

Cyril TARQUINIO
et al.

Manuel des psychothérapies complémentaires

Fondements
Mise en œuvre
Cas cliniques

DUNOD

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

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

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

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2012
ISBN 978-2-10-058144-3

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

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

*Un grand merci à Mme Jeanne Dugour de HomeBuro
pour sa contribution à la réalisation technique de ce livre.*

*À ma femme Pascale Tarquinio, bienveillante et toujours présente,
elle est mon meilleur critique. Merci.*

À Charlotte, Camille et Clément.

Liste des auteurs

CYRIL TARQUINIO, Psychologue, Psychothérapeute, Professeur des Universités, Université de Lorraine, Université Paul Verlaine de Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

STÉPHANIE BRANCHI, Doctorante, Université de Lorraine, Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

MARIE-JO BRENNSTUHL, Psychologue, Doctorante, Université de Lorraine, Metz, APEMAC, EPS.

MARIE-LOU COSTANTINI-TRAMONI, Maître de Conférence, Université de Lorraine, Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

LOUIS CROCQ, Médecin Général (CR), Psychiatre des Armées, Professeur honoraire à l'Université René Descartes (Paris V). Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, SAMU de Paris, Hôpital Necker, 149 Rue de Sèvres, 75015 Paris.

JÉRÔME DINET, Maître de Conférence, Université de Lorraine, Metz, Laboratoire ETIC.

KAMEL GANA, Professeur de Psychologie de la santé, Université de Bordeaux, Université Bordeaux Segalen, Laboratoire de Psychologie Santé et Qualité de Vie EA 4139.

REBECCA GODARD, Doctorante, Psychologue, Université de Lorraine, Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

PASCALINE K'DELANT, Docteur en Psychologie, Psychologue, Psychothérapeute, Université Bordeaux Segalen, Laboratoire de Psychologie Santé et Qualité de Vie EA 4139.

ANNE LANCELOT, Docteur en Psychologie, Docteur en Psychologie clinique, Psychologue, Université de Lorraine, Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

OLIVIER LEFEBVRE, Docteur en Psychologie, Psychologue, Chargé de recherches au CHU d'Amiens.

FRANÇOISE LESCANE, Professeur de yoga diplômée, Kinésithérapeute, Metz.

FIROUZEH MEHRAN, Docteur en Psychologie, Psychologue clinicienne, Paris.

DJAMILA MEZRED, Docteur en Psychologie, Université Bordeaux Segalen, Laboratoire de Psychologie Santé et Qualité de Vie EA 4139.

JEAN-LOUIS MONESTÈS, Docteur en Psychologie, Psychologue, Psychothérapeute, Pôle de Santé Mentale, CHR de la Réunion.

SÉBASTIEN MONTEL, Maître de Conférence (HDR), Université de Lorraine, Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

THÉODORE-YVES NASSÉ, Docteur en Psychologie, Psychologue clinicien, Sophrologue, Paris.

FRÉDÉRIQUE PETER, Doctorant, Psychologue à l'Hôpital Claude Bernard de Metz, Université de Lorraine, Université Paul Verlaine de Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

JENNY ANN RYDBERG, Psychologue associée, Présidente EMDR France, Université de Lorraine, Université Paul Verlaine de Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

LIONEL STRUB, Docteur en Psychologie, Psychologue, Psychothérapeute, Consultant, Université de Lorraine, Metz, APEMAC, EPSAM EA 4360.

MATTHIEU VILLATTE, Docteur en Psychologie, Psychologue, Université de Louisiane, Lafayette, USA.

Table des matières

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	VII
--------------------------	-----

<i>INTRODUCTION</i>	1
---------------------	---

Cyril Tarquinio	
Bibliographie	13

PREMIÈRE PARTIE

OUVERTURES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET FONDAMENTAUX DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

1. Le stress ou la psychopathologie « de la modernité »	17
Lionel Strub, Cyril Tarquinio	
Introduction	17
Approche cognitive du stress selon le modèle de Beck	21
Stress au travail et conséquences sur la santé	26
<i>Le cadre diagnostic du stress, 27 • Stress au travail et incidences sur la santé mentale, 28 • Stress au travail et santé cardiovasculaire, 32 • Stress au travail et affections musculosquelettiques, 34 • Stress au travail et autres incidences sur la santé, 36</i>	
Conclusion	37
Bibliographie	38

2. Psychopathologie et maladies physiques	43
Frédérique Peter, Cyril Tarquinio	
Introduction	43
Les troubles dépressifs	46
<i>Dépression et cancer, 47 • VIH/sida à l'épreuve de la dépression, 50 • Dépression et maladies cardiovasculaires (MCV), 52 • La dépression dans le cas du diabète, 54 • Troubles dépressifs chez les asthmatiques, 55 • Dépression et épilepsie : une phénoménologie en marge des grandes entités psychiatriques, 57</i>	
Les troubles anxieux	59
<i>Anxiété et cancer, 60 • Troubles anxieux dans les MCV, 63 • Le couple asthme-anxiété, 65 • Troubles de l'anxiété chez les diabétiques, 66 • Épilepsie et anxiété, 68</i>	
Affects psychotraumatiques dans la maladie somatique : évidences, questionnements et perspectives	70
<i>Psychotraumatisme et VIH/sida, 70 • Maladies cardiovasculaires et état de stress post-traumatique, 71 • Psychotraumatisation dans les affections néoplasiques, 73 • Diabète et psychotrauma, 74</i>	
Conclusion	74
Bibliographie	75
3. L'empathie : une dimension centrale du processus psychothérapeutique	79
Anne Lancelot, Marie-Lou Costantini-Tramoni, Cyril Tarquinio	
Introduction : essor du concept empathie	79
L'empathie « profane » : un concept complexe dépassant le cadre de la prise en charge psychothérapeutique	81
<i>Genèse de l'empathie, 81 • Empathie et comportements pro-sociaux, 82 • L'empathie comme « ciment social », 83</i>	
Distinction entre empathie professionnelle et empathie « profane »	85
L'empathie au cœur de différents courants psychothérapeutiques	89
<i>Empathie et psychanalyse, 89 • Empathie et psychologie humaniste, 94 • Empathie et thérapies cognitivo-comportementales, 96 • Extension de l'empathie au cadre du soin, 98</i>	
L'empathie : un des facteurs communs dans les psychothérapies	100

