

PSYCHO- THÉRAPIES

EVELYNE KOLATTE

avec la collaboration de ARIANE ZINDER, ESTHER HARTMANN,
MAÏTE LAURENÇON et ANTHÉA BAILLEUX

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | |
| UNE PSYCHOTHÉRAPIE, POURQUOI ? | 7 |
| PLAN DE LA BROCHURE | 11 |
| QU'EST-CE QU'UNE PSYCHOTHÉRAPIE ? | 13 |
| QUI SONT LES PSYCHOTHÉRAPEUTES? | 19 |
| DÉONTOLOGIE ET ÉTHIQUE | 22 |
| REMBOURSEMENT ET MODALITÉS DE PAIEMENT | 26 |
| PSYCHOTHÉRAPIE ET TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX | 29 |
| La psychothérapie comme alternative au traitement médicamenteux | 29 |
| La psychothérapie associée au traitement médicamenteux | 29 |
| Prescription des médicaments par le-la psychothérapeute ou cothérapie | 31 |
| LES PRINCIPALES FORMES DE PSYCHOTHÉRAPIES | 34 |
| La psychanalyse ainsi que les psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques | 35 |
| Les psychothérapies comportementales et cognitives (TCC) | 40 |
| Les psychothérapies systémiques | 47 |
| Les psychothérapies humanistes | 51 |
| La Gestalt-thérapie | 52 |

| | |
|--|-----------|
| La psychothérapie selon l'approche centrée sur la personne de Rogers (ACP) | 54 |
| L'analyse transactionnelle | 56 |
| Les psychothérapies à médiation corporelle | 59 |
| Les psychothérapies de soutien | 62 |
| Autres psychothérapies | 64 |
| L'ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES | 68 |
| ADRESSES UTILES | 71 |
| BIBLIOGRAPHIE | 75 |
| Ouvrages généraux | 75 |
| Pour en savoir plus | 75 |
| PUBLICATIONS DE PRO MENTE SANA | 80 |
| Collection psychosociale | 80 |
| Collection juridique | 75 |

INTRODUCTION

UNE PSYCHOTHERAPIE, POURQUOI ?

Cette brochure se propose de répondre à quelques-unes des questions que vous pouvez vous poser au moment d'entreprendre une démarche qui n'est pas anodine. En effet, une psychothérapie est un traitement spécifique dont il est important de connaître les possibilités d'application, les buts, les exigences, les résultats.

Comment en vient-on à se poser la question ? La proposition peut venir d'un tiers : médecin traitant-e, proche, collègue, connaissance, qui constate que vous n'allez pas bien, que vous êtes triste, irritable, angoissé-e, sans énergie, tenant des propos inhabituels, buvant trop, que les somnifères ou les antidépresseurs prescrits sont sans effet ou insuffisants. Mais peut-être y avez-vous pensé spontanément, dans un moment difficile, avec le sentiment d'avoir besoin d'une aide pour affronter une souffrance devenue trop lourde. Il est aussi possible que vous y songiez depuis longtemps, prenant conscience que votre fonctionnement psychique est source d'isolement, de conflits, d'échecs répétés, mais que vous n'avez pas osé vous engager dans une forme de traitement dont les implications et les résultats vous semblaient peu clairs. La question peut aussi se poser pour une personne de votre entourage que vous voyez en difficulté, voire en danger, dont vous percevez la souffrance et que vous aimeriez convaincre d'accepter des soins dont elle doute de l'efficacité ou qu'elle refuse d'envisager.

Lorsque la souffrance psychique est intense ou qu'elle dure et qu'elle nécessite le recours à une aide spécialisée, **est-ce que la psychothérapie est le traitement adéquat ?** Pouvoir mettre des mots sur des émotions qui vous submergent, rompre un silence qui vous isole, exprimer une colère retenue, parler de la honte qui vous ronge a-t-il vraiment une valeur thérapeutique ? La psychothérapie est-elle une alternative aux médicaments ? Peut-elle aider à renoncer à des substances qui permettent d'affronter le stress professionnel ? A vivre moins négativement les épreuves liées à la maladie et à la vieillesse ? A modifier des éléments problématiques de votre personnalité ? À quoi faut-il s'attendre lorsque vous vous engagez dans une psychothérapie ? Quel en est le coût, en termes financiers, mais aussi en temps ? Peut-elle être déstabilisante en faisant resurgir des souvenirs douloureux, en réactivant les effets nocifs de traumatismes passés ? Va-t-elle mettre en danger un fragile équilibre de couple ? Lorsque vous vous engagez dans une psychothérapie, pouvez-vous espérer y mettre un terme ? Il est important, lorsque vous envisagez de rencontrer un-e thérapeute, de pouvoir formuler vos attentes, vos hésitations, vos craintes.

