

# DIFFÉRENTS TYPES DE TECHNIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

Pr Khadija Chahraoui, Dr Matthieu Reynaud

Professeur de psychopathologie et psychologie clinique, laboratoire PSY-DREPI, université de Bourgogne, France  
Docteur en psychologie (PhD), psychologue clinicien, Espace psychothérapique, UF recherche, CH La Chartrreuse, Dijon ;  
chercheur associé PSY-DREPI, université de Bourgogne, France  
[matthieureynaud@hotmail.com](mailto:matthieureynaud@hotmail.com)



**EXPLIQUER** les principaux contextes théoriques, les principes de base.

## Définition et spécificité de la psychothérapie

### Historique

Depuis toujours, on a réfléchi aux troubles psychiques et aux moyens de venir en aide aux personnes qui en souffraient. Les premiers modèles thérapeutiques étaient très imprégnés de pratiques magico-religieuses (chamans, prêtres, guérisseurs traditionnels...). Mais le terme de psychothérapie est assez récent. On le doit à Hippolyte Bernheim (1840-1919), professeur de pathologie interne à Nancy, qui l'emploie pour la première fois en 1891 dans son ouvrage *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Bernheim soulignait déjà à ce moment l'effet thérapeutique lié à la relation médecin-malade.

La fin du XIX<sup>e</sup> siècle connaît un véritable enthousiasme pour l'approche psychothérapeutique avec comme référence majeure la psychanalyse jusqu'à la période de la Seconde Guerre mondiale qui a vu ensuite naître de nombreuses nouvelles formes de psychothérapies.

La plupart des psychothérapies se sont développées en fonction de l'évolution des pratiques de soin et des modèles psychopathologiques et plus précisément en relation avec l'analyse approfondie d'une psychopathologie. Par exemple, la technique thérapeutique de l'hypnose est étroitement liée aux premières conceptions de l'hystérie (Charcot, 1890 ; Freud, 1895), la cure analytique aux conceptions psychanalytiques de la névrose, la thérapie comportementale à une compréhension de la phobie à partir des théories de l'apprentissage, etc.

### Définition de la psychothérapie

La définition de Porot (1952) est régulièrement utilisée : « *La psychothérapie est l'ensemble des moyens par lesquels nous agissons sur l'esprit malade ou sur le corps malade par l'intervention de l'esprit.* » Ainsi définie, la psychothérapie renvoie à un ensemble de moyens psychologiques destinés à modifier des processus et des états psychiques mais aussi somatiques chez l'individu. C'est une définition large qui met l'accent sur la spécificité du traitement psychologique par rapport à d'autres formes de traitement (par exemple chimiothérapie). Mais de nombreux auteurs s'interrogent sur les critères qui permettent de distinguer parmi ces nombreuses formes celles qui sont ou non psychothérapeutiques.

### Cadre thérapeutique

Ce qui spécifie en particulier l'ensemble des techniques psychothérapeutiques, c'est l'existence d'un cadre thérapeutique renvoyant à trois éléments principaux :

- un mode de maniement spécifique de la relation thérapeutique correspondant à l'établissement de nouvelles règles relationnelles différentes des règles sociales et culturelles habituelles (par exemple, la règle de l'association libre en psychanalyse n'est pas une règle habituelle en société) ayant pour objectif de favoriser le changement thérapeutique attendu ;
- la mise en place d'un dispositif spatio-temporel qui souligne l'aspect thérapeutique de la relation et en définit les caractéristiques : endroit fixe, durée, contraintes spatiales fixes (par exemple divan, fauteuil) ;
- le modèle théorique du thérapeute. Celui-ci renvoie à 1) une théorie scientifique de la personnalité, de la conception du trouble et de son étiologie ; 2) à une théorie du changement pouvant expliquer la modification des troubles. Ces modèles doivent être éprouvés scientifiquement par des évaluations empiriques montrant les effets positifs et négatifs des psychothérapies.