L'empathie : ses manifestations et son développement	104
<i>Ses manifestations, 104 • Son développement, 107</i>	
Conclusion	108
Bibliographie	110
4. L'approche cathartique : entre tradition et nouveauté	117
Louis Crocq	
Introduction : Freud et la méthode cathartique	117
Catharsis et psychothérapie dans la Grèce antique	119
La crise salutaire au siècle des Lumières	121
Le somnambulisme artificiel, l'hypnotisme et l'hypnose dans la médecine du XIX ^e siècle	123
Le rôle de la parole dans la cure de désinfection morale selon Pierre Janet	126
Procédés cathartiques et névroses de guerre : hypnose et narco-analyse en 1914-1918 et 1939-1945	128
Le devenir de la méthode cathartique après 1945	131
Le traitement cathartique des états de stress post-traumatiques aujourd'hui	133
Place de la catharsis dans toute psychothérapie	134
Conclusion : l'approche cathartique dans la psychothérapie d'aujourd'hui et de demain	136
Bibliographie	136

DEUXIÈME PARTIE

APPROCHES PSYCHO-COGNITIVES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

5. Les TCC dans le champ de la santé et de la maladie	141
Sébastien Montel	
Introduction	141
TCC et douleur chronique	142
<i>Problématique et prise en charge, 142 • Traitement d'une patiente en rémission d'un cancer et souffrant de douleurs chroniques par une TCC, 145</i>	

TCC et claustrophobie	151
<i>Problématique et prise en charge, 151 • Application des TCC dans le traitement de la claustrophobie d'une patiente atteinte d'un cancer et devant subir une IRM et une radiothérapie, 154</i>	
Conclusion	163
Bibliographie	163
6. Un avenir pour les jeux vidéo dans la prise en charge psychothérapeutique ?	165
Rebecca Godard, Cyril Tarquinio	
Introduction	165
Les supports de jeu	169
<i>Les périphériques, 169 • L'interface, 173 • L'avatar, 174</i>	
Présentation de quelques jeux vidéo	175
<i>Ico, 175 • Les Sims, 178 • Jouer sa vie ou vivre son jeu ?, 181</i>	
Le jeu vidéo : créateur de pathologie ?	183
Le jeu vidéo comme support psychothérapeutique	185
<i>« Dis-moi à quoi tu joues, je te dirai qui tu es. », 186 • Les enjeux pulsionnels et narcissiques. La symbolisation, 188 • Le Soi et l'Autre, 191</i>	
La thérapie par réalité virtuelle (TRV)	193
<i>Exposition par réalité virtuelle ou exposition standard ?, 200</i>	
Rééducation, maintien des acquis et apprentissage par des supports virtuels	202
Conclusion	203
Bibliographie	204
7. L'application de la thérapie des schémas à la clinique	207
Firouzeh Mehran	
Introduction	207
Les schémas précoces inadaptés	209
<i>La définition des schémas précoces inadaptés, 209 • Les caractéristiques des schémas, 209 • Les origines des schémas précoces inadaptés, 209</i>	
Les domaines de schémas et les 18 schémas précoces inadaptés	211
<i>Domaine I : séparation et rejet, 211 • Domaine II : manque d'autonomie et de performance, 213 • Domaine III : manque</i>	

<i>de limites, 214 • Domaine IV : orientation vers les autres, 215 •</i>	
<i>Domaine V : sur-vigilance et inhibition, 216</i>	
Les stratégies d'adaptation	218
Les modes des schémas	218
L'impact des schémas précoces inadaptés sur la santé mentale et physique	221
Conclusion	231
Bibliographie	232
8. Les thérapies par la réminiscence et la rétrospective de vie : fondements théoriques et modalités pratiques	233
Pascaline K'Delant, Kamel Gana, Djamila Mezred	
Introduction	233
La réminiscence et la rétrospective de vie comme processus psychologiques	234
<i>Réminiscence versus rétrospective de vie, 235 • Réminiscence et mémoire autobiographique, 236 • Réminiscence et rétrospective de vie sous l'angle du développement « vie-entière », 237 • La recherche sur la réminiscence, 240</i>	
Les techniques thérapeutiques de la réminiscence et de la rétrospective de vie	246
<i>Quelles sont les techniques thérapeutiques basées sur la réminiscence ?, 247 • Quelles sont les techniques thérapeutiques basées sur la rétrospective de vie ?, 251 • Les contre-indications de ces thérapies, 255</i>	
De l'efficacité des psychothérapies par la réminiscence et par la rétrospective de vie	257
<i>Les études sur les effets thérapeutiques de la réminiscence, 257 • Les études portant sur les effets thérapeutiques de la rétrospective de vie, 258 • Les études portant sur d'autres variables, 260</i>	
Conclusion	262
Bibliographie	263
9. Psychothérapie EMDR, santé et maladie	267
Marie-Jo Brennstuhl, Cyril Tarquinio, Jenny Ann Rydberg	
Introduction : de la naissance de l'EMDR...	267
<i>Découverte et définition de l'EMDR, 267 • Modèle TAI (Traitement Adaptatif de l'Information), 268 • Mécanismes</i>	

<i>d'action de la thérapie EMDR, 270 • Protocole standard EMDR, 273 • EMDR et autres psychothérapies, 280</i>	
À son application dans le champ de la santé et de la maladie	282
<i>Définition du psychotraumatisme, 282 • EMDR et Cancer, 285 • EMDR et Douleur, 291 • EMDR et Deuil, 299 • EMDR et Protocole d'urgence, 304</i>	
Conclusion	307
Bibliographie	308

