supervision des thérapeutes, le « treatment

integrity », les mesures effectuées, l'assignement aléatoire des sujets ainsi que le design lui-même, ont permis d'obtenir une validité interne satisfaisante. En effet, les résultats par rapport à l'offre thérapeutique montrent des différences analogues au niveau du traitement explicatif offert par les deux thérapeutes. Il n'y a d'effet ni de séquence, ni du thérapeute, ce qui souligne l'intégrité du traitement.

Les clients par contre se trouvent confrontés à une situation inattendue et particulière. Ils dévoilent à une personne étrangère leurs problèmes plus intimes et de plus ceux-ci sont enregistrés sur vidéo. En effet, cette condition expérimentale a produit chez certains clients des réactions de réactances tout à fait compréhensibles. Tous les clients ont été reçus en avançant le secret professionnel. Pour ces cas particuliers, mais aussi pour d'autres participant tacitement à l'expérience, il pourrait se présenter la difficulté à s'ouvrir complètement au thérapeute ce qui aurait une influence sur l'efficacité des interventions, plus précisément sur l'approfondissement. Cependant, dans la séance thérapeutique habituelle, lors de la première séance, les clients ne sont pas forcément toujours motivés à s'ouvrir envers un thérapeute. Cette constatation rejoindrait donc la réalité clinique. A ce sujet, il ne faut pas non plus oublier que l'annonce n'a pas pu clarifier les buts de la recherche. Il se peut donc, que quelques clients n'aient pu s'adapter aux conditions du contexte. D'un autre côté, les quelques clients qui avaient déjà suivi une thérapie dans le passé, se montrent plus ouverts face au thérapeute et parviennent mieux à approfondir leurs problèmes, ce qui aurait aussi une influence sur l'effet des interventions.

A part ces remarques, le client présente trois problèmes différents qui parfois sont liés ensemble. Sans cela, il pourrait arriver qu'on traite le même problème par une autre intervention ce qui aurait une influence sur l'évaluation des interventions. Les problèmes approfondis une deuxième fois par l'application d'une autre intervention produiraient des résultats plus importants par rapport à l'intervention précédente.

En ce qui concerne la *validité externe*, l'étude s'est effectuée sur une population tout venante, même si certains sujets présentaient

une charge psychique élevée. En principe, il faudrait appliquer ces interventions à une population clinique. Cette procédure était en effet prévue, mais on a dû constater au tout début que la réalisation dépassait le cadre de cette recherche. Cependant, les clients qui présentaient une charge psychique plus élevée ont pu bien profiter de la *flèche descendante* (*downward arrow technique*). Ces résultats sont réconfortants et indiquent que les interventions peuvent aussi avoir des effets sur une population clinique. Il ne faut pas non plus oublier que les *interventions approfondissantes* sont bien connues en thérapie et qu'elles ont montré leurs effets dans diverses études. Ainsi, les résultats obtenus peuvent donner des indications pour l'entretien initial. Si on tient compte des autres caractéristiques étudiées dans cette recherche, comme les dimensions internalité/externalité ou la dimension introversion/extraversion, vu que les résultats ne sont pas significatifs, généraliser serait plutôt hasardeuse. En effet, par rapport à l'introversion/extraversion, l'étude effectuée par Tscheulin (1992) montre des résultats significatifs par rapport à cette dimension lors de l'entretien initial. A ce propos, il serait intéressant de voir comment se présenteraient les résultats pour une population clinique en augmentant l'effectif des clients. De plus, si on choisissait des clients avec divers types de troubles, on différencierait la procédure thérapeutique lors de l'entretien initial.

La *validité des variables* de cette recherche semble assez satisfaisante, mais on pourrait bien sûr l'optimiser. L'auto-évaluation par les patients a été bien exploitée par l'ensemble des mesures avant l'expérimentation, et une semaine après la séance. Les cotations des interventions effectuées par les étudiantes à partir de l'échelle de traitement explicatif font partie de l'hétéro-évaluation par des personnes externes ayant suivi une supervision et un soutien suivi. Les accords interjuges effectuées se sont montrées satisfaisantes, mais il se peut que l'ensemble des cotations serait un peu modifié si elles avaient été faites par des personnes plus expertes dans le domaine. De plus, il est possible qu'il ait un certain biais de supervision dans l'entraînement, vu que chaque personne s'est entraînée à évaluer une seule intervention.

Le point faible réside surtout dans le fait qu'il manque des hétéro-évaluations de la part des thérapeutes et d'un clinicien expert. Chez

le thérapeute, il aurait été intéressant d'évaluer la difficulté qu'il aurait pu avoir en appliquant les différents types d'interventions chez un client particulier, en tenant compte en plus de son avis sur l'amélioration du client durant la séance. Une telle procédure aurait aidé à mieux comprendre les résultats obtenus. Le point de vue d'un expert clinicien externe aurait aidé à évaluer concrètement la gravité du problème présenté pour le sujet. Il se pourrait en fait que les clients nient la gravité réelle du problème pour se protéger. L'hétéro-évaluation par une personne de la famille donnerait un avis plus différencié sur l'effet une semaine après la séance de l'entretien initial, mais une seule séance ne suffit pas pour que l'entourage se rende compte d'un changement chez la personne concernée.

Pour la *validité statistique*, différents tests ont été utilisés pour mieux mettre en valeur les résultats obtenus. A ce propos, on constate qu'assez rapidement on obtient de multiples informations qui pourraient être mieux exploitées. Les informations obtenues jusqu'à maintenant sont riches, mais elles pourraient être approfondies par des mesures ultérieures. Ainsi, on peut conclure que la validité statistique n'est pas parfaite. Les analyses multivariées pourraient fournir des informations supplémentaires.

Les tests statistiques ont été choisis en fonction des caractéristiques des échelles de mesure, des données paramétriques ou non et des hypothèses. Par rapport aux données non paramétriques, on se rend surtout compte que l'interprétation et la catégorisation du contexte verbal peuvent être sujets à des biais de sorte qu'assez facilement on n'obtienne pas de résultats significatifs. Pour les analyses de variances à mesures répétées, les différences entre les sujets ne sont pas tellement élevées ce qui entraîne une puissance des plans à mesures répétées pas très élevée. Il serait préférable d'augmenter l'effectif. Cependant, l'effectif peut seulement être augmenté si plusieurs personnes travaillent pour le même projet car, comme on a pu le constater, le travail prend rapidement des dimensions non gérables pour une seule personne.

Avant de conclure, il semble primordial de remettre en valeur les résultats trouvés par rapport à la signification clinique. Les analyses de variance à mesures répétées ont montré que les trois

interventions expérimentales ont un impact hautement significatif sur le niveau de traitement explicatif du client. En effet, la taille de l'effet Eta est très forte, les moyennes des modes du traitement explicatif respectives des trois interventions expérimentales s'élèvent pour le *processus explicatif* à 4.82, pour la *flèche descendante* à 5.25 et pour l'*intervention non-spécifique* à 4.06. Si on compare les moyennes par rapport à l'*échelle des modes de traitement explicatif* de Sachse (1992), la *flèche descendante* se situe à l'*évaluation personnelle*, par contre le *processus explicatif* et l'*intervention non-spécifique* à l'*évaluation*. Pourtant, la différence entre le niveau 4 et le niveau 5 représente un passage cliniquement important. Pour les *interventions approfondissantes* ces résultats ne sont pas étonnants vu qu'elles sont appliquées régulièrement en thérapie. Cela montre bel et bien leur effet même dans l'entretien initial où la relation thérapeutique ne s'est pas encore bien instaurée et où le thérapeute doit être prudent pour ne pas perdre le client. Ainsi, à partir de ces modes, le travail thérapeutique peut prendre dès le début un caractère personnel ce qui sera à la base d'une thérapie efficace. Cependant, ces argumentations ne semblent pas être valables pour l'*intervention non-spécifique*, car elle ne vise pas un approfondissement. Or, d'après les résultats de Prochaska (1983, in Snyder et al., 2000) l'échantillon de cette recherche pourrait être situé sur l'*échelle du processus de changement* de Prochaska (1983, in Snyder et al., 2000) au niveau 3 sur 5, ce qui correspondrait à la *préparation*. A ce niveau le client s'engage par le changement, mais ne veut pas travailler sur sa problématique. Ainsi, ces analogies expliquent la raison pour laquelle on retrouve un niveau relativement élevé également pour l'*intervention non-spécifique*. A part ce constat, les résultats retrouvés à ce sujet confirment un des buts qui ont été fixés dans cette recherche, notamment, montrer l'efficacité des *interventions approfondissantes* en vue d'un diagnostic différentiel.

Si on devait faire une remarque générale, on pourrait dire que différentes hypothèses ont été testées et qu'il y a peu de résultats significatifs par rapport aux différentes mesures effectuées, par ex. concernant les caractéristiques préalables des sujets et leur lien avec les processus thérapeutiques. Toutefois, ces résultats clés

obtenus par rapport aux buts visés par cette étude sont très parlants. Il s'avère vraiment nécessaire d'exploiter les résultats significatifs de cette étude, mais aussi ceux non significatifs, dans les recherches ultérieures.

7. CONCLUSION

Cette étude a contribué à évaluer l'impact des *interventions approfondissantes* lors de l'*entretien initial*. Les caractéristiques des clients, comme leur *charge psychique* ou le profil d'*ouverture émotionnelle* favorable produisent un effet différentiel sur les deux types d'interventions. Un résultat surprenant a été trouvé pour l'effet du *processus explicatif* (*Explizierung*) à court terme après traitement. En fait, cette intervention produit des influences encore plus marquées une semaine après la séance et se distingue de la *flèche descendante* (*downward arrow technique*),. A part ces constatations, on peut aussi ajouter que les *intervention approfondissantes* agissent sur l'*importance personnelle* et sur la *motivation au changement* des clients. Les interventions ciblées et structurées aboutissent assez rapidement à un des problèmes et les clients regagnent un certain contrôle sur les situations, ce qui aboutit à un soulagement mental.

Sur le plan clinique, il serait intéressant d'étudier l'impact des *interventions approfondissantes* sur les différents troubles psychopathologiques. En augmentant l'effectif, on pourrait concevoir une étude approfondie sur les caractéristiques des clients, ce qui pourrait améliorer d'une part le diagnostic, d'autre part le choix des interventions. On pourrait aussi concevoir trois séances avec le même design, ce qui permettrait d'augmenter les effets des interventions individuellement et d'accentuer les différences entre celles-ci. A partir d'une telle démarche, on pourrait distinguer plus en détails et de manière plus précise les caractéristiques des clients.