## Compétence professionnelle : titre et formation du psychothérapeute

Le titre de « psychothérapeute » n'est protégé par la loi que depuis récemment (décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 ; décret n° 2012-695 du 7 mai 2012). Pour prétendre à ce titre, il faut être inscrit sur le registre national des psychothérapeutes. Sont inscrits de droit selon des modalités spécifiques les diplômés de doctorat en médecine, les diplômés de master en psychologie et psychanalyse et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans leur association. Afin de protéger les patients, les législateurs ont convenu qu'il était nécessaire d'exiger au-delà de l'apprentissage de la technique psychothérapique une formation théorique solide (400 heures) et un stage pratique (5 mois).

## But de la psychothérapie

Si les objectifs spécifiques peuvent être sensiblement différents d'une technique psychothérapique à l'autre et se centrer sur des niveaux différents de la personne (diminution du symptôme ou amélioration du fonctionnement psychique global), toutes concourent au changement de la personne par des moyens psychiques. Le changement ne renvoie pas à une métamorphose de la personne, ce qui supposerait une conception plutôt magique du processus thérapeutique, mais il vise surtout à obtenir une meilleure qualité de vie sur les plans subjectif, familial, affectif, relationnel, professionnel et social, c'est-à-dire un bien-être psychologique et une souffrance moins importante.

## Approche psychanalytique (psychodynamique)

### Contextes et fondement de l'approche analytique

Freud développe la psychanalyse (fin du XIX<sup>e</sup> siècle, début du XX<sup>e</sup> siècle) en découvrant l'inconscient et le rôle de l'histoire infantile dans le développement psychologique du sujet. Il décrit la névrose comme étant l'expression de processus psychiques conflictuels à l'origine des symptômes du sujet. Le conflit psychique inconscient est illustré par Freud dans sa deuxième topique par la présence de trois instances : le ça (siège des pulsions et de la partie la plus inconsciente des sujets et gouverné par le principe de plaisir et des exigences internes), le surmoi (exigences externes, intériorisation de interdits parentaux) et le moi (instance médiatrice, de régulation et de compromis entre le ça et le surmoi). Le conflit psychique a lieu quand les exigences pulsionnelles du ça sont freinées par le surmoi et ne peuvent donc se réaliser. Il en résulte un refoulement dans l'inconscient des représentations pulsionnelles. L'hystérie fut la psychopathologie à l'origine de la naissance du modèle psychanalytique. Freud a mis en évidence que les symptômes dits de conversion « hystérique » correspondant à des troubles corporels sans fondement organique (pas d'atteintes lésionnelles, examens somatiques négatifs) étaient la conséquence et l'expression d'un conflit psychique inconscient refoulé traduit sur le plan corporel.

Ce conflit met en jeu un désir inconscient refoulé (le ça) en lutte avec les interdits (le surmoi). Le retour du refoulé est alors traduit, déplacé et actualisé sur la scène corporelle.

Au fil de l'histoire de la psychanalyse, une notion centrale, le transfert et la question de son maniement dans le travail analytique, va évoluer en fonction des aspects théoriques et des modalités pratiques d'intervention des psychanalystes. Le transfert, selon Lagache (1964), correspond à la répétition vis-à-vis de l'analyste d'attitudes émotionnelles, inconscientes, amicales, hostiles ou ambivalentes que le patient a établies dans son enfance au contact de ses parents et des personnages de son entourage. En retour, l'approche analytique développera la notion de contre-transfert, qui est une réponse de l'analyste au transfert du patient mais qui désigne aussi de manière plus générale l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à l'égard de son interlocuteur. Le transfert va être considéré au départ par Freud comme un obstacle et une résistance au travail analytique puisque le patient va répéter en acte sur la figure du médecin ses événements psychiques infantiles vécus au lieu de se les remémorer afin de les élaborer. Le transfert et le contre-transfert vont devenir par la suite un outil précieux de compréhension et d'interprétation de la problématique conflictuelle du patient et être un aspect central du travail analytique. Il ne s'agit plus alors de neutraliser les aspects transféro-contre-transférentiels mais, au contraire, de s'en servir comme outil de soin et d'interprétation.

Quant au but de l'approche psychanalytique, il n'est pas d'abolir le symptôme mais de résoudre le conflit psychique qui est sous-jacent aux symptômes et à son maintien par la mise à jour et à la prise de conscience des processus psychiques inconscients à l'œuvre. Dans les approches analytiques autres que la cure type, l'objectif sera globalement plus vaste et aura comme visée la prise de conscience et le changement de l'ensemble de la subjectivité de la personne et de ses relations à soi, aux autres et au monde, que ce soit dans le passé ou dans le présent.