TROISIÈME PARTIE

PSYCHOTHÉRAPIES DE LA MÉDITATION ET DE LA RELAXATION

10. Le protocole de réduction du stress basé sur la pleine conscience : définitions et applications cliniques	317
Olivier Lefebvre	
Introduction	317
Définitions de la pleine conscience et origines	318
<i>Les définitions de la pleine conscience à la première personne, 319 • Les définitions de la pleine conscience à la troisième personne, 324</i>	
Le protocole de réduction du stress basé sur la pleine conscience	331
<i>Le stress, 331 • Protocole, 332 • Résultats, 338</i>	
Effets de la participation au MBSR auprès d'échantillons cliniques médicaux	339
<i>Populations atteintes de trouble anxieux, 339 • Populations cancéreuses, 341 • Populations atteintes de douleurs chroniques, 342 • Populations atteintes de trouble du comportement alimentaire, 342 • Populations atteintes d'insomnie, 343 • Populations atteintes de Psoriasis, 343</i>	
Conclusion	344
<i>Modèles explicatifs, 344 • Limitations, 348 • Développements possibles, 349</i>	
Bibliographie	352

11. L'approche thématique de la MBCT : un nouvel outil pour comprendre, traiter et prévenir les troubles psychiques	357
Lionel Strub, Cyril Tarquinio	
Introduction	357
Approche théorique de la MBCT	359
<i>Le modèle de la vulnérabilité cognitive à la rechute/récidive dans la dépression, 360 • Transposition du modèle théorique à une conceptualisation pratique, 362</i>	
Application technique de la MBCT	365
<i>Efficacité clinique de la MBCT dans le champ de la dépression, 365 • Efficacité clinique de la MBCT dans d'autres champs thérapeutiques, 367 • Caractère limitatif des études, 370</i>	
Mise en pratique de la MBCT	371
Conclusion	383
Bibliographie	384
12. Une autre approche de la santé mentale : la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	389
Jean-Louis Monestès, Matthieu Villatte	
Introduction	389
Une compréhension différente des troubles psychologiques	390
<i>L'implication des mécanismes langagiers dans le fonctionnement psychologique, 390 • L'incontournable douleur due au langage, 392 • L'évitement expérientiel comme source des troubles psychologiques, 393 • Une définition du symptôme : la perte de flexibilité psychologique, 396</i>	
Changer le paradigme de soin : accroître la flexibilité dans l'action	398
<i>Retrouver une flexibilité psychologique au moyen de l'acceptation, 398 • Redonner sa place au langage, 399 • Le paradoxe d'une thérapie qui ne cible pas les émotions et pensées douloureuses, 401 • Bien vivre en présence d'émotions, de sensations et de pensées douloureuses, 402</i>	
Mettre en pratique de nouveaux objectifs thérapeutiques	404
<i>Amener le patient à quitter la logique de suppression de symptômes, 404 • Conduire vers l'accroissement de la flexibilité psychologique, 405</i>	
Conclusion	410
Bibliographie	411

13. La sophrothérapie : stress, cardiologie, troubles polaires et anorexie mentale	415
Théodore-Yves Nassé	
Introduction	415
Définition de la sophrothérapie	416
<i>Définition de la sophrologie, 416 • Définition de la sophrothérapie, 418</i>	
Traitement de la sophrothérapie applicable au stress	419
<i>Définition, 419 • Méthodologie du traitement, 420 • Déroulement et exemple d'une séance pour lutter contre le stress, 421 • Résultats et conclusion, 423</i>	
Traitement de la sophrothérapie applicable en cardiologie : l'infarctus	423
<i>Définition, 423 • Méthodologie du traitement, 425 • Déroulement d'une séance d'un patient traité après un infarctus, 425 • Résultats et conclusion, 426</i>	
Traitement en sophrothérapie des troubles bipolaires	427
<i>Définition succincte, 427 • Méthodologie du traitement en sophrothérapie applicable aux TB, 428 • Protocole de l'étude sur les troubles bipolaires, 429 • Manifestations psychologiques et hormonales dans le cas des troubles bipolaires, 430</i>	
Deuxième étude portant sur une autre pathologie grave et tout aussi complexe à savoir l'anorexie mentale	434
<i>Définition succincte, 434 • Approche de l'anorexie mentale au plan psychologique, 436 • Questionnement de la sophrothérapie dans le cas de l'anorexie mentale, 438 • Méthodologie du traitement, 438</i>	
Conclusion	442
Bibliographie	443
14. Le yoga : méthode préventive et thérapeutique	445
Françoise Lescane	
Introduction	445
<i>Yoga, une méthode ou un état ?, 445 • Origine du yoga, 447 • Progression du yoga en occident, 448 • Les différentes voies du yoga, 449 • Interaction avec les autres méthodes, 450</i>	
Champ d'application du yoga	451
<i>Santé et prévention, 451 • Symbolique du char, 452 • Outils du yoga, 453 • Champs d'application, 455 • Règles du yoga, 455</i>	

Le yoga face au stress	456
<i>Réactions face au stress, 456 • Système neuro-végétatif, 458 • Agir sur le stress, 459 • Pratique du yoga, 461</i>	
15. Qi-gong, Taijiquan et Kung-fu : principes et impacts sur la santé	469
Jérôme Dinet	
Introduction : principes théoriques et philosophiques	469
<i>Arts martiaux ou techniques de santé ?, 470 • Les grands principes, 471</i>	
Revue de la littérature scientifique	474
<i>Les évaluations scientifiques, 474 • Quelle pratique pour quels besoins ?, 475</i>	
La pratique	486
<i>Objectifs d'une séance, 487 • Les différentes phases d'une séance, 488 • Les trois grandes phases, 489</i>	
Discussion et perspectives	493
Bibliographie	494
16. Les dimensions psychothérapeutiques de la prière	499
Stéphanie Branchi, Cyril Tarquinio	
Introduction	499
Définition de la notion de prière	501
<i>Définition, 503 • Les formes de la prière : le cas de la prière d'intercession, 505</i>	
Mise en œuvre et Applications	510
<i>La prière de centrage, 510 • Le « Moulin à prière » (« Prayer Wheel »), 511</i>	
Conclusion	515
Bibliographie	517
<i>INDEX DES AUTEURS</i>	521
<i>INDEX DES NOTIONS</i>	523