A partir du traitement comparable, mais en réalisant trois séances, on pourrait les compléter avec mesures bio-physiologiques qui accompagneraient le processus sans trop l'alourdir. A ce sujet, l'hétéro-évaluation des thérapeutes pourrait aussi fournir des informations enrichissantes dans ce contexte.

L'ensemble de ces remarques démontre que la recherche dans le domaine du processus psychothérapeutique est loin d'être acquise.

En effet, ces résultats ne reflètent qu'une petite partie de la réalité thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, Vol. 36 (4), 308-327.
- Ambühl, H. & Strauss, B. (1999). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.
- Bänninger-Huber, E. (1996). *Mimik Übertragung Interaktion. Die Untersuchung affektiver Prozesse in der Psychotherapie*. Kempten: Hans Huber.
- Bastine, R., Fiedler P. & Kommer D. (1989). Psychotherapeutische Prozessforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Band XVIII, Heft 1*, S. 1-93.
- Baumann, U. & Perrez, M. (1998). *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A.T. (1997). The Past and Future of Cognitive Therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276-284.
- Beck, A.T. & Freeman, A. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. München: Beltz.
- Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (4th. ed.). New York: Wiley & Sons.
- Beutel, M.E. (2002). Neurowissenschaften und Psychotherapie. Neuere Entwicklungen, Methoden und Ergebnisse. *Psychotherapeut*, 47, 1-10.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Brewin, C.R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London: Lawrence Erlbaum.
- Burns, D. (1989). *Fühl Dich gut. Angstfrei mit Depressionen umgehen* (3. Auflage). Trier: Trèves.
- Cacioppo, J.T., Uchino, B.N., Crites, S.L., Snyder-Smith, M.A., Smith, G., Berntson, G.G. & Lang, P. (1992). Relationships between facial

expressiveness and sympathetic activation in emotion: A critical review, with emphasis on modeling underlying mechanisms and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 110-128.

Caspar, F. (1996). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Caspar, F. (2003). Psychotherapy research and neurobiology: challenge, chance, or enrichment ? *Psychotherapy Research*, 13 (1), 1-23.

Clark, D.M. (1986). *A cognitive approach to panic*. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Comer R.J. (1995). *Klinische Psychologie*. Berlin : Spektrum.

Cottraux, J. (1998). *Les thérapies comportementales et cognitives* (3^e édition). Paris: Masson.

Dahlbender, R. W., Stigler, M. & Kächele, H. (1997). Les schémas relationnels internalisés dans la recherche en psychothérapie: la méthode et quelques applications du CCRT. *Psychothérapies*, Vol. 17, No 2, pp. 105-112.

Defago, L. (2003). *Analyse expérimentale des interventions thérapeutiques lors des « processus explicatifs » en thérapie centrée sur la personne: processus cognitifs et affectifs du thérapeute*. Mémoire. Université de Fribourg.

Derryberry, D. & Reed, M.A. (1996). Regulatory processes and the development of cognitive representations. *Development and Psychopathology*, 8, 215-234.

Droz, R. (1987). *Lire Piaget*. Bruxelles: Mardaga

Ehlers, A. & Hahlweg, K. (1996). Grundlagen der Klinischen Psychologie. In Birbaumer, N., Frey, D., Kuhl, J., Prinz, W. & Weinert, F.E. (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie. Band 1*. Göttingen: Hogrefe.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.

Ellis, A. (1978). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung* (2. Auflage). München: Pfeiffer.

Emmons, K.M. & Rollnick, S. (2001). Motivational Interviewing in Health Care Settings. Opportunities and Limitations. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (1), 68-74.

Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1971). *Inventaire de personnalité d'Eysenck (E.P.I.)*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.

- Franke, G.H. (1994). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis. – Deutsche Version* -. Göttingen: Beltz Test.
- Frijda, N.H. (1987). Emotion, cognitive structure, and action tendency. *Cognition and Emotion, 1*, 115-143.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam.
- Gerber, S. & Basham, A. (1999). Responsive Therapy and Motivational Interviewing: Postmodernist Paradigms. *Journal of Counseling & Development, Vol. 7*, 418- 422.
- Grawe, K. (1997b). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*, 1-20.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer F. (1994). *Psychotherapie im Wandel* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 44*, 63-73.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Greenberg, L.S. & Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect and cognition in the process of change*. New York: Guilford.
- Gross, J.J. (1998). Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 74, No. 1*, 224-237.
- Hain, P. (2001). *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Huber, W. (1986). *La psychologie clinique aujourd'hui*. Liège: Pierre Mardaga.
- Huber, W. (1993). *Les psychothérapies. Quelle thérapie pour quel patient ?* Paris: Nathan.
- Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4 (6)*, 443-453.
- Knost, B., Flor, H. & Birbaumer N. (1999). Schmerzverhalten, Partnerreaktionen und somatosensorisch evozierte Potentiale chronischer Schmerzpatienten bei akuten Schmerztests. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28 (4)*, 242-247.

- Kolden, G.G. (1991). The generic model of psychotherapy: An empirical investigation of patterns of process and outcome relationships. *Psychotherapy Research, 1* (1), 62-73.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen* («Locus of Control»). Deutsche Bearbeitung der IPC-Scales von H. Levenson. Göttingen: Hogrefe.
- Ladouceur, R., Fontaine, O. & Cottraux, J. (1992). *Thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Masson.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lang, P.J. (1984). Cognition in emotion: Concept and action. In C. E. Izard, J. Kagan, & R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- LeDoux, J. (1998). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Levenson, R.W., Ekman, P. & Friesen, W.V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology, 27*, 363-384.
- Livingstone Smith, D. (1999). Getting our act together: Lessons on meaningful psychotherapy research from the philosophy of science. *Journal of Clinical Psychology, Vol. 55*(12), 1495-1505.
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mitmansgruber, H. (2003). *Kognition und Emotion. Die Regulation von Gefühlen im Alltag und bei psychischen Störungen*. Bern: Hans Huber.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality. Principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- Oatley, K. & Johnson-Laird, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion, 1*, 29-50.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4rd. ed.), (pp. 270-379). New York: Wiley & Sons.

- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd. ed.), (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Otto, J. H., Euler, H. A. & Mandl, H. (2000). *Emotionspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Ouss, L., Carton, S., Jouvent, R. & Wildlöcher, D. (1990). Traduction et validation de l'échelle d'émotions différentielle d'Izard. *L'encéphale*, XVI, 453-8.
- Pariante, Ph. & Guelfi, J. D. (1990). Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1^{re} partie: inventaires multidimensionnels. *Psychiatr. Psychobiol.*, 5, 49-63.
- Pennebaker, J.W., Zech, E. & Rimé, B. (2001). Disclosing and Sharing Emotion: Psychological, Social and Health Consequences. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 517-539). Washington DC: American Psychological Association.
- Perroud, A., Reicherts, M. & Guerry, S. (2004). *Anorexie Mentale et Dimensions de l'Ouverture Emotionnelle. Troubles des conduites alimentaires et modification de l'affectivité*. Conférence au Congrès AFFORTHECC, Annecy, Juin 2004.
- Philippot, P., Feldman, R.S. & Coats, E.J. (2003). *Nonverbal Behaviour in Clinical Settings*. New York: Oxford University Press.
- Power, M. & Dalgleish, M. (1997). *Cognition and emotion from order to disorder*. East Sussex: Guilford.
- Power, M. & Dalgleish, T. (1999). Two routes to emotion: some implications of multi-level theories of emotion for therapeutic practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 129-141.
- Power, M. & Dalgleish, M. (2000). *Handbook of Cognition and Emotion*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Reicherts, M. (1997). *La recherche empirique en psychologie clinique. Bases méthodologiques*. Université de Fribourg.
- Reicherts, M. (1998). *L'entretien psychologique I: la thérapie centrée sur la personne et nouvelles approches*. Université de Fribourg, Institut de Psychologie.
- Reicherts, M. (1999). *Comment gérer le stress ? Le concept des règles cognitivo-comportementales*. Fribourg : Editions Universitaires Fribourg.

- Reichert, M. (1999). *Dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (DOE): Concept théorique, instrument et études de validation*. Poster présenté au Congrès de la SSP, Université de Fribourg.
- Reichert, M. (2001). *Dimension of „Emotional Openness“ and their salutogenic function*. Paper présenté am Kongress der SGP, Lausanne, Oktober 2001.
- Reichert, M. (2002). *Thérapeutique et «règles technologiques» (Rapport scientifique No. 155)*. Fribourg: Université, Département de Psychologie.
- Reichert, M. (2002). *«Emotional Openness» and «Emotional Intelligence»*. Internal paper presented at University of Fribourg.
- Reichert, M., Carrard, I. & Pihet, S. (2000). *Ouverture émotionnelle et bien-être chez des jeunes adultes et des patients*. Papier présenté au Congrès CICG, Genève, septembre 2000.
- Reichert, M., Casellini, D., Duc, F., Grespi, N., Romailleur, M. & Balmelli, S. (2004). *L'«ouverture émotionnelle» chez les personnes souffrant de troubles de la dépendance et de troubles de la personnalité (Rapport scientifique No. 160)*. Fribourg: Université, Département de Psychologie.
- Reichert, M. & Pauls, H., (1998). *L'évaluation des buts à atteindre*. Fribourg/Suisse : Université de Fribourg, Institut de Psychologie. (Dt. Version : Pauls, H. & Reichert, M. (2001). *Ziel-Erreichungs-Analyse (ZEA) in Psychotherapie und Beratung*. In D. Tscheulin (Hrsg.), Würzburger Leitfaden zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie (Version 3). Köln: GwG-Verlag.)
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology, Vol. 21*, 95-103.
- Rogers, C.R. (2001). *L'approche centrée sur la personne: Anthologie de textes*. Lausanne : Randin.
- Rossier, Y. (2004). *La peur des araignées: Convergence du test implicite d'association et de mesures explicites*. Mémoire. Université de Fribourg.
- Sachse, R. (1984). Vertiefende Interventionen in der klienten-zentrierten Psychotherapie. *Partnerberatung, 21 (2-3)*, 106-113.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Safran, J, Greenberg, L. & Rice, L. (1988). Integrating psychotherapy research and practice. Modeling the change process. *Psychotherapy, 25*, 1-17.

- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Scerpella, L. (1997). *Die Entwicklung der Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn im Erstgespräch. Diplomarbeit.* Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology (Vol.1)*. New York: Academic Press.
- Scherer, K.R. (1986). Vocal affect expression: a review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99, 143-165.
- Scherer, K.R. (1997a). Profiles of emotion-antecedent appraisal: testing theoretical predictors across cultures. *Cognition and Emotion*, 11, 113-150.
- Scherer, K.R. & Sangsue, J. (1996). *Le système mental en tant que composant de l'émotion (Vol. 10)*. Unpublished manuscript.
- Schiepek, G. (2003). *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Singer, J.L. (ed.) (1990). *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Snyder, C.R. & Ingram, R.E. (2000). *Handbook of psychological change*. New York: John Wiley & Sons.
- Tatu, P., Pellet, J., Lang, F., Pichon, M. & Coerchon, Ch. (1994). La SCL 90 R dans un échantillon de sujets francophones libres de troubles psychiatriques. *Ann. Méd.-Psychol.*, 152, n°3, 187-190.
- Teasdale, J.D. (1983). Negative thinking in depression: Cause effect, or reciprocal relationship ? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J., & Barnard, P. (1993). *Affect, cognition and change*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Tschacher, W. (1997). *Prozessgestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1977). *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmass. Testmanual EMI-B*. München: Pfeiffer J.
- Walitzer, K.S., Dermen, K.H. & Connors, G. J. (1999). Strategies for Preparing Clients for Treatment. *Behaviour Modification*, Vol. 23 No. 1, 129-151.

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Verlag.

Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking : Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.

ANNEXES

Annexe 1: Texte de l'annonce pour le recrutement des clients

Annexe 2: Règles déontologiques signées par les juges

Annexe 3: Manuel thérapeutique

Annexe 4: Modes de traitement explicatif du client

Annexe 5: Offres de traitement explicatif de thérapeute

Annexe 6: Questionnaires du type screening pour le client

Annexe 7: Echelles appliquées au client avant l'entretien

Annexe 8: Echelles appliquées au client après l'entretien

Annexe 9: Questionnaire du client

Annexe 10: Fréquences et moyennes de l'index de sévérité global GSI de la population de référence

Annexe 11: Catégories pour la classification des arguments concernant les raisons personnelles et le souvenir d'une situation difficile du passé proche ou lointain

Annexe 1

Texte de l'annonce pour le recrutement des clients

DEPARTEMENT FÜR PSYCHOLOGIE
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
Rue de Faucigny 2
CH-1700 Fribourg
© 026 300 76 20
fax 026 300 97 12



UNIVERSITÄT FREIBURG
UNIVERSITÉ DE FRIBOURG

PARTICIPATION A UNE RECHERCHE

Le Département de Psychologie cherche des personnes adultes pour une étude sur le développement personnel.

Les personnes intéressées participeront à une expérience individuelle qui leur permettra de mieux se connaître.

Cette offre est valable jusqu'à fin octobre au plus tard.

Pour des informations détaillées et pour l'inscription contactez:

Patrizia Montini

Tel. 026 300 76 89,

e-mail: Patrizia.Montini@unifr.ch.

Annexe 2

Règles déontologiques signées par les juges

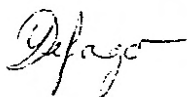
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
UNITÉ DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

RÈGLES DEONTOLOGIQUES REQUISES POUR LA
PARTICIPATION À LA RECHERCHE DE P. MONTINI
DIRIGÉE PAR LE PROF. REICHERTS


- (1) Les cassettes audio et vidéo ne doivent être utilisées que dans le cadre de la recherche et ne peuvent être consultées que par la participante sous-signée.
- (2) Les informations contenues par les cassettes audio et vidéo doivent rester strictement confidentielles.
- (3) L'écoute et le visionnage des cassettes audio et vidéo sont possibles à l'extérieur du Département de psychologie, pour autant que leur contenu reste confidentiel.
- (4) La participante sous-signée renonce à poursuivre l'écoute ou le visionnage des cassettes audio et vidéo si elle reconnaît une personne de son entourage.

Toute dérogation aux règles présentées ci-dessus engendrera une plainte à l'autorité compétente. Je m'engage à respecter le secret professionnel et à protéger activement les informations qui me sont confiées.

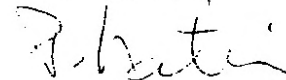
Participante à la
recherche



Prof. M. REICHERTS
Directeur de thèse



lic.phil. P. MONTINI
Doctorante



Annexe 3

Manuel thérapeutique

MANUEL DU THERAPEUTE

**«Les stratégies thérapeutiques appliquées aux
interventions approfondissantes»**

Section A: Processus explicatif

Procédure générale

DURÉE MAXIMUM 20 MIN.

Principe: Amener le client à porter l'attention vers lui-même afin qu'il aboutisse à une clarification des «déterminants internes» de sorte qu'il trouve éventuellement des liens avec une situation marquante du passé.

Règles générales:

- les interventions doivent être brèves et précises
- donner une seule tâche à la fois
- donner assez de temps
- poser des questions «qu'est-ce que ?» ou «comment ?» et éviter «pourquoi ?»

Intervention initial: «Décrivez-moi votre problème».

1. Inciter le client à donner un exemple actuel précis du problème présenté.

Intervention possible:

- * «Essayez de me décrire une situation précise où vous avez vécu cette tristesse/...dernièrement.»

2. Poser des questions de compréhension pour clarifier l'information reçue du client.

Interventions possibles:

- * «Qu'est-ce que vous aimeriez dire avec...?»
- * «Qu'est-ce que signifie/implique pour vous...?»
- * «Qu'est-ce que vous fait penser que (cette personne vous voit..) ?»

3. Centrer le client sur les aspects centraux du problème. Dans le cas où le client se centre sur les aspects périphériques du problème.

Interventions possibles:

- * «Pour vous, quel est l'aspect le plus important dans ce problème ?»
- * «Qu'est-ce que vous préoccupe le plus ?»
- * «Quel est l'aspect du problème en particulier qui vous provoque plus fortement la tristesse/peur/colère etc. ?»

4. Attirer l'attention du client sur les contradictions concernant son vécu, sa pensée, son comportement afin de l'aider à approfondir des aspects du problème présenté qui ne lui sont pas clairs.

Interventions possibles:

- * «Dans cette situation que pensez-vous, qu'est-ce que vous empêche de vous comporter différemment ?»
- * «Vous êtes conscient que votre comportement est exagéré/inadéquat, mais vous continuez à vous comporter ainsi. Comment expliquez-vous votre comportement ?»

5. Ancrer les interventions dans le contenu du client. Il faut signaler aux clients lesquels des contenus il devrait traiter et comment.

Interventions possibles:

Le thérapeute répète seulement deux, trois mots du contenu central de l'énoncé du client.

- * «Essayez de vous concentrer sur ce que vous venez de dire.»
- * «Répétez ce que vous venez de dire.»
- * «D'après ce que vous venez de dire, qu'est-ce que c'est important pour vous ?»

6. Approfondir le vécu du client à partir d'une situation ou à partir d'un sentiment.

Interventions possibles:

- * «Qu'est-ce que cette situation déclenche chez vous ?»
- * «Qu'est-ce que vous ressentez en pensant à cette situation (en imaginant cette situation) ?»
- * «Qu'est-ce que vous associez avec ce sentiment ?»
- * «Qu'est-ce que ce sentiment signifie pour vous ?»
- * «Essayez de rester proche à cette tristesse /... Essayez de regarder encore une fois la situation qui vous rend triste/.... Essayez de regarder s.v.p. quel aspect de la situation est le plus pénible pour vous.»

7. Stimuler le client à se confronter aux émotions inaccessibles qui sont liées à une situation précise.

Interventions possibles:

- * «Essayez s.v.p. de rester près de cette situation/image mentale. Essayez de vous imaginer intensément la situation que vous venez de décrire. Laissez agir cette image mentale sur vous et regardez ce que ça déclenche en vous.»

8. Soutenir le client lorsqu'il évite de se confronter aux affects négatifs.

- * «Essayez s.v.p. de rester près du sentiment. Qu'est-ce que ce sentiment signifie pour vous ?»
- * «Je sais que vous n'aimeriez mieux pas éprouver ce sentiment. Toutefois, essayez de rester proche à ce sentiment et essayer de découvrir son sens.»
- * «Je sais que c'est déplaisant pour vous. Mais s'il vous est possible essayez de rester proche de ce sentiment. Qu'est-ce que vous ressentez en ce moment ?»

9. Inciter à la découverte du sentiment caché du client qui se présente par une sensation diffuse, le «sens ressenti» (felt sense).

Le thérapeute dirige son attention sur ce sentiment corporel.

Interventions possibles:

- * «Qu'est-ce qu'il vous vient à l'esprit par rapport à ce sentiment ?»
- * «Qu'est-ce que ce sentiment vous rappelle ?»
- * «Qu'est-ce qu'évoque pour vous ce/ces (mots, termes, images) ?»

10. Stimuler l'attention du client sur ses émotions lorsqu'elles ne sont pas prises au sérieux.

Interventions possibles:

- * «Essayez de prendre vos sentiments au sérieux !»
- * «Ce sont vos émotions. Elles vous disent quelque chose d'important. Essayez de les écouter !»

11. Confronter le client lorsqu'il utilise des stratégies d'évitement qui empêchent l'approfondissement.

Stratégies d'évitement possibles:

- * Relativisation : «Il m'arrive rarement», «cela dépend de la situation»...
- * Dédratisation: «Ce n'est pas si grave»...
- * Normalisation: «Cela n'a rien à voir avec moi».
- * Généralisation: «Cela arrive à tout le monde».
- * Changement du sujet en se refocalisant sur des aspects extérieurs au problème présenté.