## Cure analytique

Dans la cure analytique, il s'agit d'accéder aux matériaux psychiques refoulés dans l'inconscient à l'origine du conflit psychique et des symptômes du sujet.

Afin de s'assurer préalablement que c'est une bonne indication, la cure analytique proprement dite est précédée par des premiers entretiens en face à face (la cure type est déconseillée pour les pathologies sévères).

Pour permettre le travail analytique et l'accès au matériel refoulé, le cadre thérapeutique de la cure s'articule autour de deux aspects centraux : la méthode des associations libres et le dispositif spatial où le patient est allongé sur un divan avec impossibilité de voir le psychanalyste dans son champ de vision.

La méthode des associations libres consiste à demander au patient de se laisser aller à dire tout ce qui lui passe par l'esprit, sans rien omettre même s'il trouve cela pénible ou honteux. De



## POINTS FORTS À RETENIR

- Les psychothérapies renvoient à un ensemble de moyens psychologiques destinés à modifier des processus et des états psychiques mais aussi somatiques chez l'individu.
- Les techniques d'intervention psychologiques peuvent être considérées comme psychothérapeutiques si elles s'appuient sur un cadre thérapeutique précis, un but thérapeutique déterminé, un fondement scientifique et sur une compétence professionnelle avérée du psychothérapeute.
- Chaque technique psychothérapeutique évoque une étiologie et une conception spécifique des troubles (conflit psychique en psychanalyse concernant les troubles névrotiques ; schémas dysfonctionnels dans les thérapies cognitivo-comportementales ; dysfonctionnement du système familial dans les thérapies systémiques).
- Chaque technique psychothérapeutique comporte un cadre thérapeutique spécifique qui est composé par des règles relationnelles et un dispositif spatio-temporel particuliers.
- Le but de la psychothérapie consiste à un changement global de la qualité de vie de la personne qui va au-delà de la diminution des symptômes.

cette manière, Freud essayait d'extraire, de mettre en évidence, puis de reconstituer et d'interpréter les pensées inconscientes refoulées à l'origine de la névrose.

Quant au dispositif du divan, il permet aux sujets de se soustraire au regard du thérapeute et de permettre une détente musculaire en évitant toute impression sensorielle dans l'interaction. De cette manière, le thérapeute n'était pas influencé par les comportements verbaux et non verbaux du sujet, de même le patient ne pouvait pas être influencé par les émotions susceptibles d'apparaître sur le visage de l'analyste. Tout ceci conduit à faciliter les conditions pour avoir accès la vie intérieure inconsciente du sujet, lieu du conflit psychique, en s'affranchissant de la vie extérieure et interactive. Cette situation consiste également pour l'analyste à avoir une attention flottante permettant d'appréhender le patient dans sa globalité.

### Psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Ce sont des psychothérapies d'aménagement de la cure type puisque le patient et l'analyste sont assis en face à face ; mais tout en gardant les principes de l'approche analytique. Par ce changement de dispositif, on va tenir compte et s'appuyer pour la compréhension du patient des aspects d'interaction et des

modalités de transfert et de contre-transfert apparaissant et se répétant dans la relation thérapeute-patient. L'objectif de ces psychothérapies est d'arriver à l'acquisition d'une prise de conscience des problématiques internes mais aussi externes vécues par le patient et au changement global de la personne dans sa relation à soi et dans ses liens intersubjectifs. Tout en gardant une attention flottante et la règle de la libre association, le thérapeute peut être plus directif et focalisé en clarifiant, explicitant et confrontant davantage le patient aux difficultés et conflits qu'il rencontre mais aussi aux défenses mises en place pour y faire face. Dans ce cadre, une attention est portée aussi sur l'ici et maintenant et les difficultés actuelles du sujet. Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont de deux types : les psychothérapies à long terme et les psychothérapies brèves.