Introduction

Cyril Tarquinio

À N'EN PAS DOUTER, le monde de la psychothérapie vit une révolution. Débordé de toute part depuis la parution du fameux rapport Inserm (2004) sur l'évaluation des psychothérapies, jusqu'à la parution des différents décrets censés réguler l'usage du titre, ainsi que la formation des psychothérapeutes. On ne peut que se féliciter de ce qui se passe, non pas que les derniers textes réglementant le métier soient suffisants, mais ils permettent au moins un début de régulation dans un univers où globalement n'importe qui en France pouvait faire n'importe quoi. Les psychologues ont à tirer quelque chose de cette évolution. On sait bien que l'Université ne forme pas ou très peu à la psychothérapie. Souvent nous n'en avons pas le temps, car un cursus en cinq ans s'il permet de former les étudiants à la psychologie est bien insuffisant pour en sus les former à la/(aux) psychothérapie(s). Bien sûr, on entend, ici ou là, certains dire que dans leur Université les étudiants sont bien formés à la psychothérapie et ceci depuis longtemps. C'est sans doute vrai si l'on considère que l'exercice de la psychothérapie se réduit à UN modèle unique (souvent analytique) et à UNE méthode, en l'occurrence exclusivement verbale ; ce qui admettons-le est une vision plutôt réductrice de l'exercice du métier. Ainsi donc, quelque chose se passe ! Il est encore trop tôt pour savoir où nous conduira cette évolution, mais une chose est certaine : elle fait du bien. D'ailleurs, il y a 15 ans un livre comme celui que nous proposons ici n'aurait sans doute jamais vu le jour, ni trouvé son public. Alors, peut-être allons nous sortir non pas de la pensée unique, mais de la « pensée triptyque » qui globalement considère qu'il n'existe que trois postures pour faire de la psychothérapie.

Entrer en psychanalyse, faire de la thérapie cognitivo-comportementale ou être d'affiliation humaniste.

La psychanalyse, modèle de référence par excellence (et par excès souvent), se caractérise par son rapport à l'inconscient par l'expérience et l'analyse du transfert. Le symptôme n'est pas traité directement. Ce qui est à « soigner » est la structure psychique qui s'est constituée dans l'inconscient de la personne au fur et à mesure de son histoire et principalement dans son enfance. Cette structure organise les modes de désir, la façon d'aborder la vie, la mort, la limite, et le rapport à l'autre et au monde. Il s'agit d'établir un rapport à l'inconscient permettant une investigation et éventuellement une transformation des structures et processus psychiques à la source des symptômes et de l'organisation de la personnalité. L'établissement de ce rapport se fait dans un cadre réglé et s'appuie sur la découverte freudienne du fonctionnement de l'inconscient, sur sa théorie et sur les développements théoriques analytiques ultérieurs. La psychanalyse est avant tout une cure par la parole. Cependant, des variantes existent intégrant l'utilisation du psychodrame (psychodrame analytique), du groupe, de la relaxation (relaxation analytique) et d'autres médiations thérapeutiques.

L'alternative souvent proposée est de considérer que le psychisme peut se réduire au cognitif et comportemental. Rappelons que ce courant s'appuie sur les théories relatives aux modes d'acquisition du comportement pour proposer des méthodes de changement des comportements. Les fondateurs les plus connus de ces recherches sont Pavlov et Skinner. Ces approches thérapeutiques sont celles qui sont les « mieux validé(es) dans (leurs) résultats thérapeutiques ». Se pose ici la question de ce qui est « efficace », de ce qui est à valider comme un « résultat thérapeutique ». L'efficacité dans le champ comportemental est celui du changement de comportement qui en effet est le résultat thérapeutique escompté dans cette approche.

Si la conviction psychanalytique n'était pas suffisamment forte, ou si le modèle cognitivo-comportemental était trop asséché, il était toujours possible de trouver dans l'approche humaniste une autre voie d'exercice de la psychothérapie. Les approches psychothérapeutiques humanistes sont aussi intitulées psychothérapies psychocorporelles. Le psychologue américain Abraham Maslow a donné ce nom d'humaniste à ce courant au début des années 1960. On ne peut pas parler dans ce courant d'école ou de corpus théorique. La psychologie humaniste se définit par ses principes et par ses pratiques. Elle a pris son essor aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale. Elle regroupe un ensemble de praticiens et d'approches. Les principales approches constitutives de ce courant

sont : la thérapie centrée sur le client de Carl Rogers, le psychodrame de Jacob Levi Moreno, la gestalt de Frederick Perls et la bioénergie d'Alexander Lowen. Ces différentes approches ont en commun une idée de l'homme et de son psychisme, de son fonctionnement et de son dysfonctionnement. Dans cette approche, la santé mentale repose sur le contact avec des processus vitaux psychophysiologiques, ce que Moreno appelle l'élan vital, Perls et Rogers le processus, Reich et Lowen l'énergie, la bioénergie. L'idée de processus postule l'existence d'une poussée innée (qui ne dépend donc pas de l'histoire) vers la croissance et la santé. Comme une graine qui contient son « *pattern of behavior* », l'individu a au fond de sa nature un schème qui l'organise et le pousse à devenir un être humain. L'environnement est nécessaire pour que cette croissance puisse se faire et pour que l'enfant soit connecté à son processus.