La psychothérapie peut être indiquée dans différentes situations problématiques, difficultés transitoires ou durables, symptômes perturbant la vie quotidienne ou relationnelle, pathologies psychiatriques aiguës, cycliques ou chroniques. Si elle peut être une alternative aux médicaments psychotropes, elle peut aussi y être associée. Dans certains cas, l'association sera nécessaire et potentialisera les effets des deux thérapeutiques.

Pour en savoir plus

Voici **quelques exemples**, parmi beaucoup d'autres, d'indication à une psychothérapie :

- Une situation de crise existentielle s'accompagnant de nervosité, d'insomnie, d'anxiété, de sentiments d'échec, de culpabilité, ou de difficulté à voir encore un sens à la vie. Cette situation a pu être causée par une séparation ou un divorce, le départ des enfants devenus adultes, un problème professionnel, un deuil. S'il y a un facteur déclenchant évident, l'ampleur de la réaction peut poser la question de la résonance de l'événement avec des problèmes plus profonds jamais abordés.
- L'apparition de crises de panique incoercibles, s'accompagnant d'une agoraphobie avec une limitation progressive de toute vie sociale et un isolement douloureux.
- L'envahissement des obsessions et un besoin de contrôles répétitifs qui mettent en danger la poursuite d'une activité professionnelle du fait d'arrivées tardives et de difficulté croissante à terminer une tâche.
- Des échecs répétés dans la tentative de nouer une relation stable, en raison de colères inappropriées, de bouffées d'angoisse lorsque l'autre n'est pas disponible, de difficultés à trouver la bonne distance dans les interactions et la répétition de tentatives de suicide.
- Une dépendance progressive à l'alcool ou à une drogue, accompagnée de sentiments de honte et la mise en péril d'un emploi ou d'une relation de couple.
- Des troubles alimentaires (anorexie, boulimie).
- Des symptômes physiques, comme des vertiges, une grande fatigue, des maux de tête, des problèmes de digestion, des douleurs chroniques, une insomnie rebelle, qui restent inexplicables et ne répondent pas aux médicaments prescrits par le-la médecin traitant-e, qui évoque la possibilité d'une origine psychique.
- La répétition d'épisodes dépressifs malgré la prise plus ou moins régulière d'un traitement.

- La survenue, lors de la confrontation à des facteurs de stress, d'épisodes psychotiques avec désorganisation de la pensée et apparition de propos délirants nécessitant des hospitalisations traumatiques, avec la difficulté à accepter la prescription d'un traitement neuroleptique qui pourrait les prévenir ou en limiter la durée.

Ce sont quelques exemples où une psychothérapie adéquate peut permettre de dépasser une situation problématique, de modifier un comportement autodestructeur, de reconnaître les signes annonciateurs d'une crise psychique, d'encourager l'acceptation d'un traitement nécessaire, d'influencer positivement un pronostic, et, ce qui est très important, de favoriser le développement des ressources propres.

Mais comment faire le choix d'une psychothérapie adaptée parmi l'éventail des offres qui se sont multipliées au cours du temps ?

PLAN DE LA BROCHURE

Après avoir présenté différents éléments communs qui caractérisent toute psychothérapie, nous consacrerons un chapitre à l'identité des psychothérapeutes et un autre à la déontologie, avant d'aborder les aspects financiers des psychothérapies. Nous parlerons brièvement du traitement médicamenteux en relation avec la psychothérapie avant de passer en revue les principales formes de psychothérapies reconnues et enseignées dans le cadre de la formation des psychiatres et des psychologues, ayant fait l'objet d'études et de publications sérieuses, en précisant leurs indications. Nous présenterons ensuite quelques-unes des psychothérapies dont la pratique s'est développée sur la base de connaissances approfondies et s'appuie sur une formation exigeante et contrôlée. Enfin, nous donnerons quelques informations sur l'évaluation des psychothérapies.

Dans sa dernière partie, la brochure comprend des adresses utiles et une bibliographie.

QU'EST-CE QU'UNE PSYCHOTHERAPIE ?