Les psychothérapies à long terme tendent à répondre aux impasses de la cure type pour les patients ayant des troubles sévères de la personnalité et une grande fragilité du moi. Dans cette optique, il s'agit moins ici de travailler sur le conflit psychique inconscient d'une personnalité suffisamment structurée mais plutôt sur la structuration du moi lui-même et sur les défaillances au niveau de la tolérance des affects et dans les représentations de soi et de l'objet. La stabilité du cadre thérapeutique est aussi un facteur important de changement. La durée minimale de ces psychothérapies est de deux ans et la fréquence des séances ne doit pas excéder trois fois par semaine.

Quant aux psychothérapies brèves, ce sont des thérapies focalisées et limitées dans le temps (de 4 à 25 séances maximum selon les modèles thérapeutiques) même si est maintenue la liberté d'associativité chez le sujet et l'attention flottante du thérapeute. Il s'agit de se focaliser sur une hypothèse psychodynamique précise, qui sera le fruit du travail entre le patient et le thérapeute. Une attention est portée particulièrement à la situation de crise actuelle et aux types d'expériences relationnelles et intersubjectives vécues par le sujet. Pour cela, le thérapeute peut aussi se fonder sur la forme spécifique prise par le transfert dans la crise pour étayer sa compréhension du patient. Le discours se situe davantage dans un registre conscient et dans l'ici et maintenant et les contenus sont davantage proches de la réalité et moins centrés sur la dimension imaginaire. Néanmoins, les informations données par le sujet et la situation transférentielle peuvent donner des indications sur l'organisation de la personnalité et la conflictualité intrapsychique du patient.

### Approche cognitivo-comportementale

#### Contextes et fondement de l'approche cognitivo-comportementale

Les thérapies cognitivo-comportementales représentent un ensemble de techniques fondées sur les théories de l'apprentissage et de l'information ainsi que sur les apports de la psychopathologie cognitive.

Elles ont connu trois périodes :

- la première période dite comportementale (1950-1980). L'objectif est alors de supprimer le comportement inapproprié pour le remplacer par un comportement adapté selon les lois du conditionnement ;
- la deuxième période correspond à la période cognitiviste (1980-1990). On se détourne alors du comportement pour s'intéresser aux croyances négatives et aux schémas de pensée dysfonctionnelle et automatiques acquises par apprentissage qui sont à l'origine des comportements inadaptés du sujet ;
- une troisième période actuellement tente de prendre en compte la dimension émotionnelle tout en intégrant les acquis des deux premières périodes. Elle se centre sur l'exploration de l'expérience vécue sur l'ici et maintenant. Il ne s'agit pas ici de modifier un comportement ou une pensée dysfonctionnelle, mais d'accepter les pensées et les émotions. Dans cette troisième période, il y a une interaction permanente entre les dimensions émotionnelles, cognitives et comportementales.

### Modalités pratiques

Les thérapies cognitivo-comportementales ont toutes en commun un certain nombre de caractéristiques : 1) l'établissement d'un contrat entre le patient et le thérapeute ; 2) la définition claire et précise des objectifs thérapeutiques avec une définition des conduites qui vont être la cible des tentatives de changement ; 3) la durée du traitement, qui est généralement assez bref, de trois à six mois ; 4) la mesure quantitative et qualitative du changement obtenu.

Selon la spécificité des approches cognitivo-comportementales, les interventions thérapeutiques diffèrent.

**Dans le cas de l'approche comportementale**, la technique thérapeutique utilisée est la « désensibilisation systématique » développée par Wolfe en 1958. Il s'agit de désensibiliser le patient par confrontation du sujet à la situation anxiogène. Au préalable, le sujet va apprendre une technique de relaxation (induction hypnotique, training autogène de Shultz ou relaxation progressive de Jacobson...) afin de contrôler son anxiété. Le thérapeute lui propose alors de constituer une liste de situations provocatrices d'anxiété selon une hiérarchie allant de la moins alarmante à la plus angoissante. Il s'agit alors de faire associer chez le patient de manière répétée détente et représentations de situation anxiieuse. Cette association renouvelée plusieurs fois crée une nouvelle réponse conditionnée, qui est la détente. Aussi, la désensibilisation systématique contient trois phases : 1) l'entraînement à la relaxation ; 2) l'établissement d'une hiérarchie de situations anxiogènes ; 3) l'exposition systématique aux situations anxiogènes en relaxation. Les techniques d'exposition sont fondées sur l'idée que l'anxiété diminue en intensité lors d'expositions répétées à la situation redoutée.