Bien entendu, tous ces aspects sont des éléments essentiels et fondamentaux pour l'exercice de la psychothérapie. Il ne s'agit en rien de s'en débarrasser, bien au contraire ! Nécessaire certes, mais peut-être plus suffisants, car depuis un siècle, nos connaissances ont tout de même évolué en psychologie cognitive, en physiologie ou en neurosciences. Cela est-il sans conséquence sur la compréhension que l'on peut avoir des processus psychiques des patients ? L'émergence des nouvelles formes de psychothérapies sont-elles à ce point sans intérêt ? Pourquoi sont-elles caricaturées, dénigrées ou au mieux tolérées par les tenants d'approches plus conventionnelles ?

Dans les faits, l'exercice de la psychothérapie est-il à ce point conforme aux cadres annoncés ? En psychologie du travail, on se demanderait s'il existe une différence entre le travail psychothérapeutique prescrit et le travail psychothérapeutique réalisé. Les résultats de quelques études (Kramer *et al.*, 2005) et la confrontation personnelle à la clinique depuis de nombreuses années montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode eut égard de leurs référents théoriques. Mais ils utilisent également certaines techniques et adoptent des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Un tel état de fait permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies, ce qui n'est pas une mince affaire. Ainsi, les psychothérapeutes s'adaptent à la clinique que leur imposent les patients. Ne trouvant pas de réponse toute faite dans les prescriptions des modèles auxquels ils se réfèrent, ils composent, inventent, ajustent et vont puiser ailleurs, dans d'autres champs parfois, les réponses techniques et théoriques qu'imposent parfois la conduite des psychothérapies de leurs patients. D'ailleurs pourrait-il en être

autrement ? La psychologie du travail a depuis longtemps montré que le respect *stricto sensu* de la fiche de poste ou de travail prescrit conduisait à une inefficacité de l'action. Admettre une telle idée n'est compliquée que pour les professionnels de la psychothérapie qui trouveraient dans leur appartenance théorique et le respect d'un modèle de référence stricte, plus un ancrage identitaire et un sentiment d'appartenance, qu'une véritable opérationnalité clinique. Bien qu'utile, une telle posture intellectuelle s'avère toujours insuffisante pour couvrir tout ce que nécessite une prise en charge thérapeutique. Dans les faits, les psychothérapeutes seraient par nécessité plus éclectiques que ce qu'ils disent. Il y a 30 ans déjà, Goldfried affirmait que plus de la moitié des thérapeutes américains se définissaient comme éclectiques (55 % à 58 %). Et on peut se demander si la voie de l'intégration et de l'éclectisme n'est pas une solution, sinon un impératif à l'exercice de la psychothérapie. D'abord, à cause d'une demande sociale et d'une pression socio-économique qui demande de plus en plus aux thérapeutes d'apporter la preuve de l'efficacité (ou au moins de l'efficience) de leur action. On peut s'opposer à une telle idée, voir s'en offusquer. Ceci étant, pourrait-on admettre une seule seconde que les soins prodigués par notre médecin, soient éventuellement efficaces ? Que les symptômes qui motivent la consultation seront peut-être réduits ? Que notre état de santé soit, avec un peu de chance, rétabli ? Non, bien sûr ! Alors, pourquoi ne pas avoir la même ambition pour la psychothérapie ? Certes, la complexité de notre discipline est tout autre, mais peut-on sérieusement ne pas avoir pour dessein de soigner et/ou de guérir. Ensuite, on ne doit pas négliger la mauvaise presse des thérapies longues, alors que les formes plus courtes ont une popularité grandissante. La société n'a jamais autant été en demande de soin psychique. Une demande de soin qui touche toutes les couches de la société et qui ne trouve pas ou trop peu de réponse dans les modèles traditionnels proposés. Un tel phénomène fait la part belle aux méthodes ésotériques et aux soi-disant psychothérapeutes. Qui faut-il blâmer ? Les patients qui n'y comprennent rien et qui s'adressent comme des moutons de panurges à celui qui fera les plus belles promesses ? Sans doute que non, car il faut bien admettre que parfois cela fonctionne. Rappelons que selon Lambert (1986), 15 % de l'amélioration lors d'une psychothérapie peut être attribué aux attentes du patient et que 40 autres pour cent sont le fait de remissions spontanées. Même si ces chiffres sont à prendre avec précaution, ils doivent nous amener à une certaine modestie quant aux connaissances dont nous sommes dépositaires dans ce domaine. Au fond, on ne sait pas toujours ce qui se passe dans un processus psychothérapeutique.

Ainsi, il ne faut pas s'étonner de voir nos concitoyens en demande de soin psychique et de mieux-être se détourner des modèles académiques de la psychothérapie. En outre, les guerres intestines, les dénonciations de toutes sortes, les invectives, les décrédibilisations constantes, les manœuvres politiques et les jeux d'influence ne donnent pas des approches classiques une image valorisante.

Enfin, les soubassements théoriques et les principes organisateurs de ces mêmes formes de psychothérapies restent souvent impénétrables par le plus grand nombre. Or, les patients veulent savoir et comprendre ce que l'on va faire d'eux et où on va les mener dans le cadre de la prise en charge que l'on va leur proposer.

Alors, que faire ? Sans doute développer la recherche dans le domaine, en acceptant de convoquer toutes les approches (y compris les neurosciences) afin de voir ce qui fonctionne ou pas, dans quel cadre, pour quel patient et pourquoi ? Pour ce faire, il faudra bien accepter l'idée de l'évaluation scientifique des prises en charge, non pas seulement à partir d'une méthode expérimentale trop réductrice et incapable de saisir la complexité de ce qui se joue dans le processus psychothérapeutique, mais à la condition expresse de développer des méthodes elles-mêmes plus complexes et plus proches de ce qui se passe dans la clinique.