Interventions possibles:

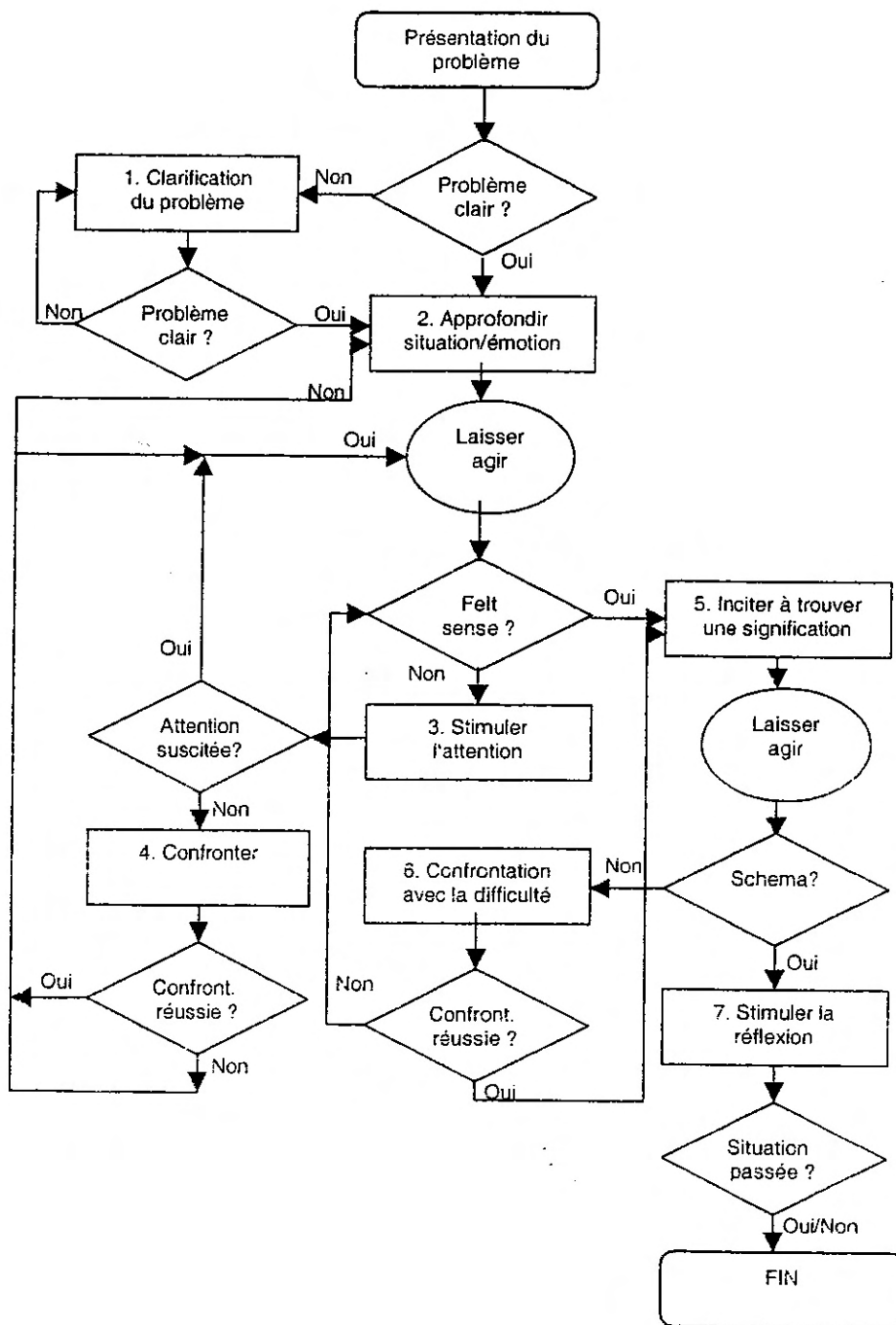
- * «Je constate que cette situation/personne/sentiment ne vous laisse pas indifférent. Mais malgré tout vous me dites que ce n'est pas le cas. Comment expliquez-vous ce que vous venez de me dire ?».
- * «Qu'est-ce que vous fait dire que cette situation/personne/sentiment n'est pas si important pour vous ?».
- * «Vous dites que cette situation/sentiment/personne n'a rien avoir avec vous. Qu'est-ce que vous fait affirmer cela ?»
- * «Apparemment il vous semble difficile d'aborder cette situation. Je peux comprendre que cette situation soit difficile pour vous. Comment expliquez-vous votre comportement ?»

(12.) Quand le client découvre le schéma principal à partir du problème présenté au départ, stimuler sa réflexion afin qu'il puisse trouver des liens avec une situation marquante qu'il a vécue dans le passé.

Interventions possibles:

- * «Vous avez découvert que votre problème est lié au fait que vous Si vous vous concentrez sur cela est-ce que vous trouvez des images/mots/situations/sentiments qui vous ramènent à une situation marquante que vous avez vécue dans le passé ?».

Diagramme des stratégies d'intervention du processus explicatif



Section B: Flèche descendante

Procédure générale

DUREE MAXIMUM 20 MIN.

Principe: Amener le client à découvrir la conviction de base ou le postulat silencieux qui est rattaché à un schémas plus profond et spécifique. Ensuite, après la découverte de la conviction de base inciter le client à trouver le schéma plus profond et éventuellement aussi les liens avec une situation marquante du passé.

Règles générales:

- *utiliser la même intervention tout au long de l'entretien*

Intervention initial: «Décrivez-moi votre problème».

1. Inciter le client à donner un exemple actuel précis du problème présenté.

Intervention possible:

- * «Décrivez-moi une situation précise où vous avez vécu cette tristesse/...dernièrement.»

2. Poser des questions de compréhension pour clarifier l'information reçue du client.

Interventions possibles:

- * «Qu'est-ce que vous aimeriez dire avec...?»

3. Centrer le client sur les aspects centraux du problème. Dans le cas où le client se centre sur les aspects périphériques du problème.

Interventions possibles:

- * «Pour vous, quel est l'aspect le plus important dans ce problème ?»

4. Amener le client à la découverte de sa conviction de base à partir d'une pensée ou bien d'une émotion liée à la situation présentée.

Intervention imposée:

- * «**Si c'était vrai qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous ?**»

5. Si le client montre au début de la difficulté à trouver les pensées automatiques ou les émotions liées à cette situation l'encourager à s'imaginer la situation comme si elle avait lieu actuellement.

Intervention possible:

- * «Je sais que des fois il est difficile de retrouver des pensées/des émotions. Pour cette raison je vous propose de vous imaginer la situation, comme si elle avait lieu actuellement. Dans ce cas, quelle est votre pensée/votre émotion ?»

6. Si le client est bloqué au cours de l'entretien et n'arrive plus à trouver les pensées automatiques/les émotions, thématiser l'évitement.

Intervention possible:

* «Apparemment il vous semble difficile de trouver des pensées/des émotions ? D'après vous qu'est-ce qui vous perturbe ?»

7. A partir de la conviction de base, solliciter le client à trouver le schéma principal.

Interventions possibles:

* «Vous avez découvert que la problématique que vous avez présentée est liée à une conviction personnelle (reformuler la conviction personnelle...). Selon vous qu'est-ce que cela veut dire concrètement ?»

* «Vous avez vu que cette conviction vous fait agir d'une certaine manière, ce qui vous apporte aussi une certaine souffrance. Au fond de vous, quelle est votre conviction ?»

8. Si le client montre de la peine à trouver le schéma principal, thématiser sa difficulté.

* «Apparemment, il vous semble difficile de réfléchir sur votre conviction personnelle (reformuler la conviction personnelle...). D'après vous d'où viens votre difficulté ?»

(9). A partir du schéma principal stimuler la réflexion du client afin qu'il puisse trouver des situations marquantes du passé qui pourraient selon lui expliquer l'existence du schéma.

Intervention possible:

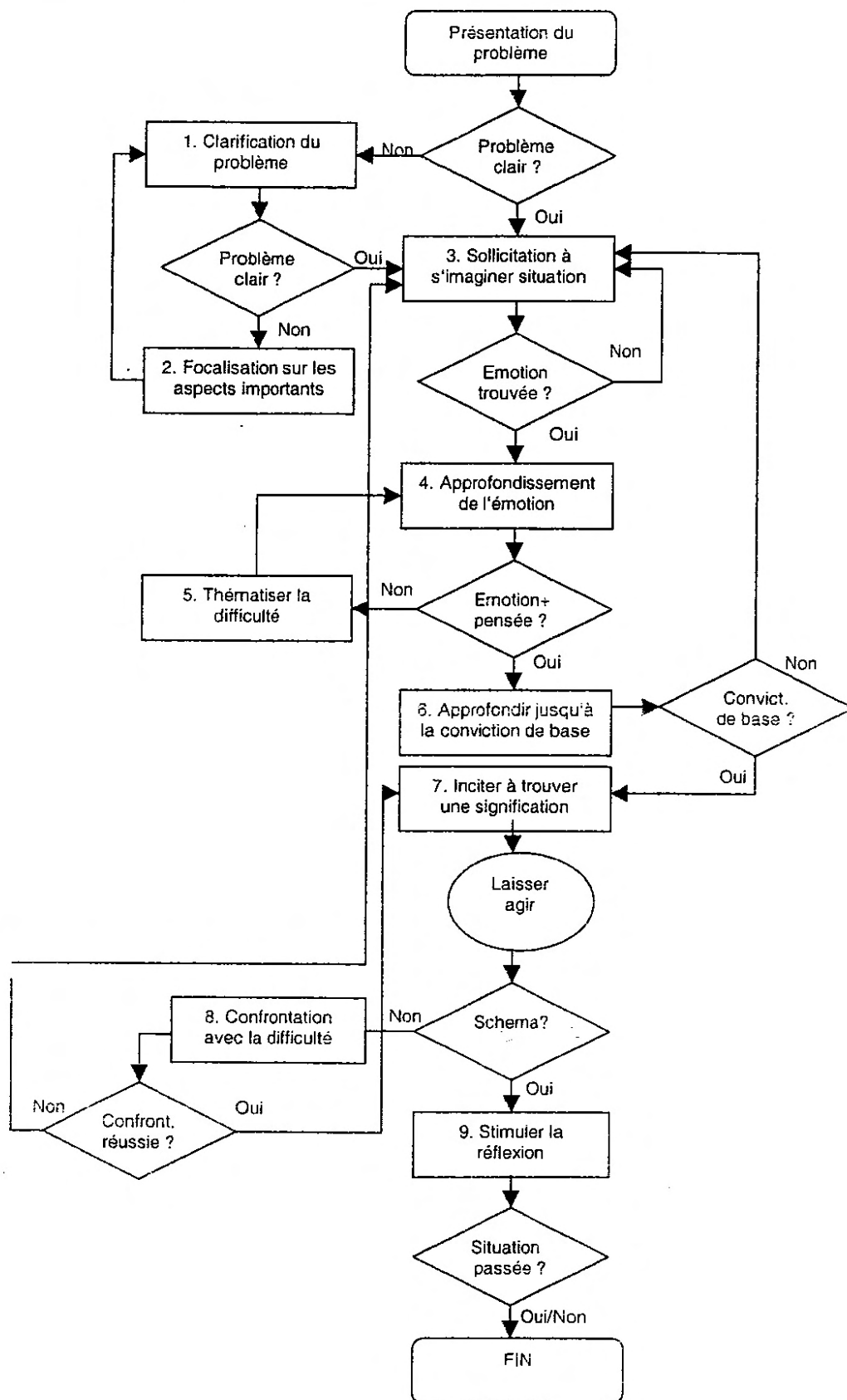
* «Vous avez découvert que la problématique que vous avez présentée est liée à une conviction personnelle (reformuler la conviction personnelle.....) et qu'à son tour cette conviction est généralisable à d'autres situations similaires par la conviction que (répéter le schéma principal...). Selon vous, qu'est-ce qui pourrais être lié à cette conviction ?»

(10). Si le client n'arrive pas à trouver une situation, proposez-lui de s'imaginer les différentes situations dans le passé qui auraient pu créer ce schéma.