**Les thérapies cognitives**, développées par Ellis dans les années 1950, interviennent sur les schémas cognitifs non contrôlés par les sujets. Ces schémas sont considérés alors comme étant au-

tomatiques, inconscients, et ont tendance s'ils sont dysfonctionnels à filtrer l'information en ne retenant que certains aspects de l'expérience vécue. La démarche consiste alors à faire identifier, et reconnaître, chez le sujet, ses pensées dysfonctionnelles et inexactes et de lui substituer à celles-ci des représentations plus positives et plus conformes à la réalité. Le modèle de thérapie cognitive le plus abouti est celui de Beck (1984) concernant la dépression. Pour Beck, les sujets déprimés présentent des schémas cognitifs inconscients qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. Ces sujets déprimés ont construit des schémas dysfonctionnels issus de l'enfance, afin de s'adapter à des expériences précoces traumatisantes d'échec ou de perte. Ceci conduit le sujet déprimé à avoir des interprétations et des représentations du monde et des événements biaisées systématiquement par une vision négative et pessimiste des choses.

Le traitement thérapeutique de Beck se déroule en 5 phases : 1) modélisation cognitive (situation ? cognitions ? réactions comportementales et émotionnelles) ; 2) identification des cognitions et leur rôle dans la dépression (aider le patient à identifier les cognitions dépressives associées aux affects dépressifs et encourager le patient à l'auto-observation) ; 3) modification des cognitions (élaborer des cognitions réalistes et adaptées au travers une « approche socratique ») ; 4) mise en évidence des schémas (mise en évidence des croyances personnelles et les identifier en tant que croyances et non en tant qu'évidences) ; 5) accomplissement des schémas (les schémas sont moins généralisables, « totalitaires », rigides et engendrent une diminution de la souffrance émotionnelle). Cette dernière phase permet aussi au patient de prendre confiance en lui et de pouvoir avoir une action sur la maladie.

**Quant aux techniques émotionnelles**, elles consistent à explorer sans jugement l'expérience vécue ici et maintenant. Ces techniques émotionnelles se fondent en grande partie sur la notion de pleine conscience qui consiste à porter intentionnellement son attention à ce qui se déploie dans le moment présent sans jugement. L'attitude de non-jugement consiste à accueillir toutes les facettes de l'expérience présente, qu'elles soient agréables ou désagréables. La thérapie d'acceptation et d'engagement est une des thérapies de pleine conscience la plus utilisée. Dans cette thérapie, il s'agit, d'une part, de considérer les émotions pour analyser leurs influences sur nos conduites. Et, d'autre part, d'analyser les conséquences de nos conduites en fonction de nos valeurs. Pour ce faire, la thérapie d'acceptation et d'engagement a pour but d'accroître la flexibilité psychologique du sujet, définie comme la capacité à changer de comportement s'il n'est pas utile pour le sujet et conforme à ses valeurs même s'il implique d'éventuelles expériences désagréables. Le thérapeute permet le développement de la flexibilité psychologique en intervenant sur six aspects : la défusion cognitive (ne pas prendre ses pensées comme une vérité absolue), l'expérience de soi comme contexte, l'acceptation, le contact avec l'instant présent, la clarification des valeurs et l'engagement vis-à-vis de ses valeurs.

## Approche humaniste

### Contexte et fondement de l'approche humaniste

L'approche humaniste de Carl Rogers (1966) a pour particularité de faire peu de cas de la nosographie et de la psychopathologie pour se centrer sur l'idée positive et optimiste que chez tout être humain existent des potentialités qui peuvent être développées et se réaliser dans une relation interpersonnelle. Pour Rogers, la psychothérapie est avant tout une relation interpersonnelle, positive et constructive dans laquelle le thérapeute est l'élément essentiel du changement thérapeutique. La philosophie de la thérapie humaniste se fonde également sur la liberté et la capacité d'autodétermination de la personne, c'est-à-dire sa capacité à effectuer des choix personnels.