En attendant, chacun est en mesure le plus souvent d'ouvrir sa pratique et de la réinventer lorsque la problématique des patients l'impose et que les connaissances à notre disposition sont insuffisantes. En psychothérapie, transcender les lignes existantes pour arriver à un modèle plus opérant et large quant à la population qui pourrait en bénéficier n'est finalement pas une nouveauté. L'idée d'intégrer différentes psychothérapies a débuté par le constat des fameux facteurs communs entre les différentes orientations thérapeutiques. On a montré qu'il y avait en fait peu de différences concernant les résultats entre les diverses approches (Wampold, 2001). Un des résultats les plus notables dans ce domaine de recherche est l'importance du lien entre la relation thérapeutique et les résultats des psychothérapies. Ce facteur apparaît comme celui qui influence le plus le changement par opposition aux modèles théoriques de référence ou aux techniques utilisées. Pour Horvath et Luborsky (1993), la notion d'alliance thérapeutique trouve ses origines dans l'approche psychodynamique. À partir des années 1970, la construction théorique de cette notion s'est rattachée au développement des recherches sur les facteurs communs à l'ensemble des orientations thérapeutiques. Bordin (1979) postule que l'alliance thérapeutique constitue le facteur principal du changement, toutes thérapies confondues : elle n'est pas, en elle-même, curative, mais constitue un levier sur lequel le patient

s'appuie pour adhérer à la thérapie et poursuivre son traitement. En faisant l'hypothèse d'une interdépendance des facteurs techniques (spécifiques à chaque orientation thérapeutique) et du processus thérapeutique lui-même (commun à toutes les approches), Bordin propose une construction théorique de l'alliance thérapeutique rendant compte de ces deux dimensions de la thérapie et de leur interaction. Sa conceptualisation de la notion d'alliance est ainsi applicable à tous les types de thérapies. Peut-on se satisfaire d'une telle idée ? Sans doute que non ! La massivité de la notion d'alliance thérapeutique pourrait nous détourner du projet plus vaste qui devrait nous conduire à identifier la nature du (des) principe(s) actif(s) propre(s) aux différentes formes de prise en charge. Un ou plusieurs principes actifs ? On pourrait imaginer que le processus de réparation psychique est unique (comme c'est le cas d'un point de vue métaphorique du système immunitaire). Les différentes approches psychothérapeutiques, même si elles sont si nombreuses et parfois bien documentées, restent des prismes, des représentations qui guident l'action et qui activent et agissent de façon plus ou moins directe sur le même processus réparateur localisable sur le plan cérébral. Ainsi, la recherche en neurosciences montre que la manifestation d'un état de stress post-traumatique dispose sur le plan cérébral d'une empreinte claire, au niveau du système limbique et du préfrontal. La prise en charge psychothérapeutique, quelle que soit son orientation, se traduira en autre chose par la disparition des symptômes et un réajustement au niveau cérébral, qui passera inévitablement par la disparition de cette dite empreinte.

L'objectif de cet ouvrage sera de présenter certaines orientations psychothérapeutiques dont nous avons pu mesurer la pertinence (dans le cadre soit d'une pratique clinique, soit d'une analyse de la littérature, soit d'une pratique de la recherche), pour la préservation de la santé ou la prise en charge des patients atteints par la maladie. C'est à un parcours peu conventionnel auquel nous invitons le lecteur, dans la suite directe de la contribution de Berghmans et Tarquinio (2009) afin de proposer une découverte théorique et clinique de certaines approches psychothérapeutiques, parfois peu connues et très souvent ignorées par la psychologie et les patients eux-mêmes. Nous avons jugé ces approches (et cela nous engage !) dignes d'intérêt et susceptibles d'apporter une plus-value considérable dans la prise en charge des malades ou dans le maintien de la santé et de la qualité de vie. C'est là un double objectif qui est donné à la psychothérapie, qui ne doit plus seulement s'envisager dans le traitement du pathos, mais aussi dans le maintien, voir dans la potentialisation de la santé et du bien-être. En fait, nous sommes certains

que l'introduction de ces approches dans la pratique psychothérapeutique sera d'un apport considérable et permettra d'élargir le spectre de notre champ d'action.

S'il est un domaine qui a ignoré et ignore encore la question de la prise en charge psychothérapeutique, c'est bien la psychologie de la santé. Comme si ce n'était pas la vocation des psychologues de cette orientation disciplinaire, de proposer accompagnement et aide psychologique aux malades. De ce point de vue, il nous semble que c'est un manque notoire pour cette discipline qui se veut appliquée et en mesure de répondre aux besoins et aux attentes des patients qui souffrent du fait de la survenue de la maladie. Comment envisager une telle chose, si on fait l'économie de la clinique et de la relation aux patients ? Comment être capable de penser la question de la prise en charge, si on considère que la formation des psychologues de la santé doit se distinguer de celle des psychologues d'orientation plus clinique ? Comment imaginer une seconde que les modèles en vigueur en psychologie de la santé aient une vertu heuristique suffisante pour comprendre la complexité de ce qui se joue dans la prise en charge des malades ? Ces modèles décrivent un être rationnel, capable de connaissances, de buts logiques, d'un fonctionnement cognitif comparable à une machine un peu trop rationnelle. Or, on sait bien que les choses sont plus complexes, que l'idée d'un inconscient déterminant dans les conduites des malades est une réalité qu'il convient de ne pas balayer d'un revers de manche. Qu'il existe des mécanismes de défense qui ne sont en rien réductibles aux théories parfois simplistes du coping. Cette économie de la clinique dans cette psychologie de la santé ne risque-t-elle pas de rendre cette dernière inefficace ?