Intervention possible:

* «Concentrez-vous sur cette phrase et visualisez les images du passé qui défilent lentement devant vous. Voyez-vous une image associée à cette conviction ?»

Diagramme des stratégies d'intervention de la flèche descendante



Section C: Entretien «initial»

Procédure générale

DUREE MAXIMUM 20 MIN.

Principe: Faire connaissance avec le client comme lors d'un entretien initial; se montrer empathique lorsqu'il aborde ses problèmes, mais éviter absolument l'approfondissement.

Règles générales:

- poser des questions «ouvertes»
- se montrer intéressé, mais pas indiscret
- éviter des questions gênantes, dans ce cas changer du sujet
- éviter absolument de parler des problèmes du sujet

1. Poser des questions ouvertes qui concernent par exemple les thèmes suivants:

- La situation de vie actuelle; habitation, famille/ami, âge,..
- Profession et loisirs; vacances, projets, intérêts,..

Interventions possibles:

- * «J'aimerais bien vous mieux connaître. Parlez-moi de votre habitation/famille/profession/..»
- * «Qu'est-ce que vous trouvez fascinant dans votre métier/loisir.. ?»
- * «Avez vous des projets dans l'avenir ?»

2. Si le sujet lors d'un thème épuise ses arguments lui proposer tout les thèmes de la liste suivante:

- * Réseau social
- * Profession
- * Loisirs
- * Projets d'avenir
- * Journée-type (weekend)
- * Cinéma
- * Théâtre/Opéra/Danse
- * Littérature
- * Vacances
- * Semaine de travail type
- * Préférences (habillement, voiture, habitation, animaux,..)

3. Si le client donne des réponses brèves, changer de thème, l'encourager à parler, souligner son propre intérêt.

Interventions possibles:

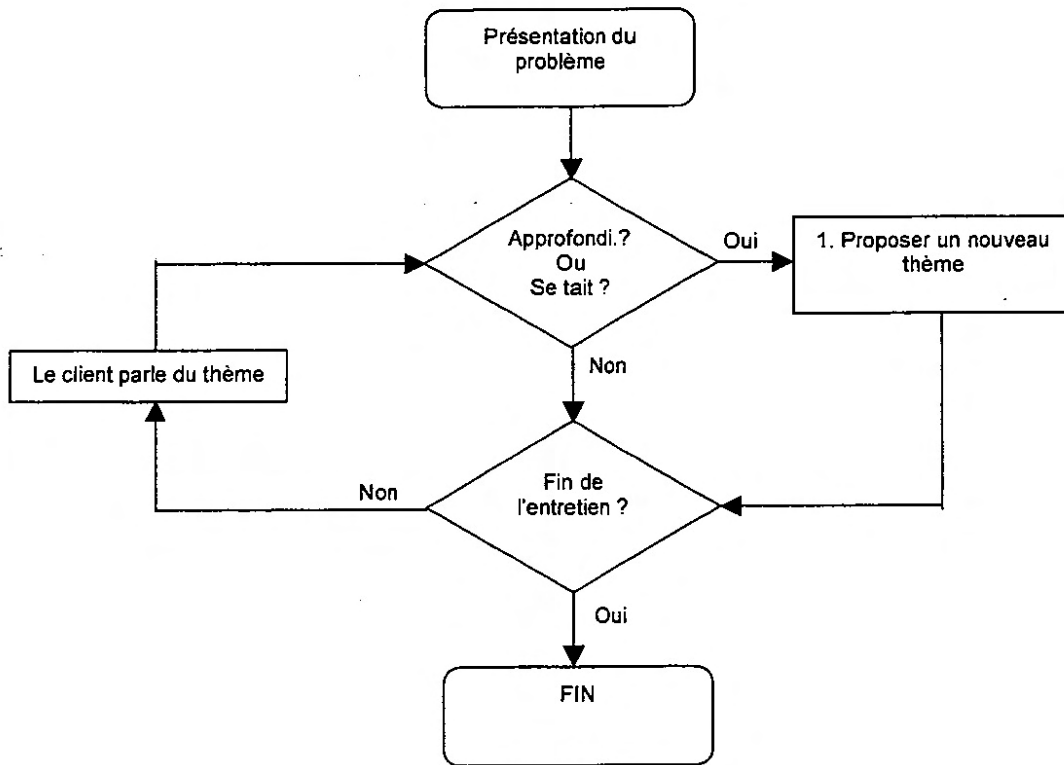
- * «Je suis consciente que cette situation vous paraît étrange, mais j'aimerais vraiment mieux vous connaître.»
- * «Il y a t'il un sujet actuel de la presse que vous aimeriez aborder ?»

4. Si le client aborde des problèmes personnels montrer sa propre compréhension et lui faire aborder le sujet d'une manière plus neutre.

Interventions possibles:

- * «Je comprends bien votre problème/souci, mais j'aimerais bien aborder ce thème d'une façon plus générale tout en m'intéressant bien sûr à vos avis personnels.»
- * «Je comprends que ce problème vous préoccupe maintenant, mais j'aimerais plutôt avoir une impression plus globale de votre vie, de façon que je puisse mieux vous connaître. Regardons maintenant votre réseau social...Comment est-ce qu'il se présente ?»

Diagramme des stratégies d'intervention de l'entretien «initial»



Références bibliographiques :

- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam.
- Reicherts, M. (1998). *L'entretien psychologique I: la thérapie centrée sur la personne et nouvelles approches*. Université de Fribourg, Institut de Psychologie.
- Reicherts, M. (1999). Comment gérer le stress ? Le concept des règles cognitivo-comportementales. Fribourg : Editions Universitaires Fribourg.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Annexe 4

Modes de traitement explicatif du client

Le processus explicatif / Les modes du traitement explicatif du client (Reicherts, 1998)

Niveau 1: Aucun traitement de contenu important

Niveau 2: Intellectualisation

Question: Comment pourrais-je expliquer ceci ? Quelle «théorie» s'applique à ça ?

Réponse: La personne utilise des savoirs sans relation avec ses émotions ou données (faits) personnelles.

Niveau 3: Rapport

Question: Qu'est-ce qui s'est passé concrètement ? Comment un contenu spécifique (une situation, un comportement) se présente-t-il ?

Réponse: Par des descriptions concrètes sans avoir recours explicitement à des évaluations et des émotions.

Niveau 4: Evaluation

Question: Quelle est la valeur d'un contenu ?

Réponse: Par attribution d'évaluations au contenu (p.ex. «Y est nul», «faire X est mauvais»). La valeur est considérée comme une caractéristique du contenu.

Niveau 5: Evaluation personnelle

Question: Comment j'évalue moi-même le contenu ?

Réponse: La personne évalue le contenu et reconnaît cette évaluation comme une partie de son cadre de référence.

Niveau 6: Signification personnelle

Question: Quelles émotions / sentiments ou significations ressenties («felt sens», sens ressenti) le contenu déclenche-t-il chez moi ?

Réponse: La personne peut actuellement sentir une émotion ou une signification ressentie par rapport au contenu et elle le signale.

Niveau 7: Explication des structures de signification / construction des représentations

Question: Qu'est-ce qui me fait ressentir ce contenu de cette manière ?

Réponse: La personne explique et «verbalise» des aspects (composantes) de signification qu'elle reconnaît chez elle par rapport au contenu.

Niveau 8: Intégration

Question: Est-ce que je trouve des relations avec d'autres aspects de signification (chez moi) ?

Réponse: La personne met en relation les aspects de signification expliqués avec d'autres aspects; elle trouve des liens, mais aussi des contradictions.

Échelle utilisée:

- Reicherts, M. (1998). *L'entretien psychologique I: la thérapie centrée sur la personne et nouvelles approches*. Université de Fribourg, Institut de Psychologie.

Annexe 5

Offres de traitement explicatif de thérapeute

Les offres de traitement du thérapeute

(Reicherts, 1998)

Niveau 1: Aucun traitement de contenu important

Le thérapeute n'encourage pas le client à traiter des contenus qui sont pertinents.

Niveau 2: Intellectualisation

Le thérapeute encourage le client à exprimer des hypothèses ou des suppositions concernant les contenus abordés, à les intellectualiser.

Niveau 3: Rapport

Le thérapeute encourage le client à décrire de manière concrète le contenu.

Niveau 4: Evaluation

Le thérapeute encourage le client à donner une valeur au contenu ou aux précédents modes de traitement de manière descriptive.

Niveau 5: Evaluation personnelle

Le thérapeute encourage le client à donner une évaluation personnelle au contenu.

Niveau 6: Signification personnelle

Le thérapeute encourage le client à signaler une émotion ou une signification ressentie par rapport au contenu.

Niveau 7: Explication des structures de signification / construction des représentations

Le thérapeute encourage le client à expliquer et verbaliser des aspects (composantes) émotionnels de signification qu'il reconnaît chez lui par rapport au contenu.

Niveau 8: Intégration

Le thérapeute encourage le client à mettre en relation les aspects de signification expliqués avec d'autres; à trouver des liens, mais aussi des contradictions, et à les intégrer.

Échelle utilisée:

- Reicherts, M. (1998). *L'entretien psychologique I: la thérapie centrée sur la personne et nouvelles approches*. Université de Fribourg, Institut de Psychologie.

Annexe 6

Questionnaires du type « screening » pour le client

Date:.....

Âge:.....

Vous trouverez dans les pages qui suivent divers questionnaires auxquels on vous demande de répondre.

***Faites attention de répondre à toutes les questions !!
Les résultats seront traités confidentiellement !***

 ***Merci de votre collaboration !***

 ***Sachez que nous apprécions beaucoup votre engagement et qu'il nous est très précieux !***

Consigne

Ce questionnaire porte sur votre façon de vivre vos émotions, vos états affectifs, ainsi que vos humeurs dans la vie de tous les jours.

Répondez de la manière qui vous correspond le mieux et non pas de la manière qui vous paraît être la plus juste. Faites attention de répondre à toutes les questions.

Dans les cas où aucune réponse ne vous paraît satisfaisante, choisissez la réponse qui se rapproche le plus de vos réactions.

Merci de votre collaboration !