Les éléments que l'on retrouve dans différentes définitions sont essentiellement les suivants :

Il s'agit d'une **thérapeutique**, donc d'un traitement impliquant la notion de soin, qui vise à soulager ou guérir un trouble ou une maladie. Cette thérapeutique utilise des **moyens d'intervention psychiques** ou psychologiques. Elle se distingue donc des traitements psychiatriques basés sur des procédés physico-chimiques (médicaments, stimulations électriques, p. ex.). Elle s'applique à des troubles psychiques, une souffrance émotionnelle, des dysfonctionnements relationnels, mais elle peut aussi soulager différents troubles somatiques, comme des douleurs, des troubles du sommeil, différents troubles organiques fonctionnels ou psychosomatiques.

La nature scientifique de cette thérapeutique est mentionnée dans certaines définitions. Ce critère est cependant difficile à déterminer, car il ne correspond pas aux exigences qui caractérisent les sciences exactes. Mais la notion de rigueur dans l'application de cette thérapeutique, qui se définit par **des buts, des méthodes, un cadre défini**, est essentielle. Elle doit être **dispensée par un-e professionnel-le** utilisant des méthodes pour lesquelles il-elle a été formé-e, et intervenir dans le cadre d'un contrat de soins.

Elle peut se pratiquer selon **différentes modalités** : individuelle, de couple, de famille, de groupe. Elle peut être définie par sa durée : brève, longue, sans détermination préalable de la durée.

C'est une approche **essentiellement verbale**, mais certaines psychothérapies sont à médiation corporelle ou utilisent d'autres médiations (art-thérapie, musicothérapie notamment) que nous n'aborderons pas dans cette brochure.

La méthode adoptée variera en fonction du **but à atteindre**. Celui-ci sera abordé d'emblée, mais il devra pouvoir être réévalué, précisé, reformulé en cours de traitement. Le but visé peut être la diminution ou la disparition des symptômes, la modification de comportements dysfonctionnels ou destructeurs, la mise en évidence d'une problématique inconsciente qui, tant qu'elle n'a pas pu être élaborée, se manifeste par des symptômes divers et/ou une souffrance psychique qui perturbe la vie affective ou les relations sociales.

Une psychothérapie est aussi utile pour découvrir ses ressources et élaborer des solutions, de même que pour mieux se connaître ou développer son bien-être. Dans ce dernier cas, les psychothérapies ne sont pas liées à une maladie et ne sont donc pas remboursées par l'assurance maladie.

La psychothérapie n'exclut pas la prescription d'un traitement médicamenteux dans certaines pathologies, soit transitoirement, soit à long terme. Cette prescription peut être faite par les thérapeutes – pour autant qu'ils-elles soient psychiatres –, mais elle peut aussi être assurée par des collègues médecins, que les psychothérapeutes soient psychiatres ou psychologues (voir le chapitre sur le traitement médicamenteux).

Le cadre est un élément important de la psychothérapie. Il se réfère à un lieu défini, une fréquence et une durée des séances, des règles dans l'interaction entre patient-e-s et thérapeutes, un mode de paiement.

Comme toute intervention thérapeutique, la psychothérapie a **des indications et des contre-indications**. Celles-ci déterminent le choix de la méthode la mieux adaptée aux problèmes qui sous-tendent la demande et il faut pouvoir être orienté-e correctement lorsque la question d'un tel traitement se pose. Il peut donc être important de se référer à l'avis de professionnel-le-s (par exemple médecins généralistes ou traitant-e-s, une association faïtière ou une association professionnelle comme l'association romande Pro Mente Sana) pour éviter de se fourvoyer dans un traitement inapproprié, inefficace, voire nocif.

Pour en savoir plus : ce qui n'est pas de la psychothérapie

Si la psychothérapie peut représenter une aide utile en cas de souffrance émotionnelle, de crise existentielle, de difficultés relationnelles, d'autres formes d'aide existent et s'en distinguent, dont il ne sera pas traité dans cette brochure.

Certaines peuvent précéder, accompagner ou relayer une psychothérapie, comme le réseau psychosocial ou les groupes d'entraide, ou encore la mise en œuvre de l'approche développée dans le cadre du mouvement du recovery (rétablissement en santé mentale).