La prise en charge psychologique, lorsqu'elle est abordée en psychologie de la santé, se réduit le plus souvent à un ensemble de démarches plus ou moins proches de l'éducation à la santé ou de la prévention, qui est assez bien documenté dans la littérature. Rien n'est dit en revanche (ou presque) sur la question de la prise en charge psychothérapeutique, ce que Fischer et Tarquinio (2006) ont déjà souligné.

Les psychothérapies constituent un autre versant de cette prise en charge psychologique, dans laquelle la psychologie de la santé hésite à s'engager, de peur sans doute d'être montrée du doigt parce que, opérant hors de son cadre épistémologique. C'est là une erreur, pour la recherche et pour le développement de la discipline, parce que l'usage et la référence aux psychothérapies sont capitaux pour rendre l'intervention des psychologues en charge des malades plus pertinente et plus adaptée à la demande des malades. À cet égard, la maladie qui survient représente

une rupture du cours habituel de la vie qui plonge une personne dans des conditions de vie souvent différentes et inédites.

D'un point de vue psychique, la maladie est une expérience singulière d'adaptation où les profonds changements de l'état de santé et de la vie donnent lieu dans de nombreux cas à des remises en cause fondamentales des valeurs sur lesquelles reposait la vie de quelqu'un ; elle définit un enjeu psychique essentiel lié à la mobilisation de ressources psychiques qui font appel à des nouvelles valeurs et qui constituent d'autres raisons de vivre (Fischer et Tarquinio, 2006). De ce point de vue, les patients qui consultent, ne l'auraient sans doute pas fait sans l'intrusion dans leur vie de cette épreuve. Et il faut l'avouer, l'expérience clinique montre que ce sont bien les conséquences de cette maladie, plus ou moins profondes que l'on demande au psychologue de la santé de juguler, lorsqu'il ne s'agit pas d'accompagner le patient dans un questionnement plus profond, sur leur vie, leur histoire et leur souffrance.

Les chapitres proposés sont à la fois composés d'une présentation des soubassements théoriques inhérents aux méthodes ou aux techniques présentées, d'une présentation parfois très documentée de la littérature, ainsi que par des illustrations cliniques et des déclinaisons très précises de certains des protocoles les plus utilisés. Il ne s'agit bien entendu pas de dispenser les psychologues, psychothérapeutes ou autres psychiatres d'aller se former, mais bien de les ouvrir et de les sensibiliser à l'intérêt clinique de certaines approches.

La première partie, intitulée « Ouvertures psychopathologiques et fondamentaux de la psychothérapie », regroupe quatre chapitres.

Le premier chapitre de Lionel Strub et Cyril Tarquinio, traitera du stress ou de la psychopathologie de la modernité. Il ne s'agira pas ici de présenter une approche spécifique, mais plutôt de montrer en quoi notre société est pourvoyeuse d'une psychopathologie spécifique qui fait souvent l'objet d'une demande de soin psychothérapeutique, mais qui reste souvent méconnue. Ce chapitre mettra ainsi en lumière le processus stress en lien avec l'apparition potentielle de troubles psychologiques, physiologiques ou encore physiques. Ce processus peut s'exprimer de façon directe en prédisposant à la maladie ou en accélérant son évolution ; indirecte en amplifiant les comportements à risque pour la santé, ou même inverse via l'adoption d'une attitude de compensation au travail face à sa maladie allant paradoxalement à l'encontre des résultats escomptés. Prendre en charge de tels troubles, souvent provoqués par le travail, est une demande de plus en plus adressée au psychothérapeute.

Le deuxième de Frédérique Peter et Cyril Tarquinio s'attachera à montrer qu'il existe bien une réalité psychique souvent consécutive à

la survenue d'une maladie physique. Toutes les pathologies du soma étudiées sont associées à un risque plus élevé de détresse psychologique. Les individus atteints par des maladies comme le cancer, le VIH, le diabète ou l'asthme constituent donc une population à risque, susceptible de manifester un ensemble de troubles anxiodépressifs ou psychotraumatiques, qu'il convient d'identifier et de prendre en charge.

Le troisième chapitre d'Anne Lancelot, Marie-Lou Costantini et Cyril Tarquinio traitera de l'empathie, qui reste centrale quelle que soit la nature du processus thérapeutique. Ainsi, seront présentées dans ce chapitre les dimensions « profanes » « professionnelles » de l'empathie, afin d'inscrire ce concept comme incontournable des différentes psychothérapeutiques existantes même les plus basiques. Avec le chapitre « L'approche cathartique entre tradition et nouveauté », Louis Crocq nous montrera que la catharsis se trouve présente dans toute psychothérapie. Elle est non seulement un des leviers du processus de guérison, mais aussi le témoin de l'émancipation du patient, tant vis-à-vis de l'emprise des événements que vis-à-vis de la dépendance du transfert.

Composée de cinq chapitres, la deuxième partie du livre intitulée « Approches psycho-cognitives de la psychothérapie » s'attachera à présenter une orientation plus cognitive et intégrative des modèles psychothérapeutiques proposés. Le chapitre de Sébastien Montel sera une présentation somme toute assez classique de l'usage des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans le champ de la santé et de la maladie. Il ne s'agira pas de présenter les modèles et les méthodes TCC applicables, mais plutôt de restreindre l'approche à la prise en charge de la douleur chronique et de la claustrophobie.

Rebecca Godard et Cyril Tarquinio nous inviteront ensuite dans l'univers des jeux vidéo, afin d'envisager leur place dans le champ de la prise en charge psychothérapeutique. Un tel apport, s'il s'inscrit d'abord dans le champ des thérapies cognitives, intéresse de plus en plus les tenants d'une orientation plus psychodynamique. Les jeux vidéo ne constituent pas en soi une nouvelle forme de psychothérapie (pas pour le moment en tout cas), il s'agirait plutôt de les considérer comme un nouveau support pour un exercice moderne de la psychothérapie que celle-ci soit analytique, cognitive ou comportementale. Le jeu vidéo représente donc un matériel riche tout comme celui proposé par le rêve ou les associations du patient. Les auteurs montreront en quoi ces techniques d'exploitation de la réalité virtuelle ont donc un bel avenir devant elles dans le champ de la prise en charge psychothérapeutique.