### Modalités pratiques

Le principe de la technique thérapeutique est fondé sur la non-directivité. Celle-ci renvoie à une position d'écoute, d'empathie et d'authenticité, comportant une disponibilité absolue du thérapeute, sans interprétation ni suggestion. À la notion de non-directivité est lié un principe inconditionnel selon Rogers, c'est la notion d'acceptation ; il s'agit d'accepter le sujet tel qu'il est, sans jugement, le respecter et l'accepter dans sa globalité, accepter ses paroles, ce qui les rend plus acceptables pour le sujet lui-même. La notion d'acceptation du client chez Rogers implique une acceptation de soi ; la perception de soi et la perception d'autrui étant deux choses liées. Cela implique chez le thérapeute de ne pas être directif et d'accepter ses propres angoisses pour pouvoir les percevoir chez autrui. La non-directivité permet une compréhension empathique du thérapeute en étant présent et accessible à l'expérience du patient. Le thérapeute doit se fier à ses propres sensations, à ce qu'il éprouve à chaque moment de rencontre avec son patient. Il doit être sincère et authentique en essayant d'approcher et de sentir au plus près l'expérience du sujet. Par son écoute attentive, le thérapeute aide son patient à reformuler les différentes données de son expérience, à les intégrer et à en prendre conscience. Le processus thérapeutique selon Rogers englobe une libération des sentiments avec reconnaissance, vécu et perception de ceux-ci au cours de la thérapie ainsi qu'un changement dans le mode d'expérience vécue devant entraîner une congruence avec soi-même.

## Approche systémique

### Contexte et fondement

Les thérapies familiales systémiques s'appuient sur les « théories des systèmes » créés et développées en Californie dans les années 1950 grâce aux travaux de recherche de Palo Alto, puis se sont enrichies des observations et réflexions des écoles européennes dans les années 1980.

Ces théories des systèmes insistent d'abord sur l'idée :

1) qu'un système ne résulte pas d'une combinaison d'éléments individuels additionnels mais constitue au contraire une totalité complexe dynamique qui organise la mise en relation de l'ensemble des éléments. En ce sens, la famille est considérée comme un tout cohérent et indivisible. La description d'un membre familial restera toujours insuffisante pour appréhender le système familial. C'est pourquoi il faut alors porter attention aux relations, aux interactions et aux modes de communication qui constituent le système familial ;

2) et que ce système tend à maintenir un certain équilibre (l'homéostasie). En effet, toute nouvelle information apportée par un membre de la famille ou provenant de l'environnement peut avoir des répercussions sur l'ensemble de la famille, mais ce changement ne peut s'opérer que dans certaines limites pour qu'il n'y ait pas remise en cause de l'équilibre et de la stabilité familiale.

Mais un nouveau courant appelé « cybernétique de second ordre » impulsé par Von H. Forster (1988) a modifié considérablement la compréhension de « la théorie des systèmes » et de facto la compréhension du système familial. Ce courant met l'accent sur l'idée que la réalité du système familial n'est pas clos dans sa dynamique interne et indépendant de celui qui l'observe (en particulier le thérapeute) mais se co-construit continuellement à partir d'apports externes. Ce qui peut créer constamment du changement et de nouvelles structures et organisations possibles

C'est Gregory Bateson (1956) qui a donné l'impulsion au groupe de recherche Palo Alto en élaborant sa célèbre hypothèse du « *double bind* » ou « double contrainte » pour rendre compte de l'origine de la schizophrénie infantile. Selon cette hypothèse l'origine de la schizophrénie infantile se situerait dans un système d'interaction conflictuel, contradictoire permanent et répété dans le temps entre le schizophrène et les membres de la famille. Les systémiciens mettent en évidence, au sein de la famille du schizophrène, un discours contradictoire constitué d'une série de messages paradoxaux et d'injonctions contradictoires.

Aussi, en prenant appui sur la théorie des systèmes, la thérapie familiale considère la famille comme un « système » de communication et d'interaction homéostatique dynamique dans lequel le trouble d'un membre de la famille tend à préserver l'équilibre familial. Dans cette optique, les symptômes d'un sujet (« le patient désigné ») doivent être compris à partir du dysfonctionnement familial.