En général, il me semble que :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Je trouve difficile de parler de ma vie affective	0	1	2	3	4
2. Ce qui se passe dans mon corps est en rapport avec mon humeur	0	1	2	3	4
3. Je n'aime pas exprimer ou communiquer mes émotions	0	1	2	3	4
4. Ce qui se passe à l'intérieur de moi transparaît dans mon comportement	0	1	2	3	4
5. Je préfère garder pour moi les choses qui me préoccupent	0	1	2	3	4
6. J'arrive à atténuer mes émotions, même dans des situations difficiles	0	1	2	3	4
7. Les autres me font remarquer les humeurs que j'exprime	0	1	2	3	4
8. Il m'est agréable que les autres puissent savoir comment je vais	0	1	2	3	4
9. Pour trouver la raison de mes émotions, je dois réfléchir longtemps	0	1	2	3	4

En général, il me semble que :

	Pas du tout ▼	Un peu ▼	Modérément ▼	Beaucoup ▼	Extrêmement ▼
10. Pour moi, il y a trop peu d'expression de sentiments dans la vie quotidienne	0	1	2	3	4
11. Par moments, je me sens sous l'emprise d'une émotion sans savoir comment l'affronter	0	1	2	3	4
12. Je distingue bien les états dans lesquels je me trouve	0	1	2	3	4
13. Mes humeurs ne regardent pas les autres	0	1	2	3	4
14. Mon état physique me fait réfléchir sur mes émotions	0	1	2	3	4
15. Mon humeur se voit à travers mes comportements et mes expressions	0	1	2	3	4
16. Par moments, des fortes émotions me font craquer	0	1	2	3	4
17. Je sais très bien dans quel état affectif je me trouve	0	1	2	3	4
18. J'aimerais qu'il soit plus facile dans notre société d'exprimer ses sentiments	0	1	2	3	4
19. Je sais qu'il est possible de lire mon état interne sur mon visage	0	1	2	3	4
20. Il y a trop peu de gens qui arrivent à exprimer leurs émotions	0	1	2	3	4
21. J'arrive à reporter l'impact d'une forte émotion	0	1	2	3	4
22. Mon état corporel peut attirer mon attention	0	1	2	3	4
23. Je fais volontiers part aux autres de mes sentiments même désagréables	0	1	2	3	4
24. Mes sentiments forts sont accompagnés de réactions corporelles internes	0	1	2	3	4

En général, il me semble que :

	Pas du tout ▼	Un peu ▼	Modérément ▼	Beaucoup ▼	Extrêmement ▼
25. Dès l'enfance, il y a trop de normes sociales qui empêchent l'échange émotionnel	0	1	2	3	4
26. Mes émotions et sentiments sont parfois intenses, mais j'arrive à les réguler	0	1	2	3	4
27. Je peux nommer précisément tous mes états affectifs	0	1	2	3	4
28. Je sais toujours précisément comment je vais	0	1	2	3	4
29. L'anonymat dans la vie quotidienne empêche l'affectivité	0	1	2	3	4
30. Il m'arrive de m'effondrer sous mes sentiments	0	1	2	3	4
31. Je peux mal cacher ce que je ressens	0	1	2	3	4
32. Je peux toujours m'expliquer pourquoi je me trouve dans un certain état affectif	0	1	2	3	4
33. Mon excitation transparait peu à l'extérieur	0	1	2	3	4
34. Pour moi, il est important de communiquer aux autres comment je vais	0	1	2	3	4
35. Mes émotions se révèlent tout d'un coup, et je sais ce qu'elles signifient	0	1	2	3	4
36. Dans certaines circonstances, c'est par mes réactions internes que je remarque comment je vais	0	1	2	3	4

Autres questionnaires utilisés :

- **SCL-90-R** (Pariente & Guelfi, 1990)
- **E.P.I** (Eysenck & Eysenck, 1971)
- **IPC** (Krampen, 1981)

Questionnaires utilisés:

- Pariente, Ph. & Guelfi, J. D. (1990). Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1^{re} partie: inventaires multidimensionnels. *Psychiatr. Psychobiol.*, 5, 49-63.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1971). *Inventaire de personnalité d'Eysenck (E.P.I.)*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen («Locus of Control»)*. Deutsche Bearbeitung der IPC-Scales von H. Levenson. Göttingen: Hogrefe.
- Reicherts, M. (1999). *Dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (DOE): Concept théorique, instrument et études de validation*. Poster présenté au Congrès de la SSP, Université de Fribourg.

Annexe 7

Echelles appliquées au client avant l'entretien

Date:.....

Vous trouverez dans les pages qui suivent divers questionnaires auxquels on vous demande de répondre.

***Faites attention de répondre à toutes les questions !!
Les résultats seront traités confidentiellement !***

 ***Merci de votre collaboration !***

 ***Sachez que nous apprécions beaucoup votre engagement et qu'il nous est très précieux !***

Problème 2 avant

Dans ce questionnaire vous trouverez différentes parties qui se réfèrent au **deuxième problème** que vous aller aborder lors de l'entretien.

1. Description du deuxième problème

Décrivez le deuxième problème que vous aimeriez parler lors de l'entretien. Il devrait s'agir d'un problème qui vous touche personnellement. Ce problème devrait se distinguer du premier problème que vous venez de décrire. Prenez du temps et essayez de bien cibler votre problème.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. L'importance personnelle du premier problème

Évaluez le niveau **d'importance personnelle** qu'a pour vous ce **deuxième problème**.

• A l'heure actuelle j'estime que ce **deuxième problème** est pour moi**important**. Cochez la case correspondante:

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

extrêmement

Problème 3 avant

Dans ce questionnaire vous trouverez différentes parties qui se réfèrent au **troisième problème** que vous allez aborder lors de l'entretien.

1. Description du troisième problème

*Décrivez le **troisième problème** que vous aimeriez parler lors de l'entretien. Il devrait s'agir d'un problème qui vous touche personnellement. Ce problème devrait se distinguer des autres deux problèmes que vous avez décrit dans les questionnaires précédents. Prenez du temps et essayez de bien cibler votre problème.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. L'importance personnelle du premier problème

*Évaluez selon vous le niveau **d'importance personnelle** qu'a pour vous ce **troisième problème**.*

• *A l'heure actuelle j'estime que ce **troisième problème** est pour moi**important**. Cochez d'après vous la case correspondante:*

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

extrêmement

Autre questionnaire utilisé :

- **L'échelle d'émotions différentielle d'Izard** (Ouss, Carton, Jouvent, & Wildlöcher, 1990)

Consigne:

A partir des **trois problèmes** que vous venez de décrire dans les questionnaires précédents, on vous demande pour chaque problème,

- **premièrement:** d'évaluer l'importance que vous donnez à chaque problème par rapport aux autres,
- **deuxièmement:** de décrire un état optimum qui exprimerait selon vous l'amélioration ou la résolution du problème en question,
- **troisièmement:** de décrire un état d'aggravation qui rendrait compte selon vous de la détérioration de la situation par rapport à l'état initial du problème présenté.

Essayez de décrire **l'état optimum** et **l'état d'aggravation** en quelques mots et d'une façon claire. L'état optimum et l'état d'aggravation peuvent même décrire des petits changements qui peuvent être de nature diverse comme un comportement, une pensée, une émotion, etc.

L'état optimum correspond à 100% et l'état aggravation correspond à - 20%. Décrivez l'état optimum et l'état d'aggravation directement dans l'échelle, au niveau 100% pour l'état optimum et au niveau - 20% pour l'état d'aggravation.

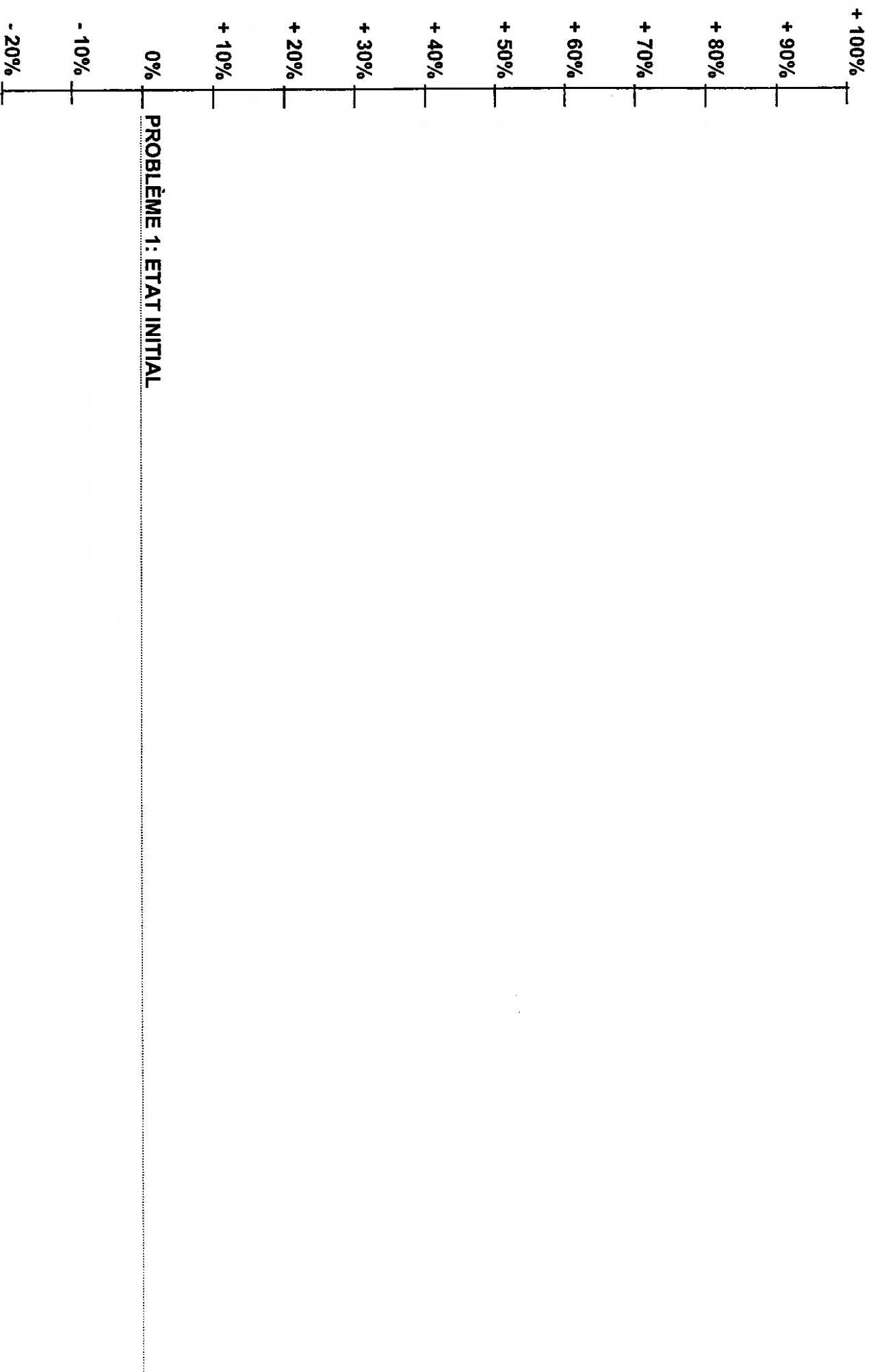
Evaluation de l'importance personnelle des trois problèmes

Evaluez de 0 - 100 l'importance que vous donnez **au premier problème** par rapport aux autres:.....