De nombreuses méthodes de développement personnel se sont multipliées ces dernières années, dont certaines s'inspirent de différents courants de la psychothérapie. Ces méthodes visent essentiellement non pas à traiter des troubles qui nécessitent une aide extérieure, mais à accroître le bien-être, l'estime de soi, à diminuer les sentiments de frustration liés à la vie quotidienne, à développer la créativité, à améliorer la qualité des relations sentimentales ou professionnelles, l'ouverture au monde. Ces objectifs ont certes leur valeur et peuvent contribuer à une vie meilleure, mais ils relèvent d'une démarche différente. Le développement personnel pourrait être compris comme un approfondissement

dans la connaissance de soi, l'acceptation de ses limites, la réalisation de ses potentialités ; un processus qui peut se poursuivre tout au long de la vie et s'appuyer sur certaines méthodes, mais aussi sur une philosophie, des rencontres, l'expérience acquise dans la confrontation aux événements. La psychothérapie intervient lorsque le développement personnel n'est plus possible, quand la souffrance psychique interfère avec la pensée, perturbe les comportements. Même si elle favorise sans aucun doute le développement personnel, son but est d'abord de soigner lorsque la souffrance devient pathologique et entrave le fonctionnement psychique.

Un autre type d'aide est le coaching, un accompagnement issu des domaines du sport et de l'entreprise et qui s'est étendu à celui de l'aide individuelle, où il propose des moyens pratiques pour résoudre des problèmes concrets (par exemple des outils pour la gestion du temps ou du quotidien).

Ces approches ne sont pas des thérapies. Si certaines sont pratiquées avec sérieux et peuvent se révéler utiles, parfois pour prévenir l'évolution vers un véritable trouble psychique, d'autres ne le sont guère et leur profusion va de pair avec l'absence d'un véritable contrôle dans leur exercice.

La psychothérapie se distingue également d'autres manières d'aborder la souffrance, qui sont propres à la philosophie ou à la religion. L'une et l'autre peuvent apporter des éléments qui ont inspiré des thérapies traditionnelles ou des développements récents de l'approche cognitivo-comportementale.

Enfin, des sectes peuvent proposer une aide sous couvert d'une approche dite psychothérapique s'appuyant sur des connaissances psychologiques, en abusant de la vulnérabilité de personnes en souffrance et en les mettant en danger par l'emprise qu'elles exercent sur leurs adeptes, en créant une dépendance pathologique, en les isolant de leur milieu, en revendiquant l'exclusivité du savoir et le pouvoir de la guérison assurée.

Un aspect essentiel de la psychothérapie est la **relation personnelle** qui va s'établir avec le-la thérapeute et qui sera le fondement d'une **alliance thérapeutique**, élément commun à toutes les psychothérapies. Cette alliance est un facteur indispensable à la mise en place du processus thérapeutique et, pour la réaliser, il faut que la psychothérapie soit basée sur une démarche

volontaire, qu'elle fasse l'objet d'une demande explicite et que l'engagement dans le traitement soit fondé sur la confiance. La qualité de l'alliance nécessite avant tout la construction d'une relation de collaboration, qui va dépendre des particularités des deux protagonistes. Un-e thérapeute peut convenir à une personne et pas à une autre.

Il faut donc se donner le **temps de trouver** le-la thérapeute avec qui « le courant passe », avec qui on sent que l'on peut être soi-même, parler librement sans peur d'être jugé-e ; le-la thérapeute que l'on sent prêt-e à nous faire confiance malgré nos difficultés, nos craintes, nos réticences. Il sera peut-être utile d'en voir plusieurs avant de prendre une décision, démarche possible dans les régions où il y a beaucoup de psychothérapeutes. Le-la thérapeute n'est pas détenteur-riche d'une vérité, mais il-elle fait avec son-sa patient-e un travail visant à mieux comprendre les causes possibles de ses difficultés, à les élaborer, à les modifier peut-être ou à les aborder différemment. Il-elle doit pour ce faire avoir une écoute empathique, faire part de ses constatations, formuler des hypothèses qu'il-elle peut partager.

Pour en savoir plus sur l'empathie

L'empathie est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne. À la différence de la sympathie ou de l'antipathie, l'empathie est un processus dans lequel le-la praticien-ne tente de faire abstraction de son propre univers de référence mais sans en perdre le contact, pour se centrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. Cela implique la capacité de reconnaître les émotions et les besoins de l'autre sans en être affecté-e, ni en être touché-e personnellement.

Une psychothérapie ne doit pas devenir une relation de dépendance ; elle doit favoriser le développement de l'autonomie. Cette exigence est primordiale pour qu'elle se révèle féconde à long terme. Cela nécessite une grande attention tant de la part du-de la thérapeute que de la personne qui s'engage dans ce traitement basé sur l'établissement d'une relation, une relation qui devra prendre fin.