L'objectif des thérapies familiales est donc de faire retrouver à la famille un autre équilibre (ou un fonctionnement plus souple) et une réorganisation du système en l'absence de désordre psychopathologique en tenant compte des interactions, des représentations et des mythes familiaux. Aussi pour que le patient change, il faut aider les autres membres de la famille à redéfinir leur rôle et leur fonction.



## Modalités pratiques

La thérapie systématique se déroule entre une et deux fois par mois. Le cadre est composé d'une salle, séparée en deux espaces par une glace sans tain : un espace pour la famille et l'autre espace pour l'équipe de supervision, également composée de thérapeutes. Les séances sont filmées, avec l'accord des participants. L'équipe de supervision située dans l'autre salle peut appeler le thérapeute à tout moment par un interphone. Les premiers entretiens sont importants car ils permettent de définir un engagement mutuel et des objectifs entre la famille et le thérapeute. Il s'agit souvent de manier les paradoxes existants dans la famille et pouvoir représenter les relations entre les différents membres de la famille et leur place respective dans l'histoire familiale et dans les générations précédentes (souvent utilisation du génogramme comme support écrit).

## Conclusion

Nous avons évoqué dans ce texte les spécificités de la psychothérapie et les approches psychothérapeutiques (psychanalytique/psychodynamique, cognitivo-comportementale, humaniste et systémique) principales. Il est important néanmoins de mentionner qu'il existe d'autres approches psychothérapeutiques plus actuelles, notamment l'approche transculturelle, qui accorde une place prépondérante à la culture comme outil et opérateur thérapeutiques.●

Baubet T, Moro MR. Psychopathologie transculturelle. Paris : Masson, 2013.

Chahraoui K, Bénony H. « Les psychothérapies ». In : Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. (p. 43-70). Paris : Dunod, 2003.

Cottraux J. Les Thérapies cognitives et comportementales, Paris : Masson, 2004.

Elkaïm M. Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Paris, Seuil, 1988.

Von Foersten H. « La construction d'une réalité ». In : Watzlawick P. (Ed.). L'Invention de la réalité (p. 45-69). Paris, Seuil, 1988.

Gilliéron E. (1997). Manuel de psychothérapies brèves. Paris, Dunod, 2<sup>e</sup> éd. 2004.

Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy 2004;35:639-65.

Rogers C. Le Développement de la personne. Paris : Dunod, 1966.

Schoendorff B, Grand J, Bolduc MF. La Thérapie d'acceptation et d'engagement. Bruxelles : De Boeck, 2011.

Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques. Paris : Dunod, 2007.

Thurin JM. « Psychothérapie psychanalytique ». In M. Elkaïm (Ed.). Comprendre et traiter la souffrance psychique (p.87-198). Paris : Seuil, 2007.

Watzlawick P. L'Invention de la réalité. Paris, Seuil, 1988.

---

K. Chahraoui et M. Reynaud déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

---

## Message de l'auteur

Il pourrait être demandé à l'examen de définir la psychothérapie en demandant une définition générale aux étudiants tout en les incitant à préciser les différents aspects spécifiques de la psychothérapie (le cadre thérapeutique, le fondement scientifique, la compétence professionnelle du psychothérapeute, le but de la psychothérapie).

Il pourrait être demandé à l'examen de définir une approche psychothérapeutique spécifique (psychanalytique, cognitivo-

comportementale, humaniste ou systémique).

Il pourrait être demandé à l'examen de définir un cadre thérapeutique en l'illustrant à partir d'une approche psychothérapeutique de son choix.

Il pourrait être demandé à l'examen de préciser les différences au sein de l'approche cognitivo-comportementale entre les différentes périodes (comportementales, cognitives et émotionnelles) concernant l'explication du trouble et les techniques

thérapeutiques à adopter pour le traiter.

En quoi les conceptions diffèrent dans l'approche psychanalytique entre la cure type et les psychothérapies d'orientation psychanalytique ?

Ou il pourrait être demandé une question plus précise : définir le transfert et le contre-transfert dans l'approche psychanalytique et expliquer les différences dans la manière de l'utiliser entre la cure analytique et les psychothérapies d'inspiration psychanalytiques.