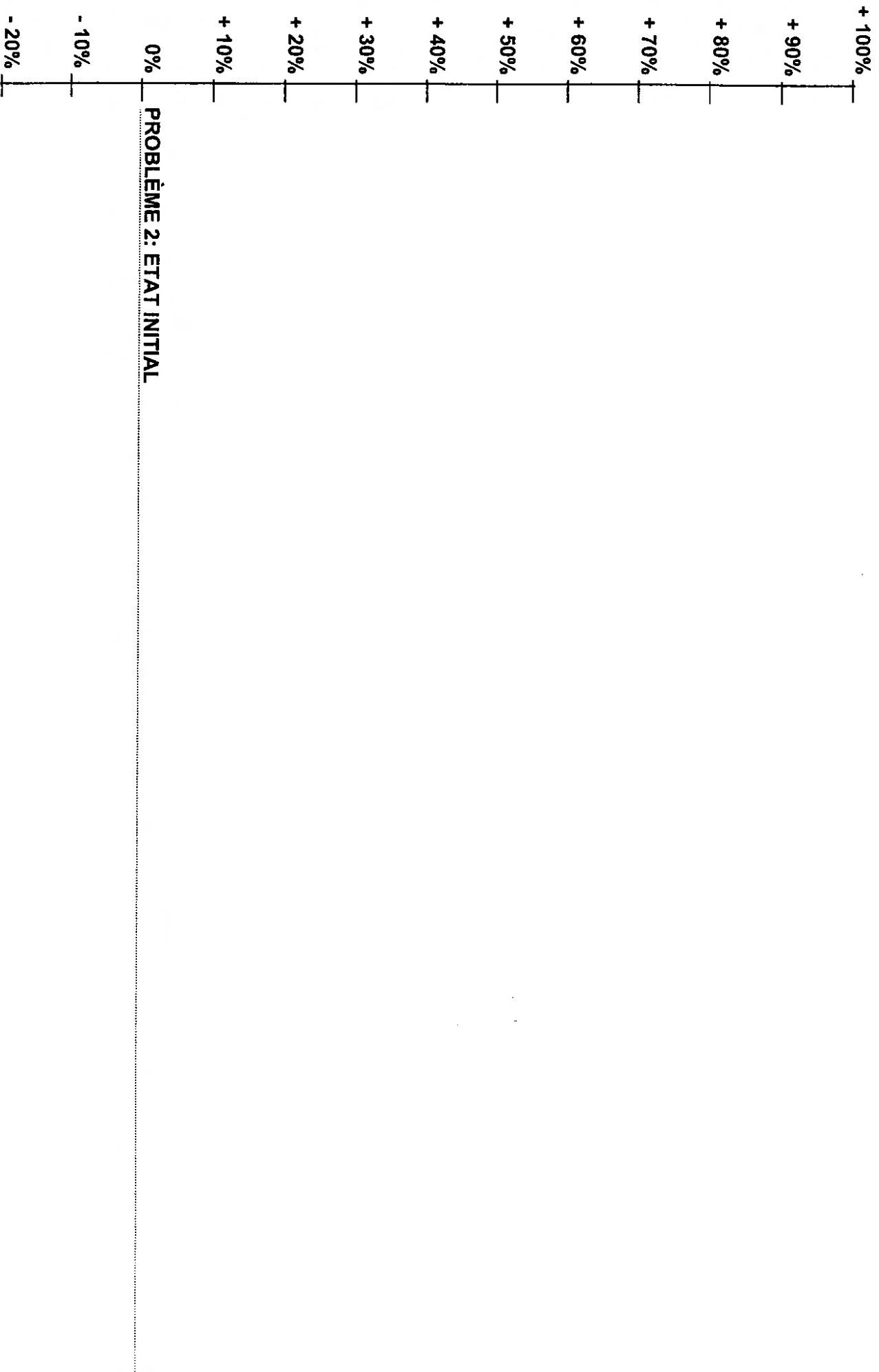
Evaluez de 0 - 100 l'importance que vous donnez **au deuxième problème** par rapport aux autres:.....

Evaluez de 0 - 100 l'importance que vous donnez **au troisième problème** par rapport aux autres:.....

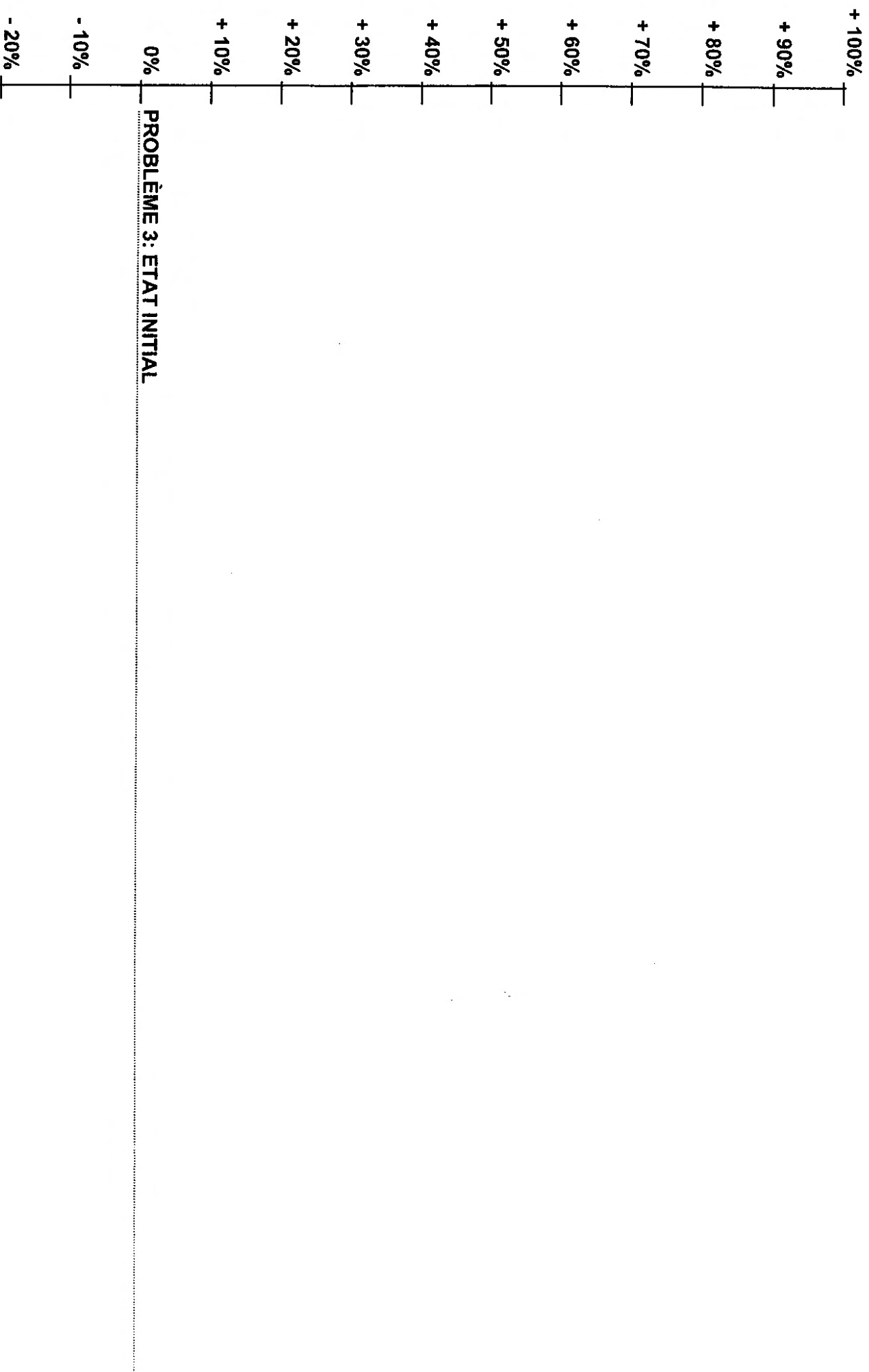
PROBLÈME 1 : Décrivez dans l'échelle l'état optimum au niveau 100% et l'état d'aggravation au niveau - 20%.



PROBLÈME 2: Décrivez dans l'échelle l'état optimum au niveau 100% et l'état d'aggravation au niveau - 20%.



PROBLÈME 3: Décrivez dans l'échelle l'état optimum au niveau 100 % et l'état d'aggravation au niveau - 20 %.



Questionnaires utilisés:

- Ouss, L., Carton, S., Jouvent, R. & Wildlöcher, D. (1990). Traduction et validation de l'échelle d'émotions différentielle d'Izard. *L'encéphale*, XVI, 453-8.
- Reicherts, M. & Pauls, H., (1998). *L'évaluation des buts à atteindre*. Fribourg/Suisse : Université de Fribourg, Institut de Psychologie. (Dt. Version : Pauls, H. & Reicherts, M. (2001). *Ziel-Erreichungs-Analyse (ZEA) in Psychotherapie und Beratung*. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Würzburger Leitfaden zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie (Version 3)*. Köln: GwG-Verlag.)

Annexe 8

Echelles appliquées au client après l'entretien

Date:.....

Vous trouverez dans les pages qui suivent divers questionnaires auxquels on vous demande de répondre.

***Faites attention de répondre à toutes les questions !!
Les résultats seront traités confidentiellement !***

 ***Merci de votre collaboration !***

 ***Sachez que nous apprécions beaucoup votre engagement et qu'il nous est très précieux !***

Consigne

Ce questionnaire porte sur votre façon de vivre vos émotions, vos états affectifs, ainsi que vos humeurs **dans la situation ... que vous venez de vivre.**

Répondez de la manière qui vous correspond le mieux et non pas de la manière qui vous paraît être la plus juste. Faites attention de **répondre à toutes les questions**. Dans les cas où aucune réponse ne vous paraît satisfaisante, choisissez la réponse qui se rapproche le plus de vos réactions.

Merci de votre collaboration !

Dans la situation que je viens de vivre ...