C'est à « L'application de la thérapie des schémas à la clinique » que Firouzeh Mehran nous initiera dans le chapitre 7. La thérapie

des schémas (Young, 1994) est une des premières approches intégratives fondées sur les méthodes cognitives et comportementales (cette composante étant l'essentiel du traitement) et intègre des techniques issues de la Psychodynamique (relations d'objet, relation thérapeutique et rematernage partiel), de la Gestalt (techniques émotionnelles) et de la Théorie de l'Attachement (Bowlby). Il s'agit d'un traitement structuré, systématique, actif et directif en vue d'un changement cognitif, émotionnel, interpersonnel et comportemental. Le but de la thérapie est d'aider le client à trouver des moyens adaptés pour satisfaire ses besoins fondamentaux ; remplacer des styles d'adaptation dysfonctionnels par d'autres, plus sains, lui permettant de satisfaire ces besoins universels. Le schéma précoce inadapté représente un thème important et envahissant pour l'individu. Constitué de souvenirs, de pensées, d'émotions et de sensations physiques, il s'est développé dans l'enfance ou à l'adolescence, s'est enrichi et complexifié par la suite. Une stratégie de traitement pour chaque schéma est élaborée et intègre des aspects cognitifs, émotionnels, comportementaux et relationnels reliés entre eux par les objectifs visés du traitement.

Le chapitre 8, intitulé « Les thérapies par la réminiscence et la rétrospective de vie : fondements théoriques et modalités pratiques » de Pascaline K'Delant, Kamel Gana et Djamil Mesred, nous permettra de découvrir cette nouvelle approche. Souvent confondus, ces deux concepts (réminiscence – *reminiscence therapy* – et de la rétrospective de vie – *life review therapy*) sont pour autant bien distincts tout autant que leurs apports thérapeutiques chez les personnes évoluant vers le grand âge notamment. Il s'agira, dans un premier temps de décrire les théories et les processus qui sous-tendent ces deux activités du souvenir et leurs apports dans le champ de la prise en charge clinique. Dans un second temps, l'importance sera donnée au développement pragmatique de ces techniques psychothérapeutiques ainsi qu'à leurs diverses déclinaisons auprès de la personne âgée et d'autres populations. Le troisième et dernier temps mettra davantage la lumière sur une approche critique de la recherche actuelle dans ce domaine. Ce cheminement devrait permettre une réflexion concernant leurs « vertus » psychothérapeutiques ainsi que leurs contre-indications dans la prise en charge clinique. L'enjeu étant de donner un aperçu pertinent à tout professionnel de la santé intéressé par la pratique de ces méthodes psychothérapeutiques particulièrement adaptées, mais non exclusives, à l'avance en âge.

Le chapitre « Psychothérapie EMDR, santé et maladie » de Marie-Jo Brennstuhl et Cyril Tarquinio sera quant à lui consacré à cette nouvelle forme psychothérapeutique issue de la convergence entre la psychologie

cognitive, l'hypnose, la psychodynamique et les neurosciences. Cette approche utilise les mouvements oculaires (notamment) comme principe actif. Les auteurs présenteront les fondements théoriques de la thérapie *EMDR*, ainsi que des études de cas, des résultats de certaines recherches, ainsi que certains protocoles spécifiques.

La troisième partie de cet ouvrage sera consacrée aux « Psychothérapies de la méditation et de la relaxation ». La méditation de pleine conscience a été la plus étudiée en psychologie durant ces vingt dernières années (Grossman, 2003). Aussi, les trois premiers chapitres permettront une étude approfondie, des principales formes de psychothérapies basées sur la pleine conscience qui ont donné lieu à des travaux de recherche.

Le chapitre d'Olivier Lefèbre, intitulé « Le protocole de réduction du stress basé sur la pleine conscience : définition et applications cliniques ». Ce protocole (MBSR) constitue l'un des traitements les plus populaires au sein de cette troisième vague. Il a été mis en place dès 1979 par John Kabat-Zinn au sein de la clinique du stress du centre hospitalier du Massachusetts, aux États-Unis. Il s'est adressé initialement à des patients présentant différents problèmes médicaux comme l'hypertension artérielle, le sida, les migraines, des douleurs du dos ou encore le cancer (Kabat-Zinn, 2009), puis a été profondément étendu à d'autres troubles comportementaux.

Le chapitre suivant, consacré à la thérapie MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*), de Lionnel Strub et Cyril Tarquinio, est une adaptation de la thérapie MBSR avec une orientation plus centrée dans sa pratique sur des aspects comportementaux et cognitifs en lien avec les thérapies cognitivo-comportementales et utilisées principalement pour la dépression en incitant les patients à observer leurs pensées, mais également à d'autres domaines. Ce chapitre aura pour objectif d'affiner la connaissance de la thérapie MBCT, tant pour les professionnels de la santé désireux de s'ouvrir à une approche psychothérapique novatrice que pour des patients réceptifs à des dispositifs de prise en charge basés sur le potentiel thérapeutique de la pleine conscience. Pour ce faire, les bases théoriques qui sous-tendent cette approche seront précisées avant de passer en revue les études cliniques qui ont éprouvé son efficacité, pour ensuite conclure par l'illustration de sa mise en œuvre.

Le chapitre de Jean-Louis Monestès et Mathieu Villatte, intitulé « Une autre approche de la santé mentale : la thérapie d'acceptation et d'engagement », sera l'occasion de préciser l'approche, développée par Hayes *et al.*, en 2005 qui encourage les patients à accepter au lieu de contrôler les sensations non plaisantes. Dans ce chapitre, les auteurs détailleront comment la thérapie d'acceptation et d'engagement envisage