	Pas du tout ▼	Un peu ▼	Modérément ▼	Beaucoup ▼	Extrêmement ▼
1. J'ai très bien su dans quel état affectif je me trouvais	0	1	2	3	4
2. J'ai préféré garder pour moi les choses qui me préoccupent	0	1	2	3	4
3. A certains moments, ça a été par mes réactions internes que j'ai remarqué comment j'allais	0	1	2	3	4
4. J'ai pu mal cacher ce que j'ai ressenti	0	1	2	3	4
5. Je suis arrivé à atténuer mes émotions, même à des moments difficiles	0	1	2	3	4
6. J'ai pu nommer précisément mes états affectifs	0	1	2	3	4
7. Je n'ai pas aimé m'exprimer ou communiquer mes émotions	0	1	2	3	4
8. Mon état physique m'a fait réfléchir	0	1	2	3	4
9. Mon humeur se voyait à travers mes comportements et mes expressions	0	1	2	3	4
10. Par moments, je me suis senti(e) sous l'emprise d'une émotion sans savoir comment l'affronter	0	1	2	3	4
11. J'ai bien distingué les états dans lesquels je me trouvais	0	1	2	3	4
12. J'ai volontiers fait part aux autres de mes sentiments, même désagréables	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments forts ont été accompagnés de réactions corporelles internes	0	1	2	3	4
14. Ce qui s'est passé à l'intérieur de moi transparaît sur mon visage	0	1	2	3	4
15. Je suis arrivé(e) à reporter l'impact d'une forte émotion	0	1	2	3	4

Problème 1 après

Dans les questionnaires qui suivent, on vous demande de reprendre les **trois problèmes** que vous avez présentés durant l'entretien. Il s'agit maintenant de prendre position par rapport à ces trois problèmes.

Dans ce questionnaire vous trouverez différentes parties qui se réfèrent au **premier problème** que vous avez traité durant l'entretien.

1. Sujet du premier problème

Nommez le **premier problème** que vous avez abordé pendant l'entretien:

2. L'importance personnelle du premier problème

Évaluez selon vous le niveau **d'importance personnelle** qu'a pour vous ce **premier problème**.

• A l'heure actuelle j'estime que ce **premier problème** est pour moi**important**. Cochez la case correspondante:

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

extrêmement

3. La motivation personnelle

Évaluez maintenant votre **motivation personnelle** après avoir traité ce **premier problème** durant l'entretien.

• A l'heure actuelle j'estime que ma motivation personnelle après avoir traité ce **premier problème** est**élevée**. Cochez la case correspondante:

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

extrêmement

4. Les raisons personnelles

Essayez - si cela vous est possible - de trouver des **raisons personnelles** qui pourraient expliquer la raison pour laquelle ce **premier problème** vous préoccupe.

• A l'heure actuelle je pense que mon **premier problème** s'explique par....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Une situation difficile du passé proche ou lointain

*Essayez - si cela vous est possible - de vous rappeler une **situation difficile** dans le passé proche ou lointain qui pourrait expliquer votre problème actuel.*

- *A l'heure actuelle je pense que mon **premier problème** provient...*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Problème 2 après

Dans ce questionnaire vous trouverez différentes parties qui se réfèrent au **deuxième problème** que vous avez traité durant l'entretien.

1. Sujet du deuxième problème

Nommez le **deuxième problème** que vous avez abordé pendant l'entretien:

2. L'importance personnelle du deuxième problème

Évaluez selon vous le niveau **d'importance personnelle** qu'a pour vous ce **deuxième problème**.

• A l'heure actuelle j'estime que ce **deuxième problème** est pour moi**important**. Cochez la case correspondante:

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 extrêmement

3. La motivation personnelle

Évaluez maintenant votre **motivation personnelle** après avoir traité ce **deuxième problème** durant l'entretien.

• A l'heure actuelle j'estime que ma **motivation personnelle** après avoir traité ce **deuxième problème** est**élevée**. Cochez la case correspondante:

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 extrêmement

4. Les raisons personnelles

Essayez - si cela vous est possible - de trouver des **raisons personnelles** qui pourraient expliquer la raison pour laquelle ce **deuxième problème** vous préoccupe.

• A l'heure actuelle je pense que mon **deuxième problème** s'explique par....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

5. Une situation difficile du passé proche ou lointain

*Essayez - si cela vous est possible - de vous rappeler une **situation difficile** dans le passé proche ou lointain qui pourrait expliquer votre problématique actuelle.*

- *A l'heure actuelle je pense que mon **deuxième problème** provient....*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Problème 3 après

Dans ce questionnaire vous trouverez différentes parties qui se réfèrent au **troisième problème** que vous avez traité durant l'entretien.

1. Sujet du troisième problème

Nommez le **troisième problème** que vous avez abordé pendant l'entretien:

2. L'importance personnelle du troisième problème

Évaluez selon vous le niveau **d'importance personnelle** qu'a pour vous ce **troisième problème**.

• A l'heure actuelle j'estime que ce **troisième problème** est pour moi**important**. Cochez la case correspondante:

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 extrêmement

3. La motivation personnelle

Évaluez maintenant votre **motivation personnelle** après avoir traité ce **troisième problème** durant l'entretien.

• A l'heure actuelle j'estime que ma motivation personnelle après avoir traité ce **troisième problème** est**élevée**. Cochez la case correspondante:

pas du tout

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 extrêmement

4. Les raisons personnelles

Essayez - si cela vous est possible - s'il vous semble possible de trouver des **raisons personnelles** qui pourraient expliquer la raison pour laquelle ce **troisième problème** vous préoccupe.

• A l'heure actuelle je pense que mon **troisième problème** s'explique par....

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

5. Une situation difficile du passé proche ou lointain

*Essayez - si cela vous est possible - de vous rappeler une **situation difficile** dans le passé proche ou lointain qui pourrait expliquer votre problématique actuelle.*

- *A l'heure actuelle je pense que mon **troisième problème** provient....*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EBA APRÈS

Consigne:

Vous venez de traiter les **trois problèmes** dans l'entretien. On vous demande maintenant, à partir des trois échelles que vous avez eues au début de l'entretien, d'évaluer pour **chaque problème**:

Si selon vous, par rapport à l'état initial avant l'entretien il y a un changement qui s'est produit.

L'échelle s'étale de - 20% à 100%:

100% = complètement amélioré (optimum)

75% = fortement / nettement amélioré (assez)

50% = sensiblement amélioré (moyen)

25% = faiblement amélioré (un peu)

0% = inchangé

-20% = légèrement empiré (un peu)

Essayez de décrire **le changement** en quelques mots et d'une façon claire. Le changement peut être de nature diverse comme un comportement, une pensée, une émotion, etc.

Décrivez le changement directement dans l'échelle.

Autre questionnaire utilisé :

- **L'échelle d'émotions différentielle d'Izard** (Ouss, Carton, Jouvent, & Wildlöcher, 1990)

Questionnaires utilisés:

- Ouss, L., Carton, S., Jouvent, R. & Wildlöcher, D. (1990). Traduction et validation de l'échelle d'émotions différentielle d'Izard. *L'encéphale*, XVI, 453-8.
- Reicherts, M., Casellini, D., Duc, F., Grespi, N., Romailier, M. & Balmelli, S. (2004). *L'«ouverture émotionnelle» chez les personnes souffrant de troubles de la dépendance et de troubles de la personnalité (Rapport scientifique No. 160)*. Fribourg: Université, Département de Psychologie.
- Reicherts, M. & Pauls, H., (1998). *L'évaluation des buts à atteindre*. Fribourg/Suisse : Université de Fribourg, Institut de Psychologie. (Dt. Version : Pauls, H. & Reicherts, M. (2001). *Ziel-Erreichungs-Analyse (ZEA) in Psychotherapie und Beratung*. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Würzburger Leitfaden zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie (Version 3)*. Köln: GwG-Verlag.)

Annexe 9

Questionnaire du client

Questionnaire utilisé :

- **Questionnaire du client** (Grawe & Ambühl, 1988)

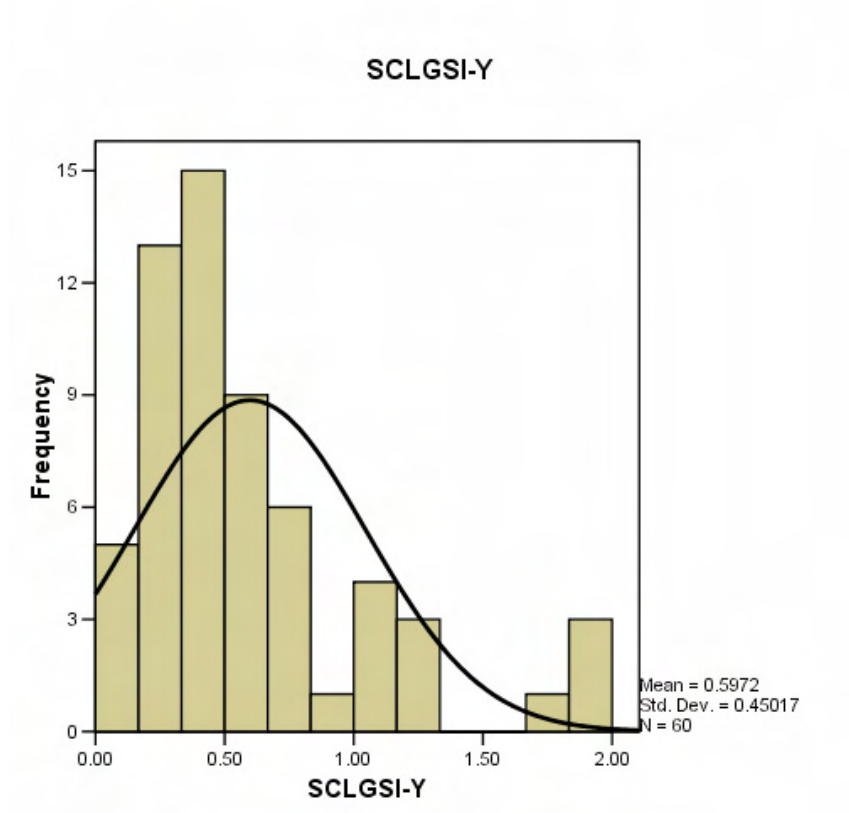
Questionnaire utilisé :

- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, Vol. 36 (4), 308-327.

Annexe 10

Graphique 1: Fréquences et moyennes de l'index de sévérité global GSI de la population de référence

Graphique 1: Fréquences et moyennes de l'échelle de l'index de sévérité global GSI de la population de référence



Annexe 11

Catégories pour la classification des arguments concernant les raisons personnelles et le souvenir d'une situation difficile du passé proche ou lointain

Catégories pour la classification des arguments concernant les raisons personnelles et le souvenir d'une situation difficile du passé proche ou lointain

1 = Maladies personnelles d'ordre physique/psychique

2 = Problèmes relationnels internes, très proches à la personne, liés au couple, aux enfants

3 = Problèmes relationnels internes, moins proches à la personne, liés aux parents, aux amis

4 = Problèmes relationnels externes, liés à la profession ou dans à domaines

5 = Problèmes divers liés à la nature de la personne, timidité, ...

6 = Problèmes de nature diverse, problèmes financiers, déménagement...