La **fin de la psychothérapie** peut être fixée d'emblée dans certaines approches. Dans d'autres, elle interviendra d'un commun accord lorsque thérapeute et patient-e auront le sentiment d'être parvenus au terme du processus qui, en faisant disparaître les symptômes – voire en les atténuant – ou en favorisant les changements nécessaires, permettra à la personne soignée de **vivre de façon suffisamment bonne**. Il faut se sentir libre de mettre fin

à un traitement qui n'apparaît pas concluant. Mais il peut être important de discuter cette décision avec le-la thérapeute, afin qu'elle s'inscrive dans une démarche positive. Il s'agit en effet de conclure de manière satisfaisante, sans que cela constitue une interruption prématurée dans un moment difficile. Cette discussion devrait alors s'intégrer dans le parachèvement du processus thérapeutique.

Nous reviendrons dans un chapitre ultérieur sur les éléments à prendre en considération dans le choix d'un-e psychothérapeute et aussi sur les exigences éthiques qui doivent être respectées dans l'établissement et le maintien d'une relation si particulière (voir chapitre sur la déontologie).

En résumé

Cette relation s'inscrit dans un cadre spécifique, qui sera déterminé par la méthode thérapeutique proposée, s'appuyant sur une théorie. La définition d'un cadre et son respect sont indispensables pour que se déploient les effets favorables de cette expérience qui donnera la possibilité d'être à la fois acteur-riche et observateur-riche de sa propre vie psychique. Il délimite dans le temps et dans l'espace un lieu pour penser et prendre le temps de le faire.

Le cadre, l'adéquation de la méthode au problème à traiter et le savoir-faire technique du-de la thérapeute sont importants. Néanmoins, il ressort de l'évaluation des résultats des différentes psychothérapies que le facteur déterminant est la qualité de l'alliance thérapeutique.

QUI SONT LES PSYCHOTHERAPEUTES ?

Les formations initiales des psychothérapeutes sont très variées.

Les psychiatres ont une formation médicale universitaire complète, suivie en Suisse d'une formation spécialisée en psychiatrie et psychothérapie. Pour obtenir le titre de spécialistes en psychiatrie et psychothérapie décerné par la **Fédération des médecins suisses (FMH)**, les médecins doivent remplir des exigences précises, parmi lesquelles un certain nombre d'années de formation théorique et pratique dans des établissements psychiatriques reconnus. Les psychiatres étant médecins, ils-elles peuvent prescrire des médicaments.

Les psychologues ont une formation en psychologie, qui peut déboucher sur différentes activités autres que la psychothérapie.

Pour bénéficier d'un titre reconnu de **psychothérapeute**, il est nécessaire de poursuivre une formation postgrade reconnue dont les conditions sont fixées par la LPsy. Pour intégrer ladite formation, les postulant-e-s doivent être titulaires d'un diplôme en psychologie ou avoir suivi une formation de base comportant une prestation d'étude suffisante en psychologie clinique et psychothérapie.

Les psychanalystes proposent quant à eux une cure psychanalytique. Pour accéder à la formation psychanalytique, un titre universitaire, une expérience clinique et une analyse personnelle sont exigés. La formation, qui dure plusieurs années, comporte – outre l'expérience personnelle d'une psychanalyse – des supervisions et une formation théorique. C'est au terme de cette formation que les candidat-e-s pourront être accepté-e-s comme membres d'une association ou d'une société de psychanalyse reconnue. À noter que les psychanalystes peuvent proposer des psychothérapies, pour autant qu'ils-elles aient suivi la formation de psychothérapeute mentionnée ci-dessus.

Attention : en Suisse, le titre de psychothérapeute est reconnu et protégé par la loi, contrairement à celui de psychanalyste.

En bref :

- Un-e psychologue peut faire une formation supplémentaire en psychanalyse. Ses titres sont psychologue et psychanalyste.
- Un-e psychologue peut suivre une formation postgrade en psychothérapie d'orientation psychanalytique (par exemple). Il-elle aura dès lors un titre de psychologue psychothérapeute formé-e spécifiquement en psychanalyse.

- Une personne titulaire d'un diplôme universitaire, pas nécessairement en psychologie, peut suivre une formation de psychanalyste et ainsi accéder à ce titre au terme de sa formation.

Lorsque l'on souhaite entreprendre une psychothérapie, il est recommandé de se renseigner sur la formation initiale du/de la psychothérapeute, la nature de sa formation en psychothérapie et son appartenance éventuelle à une association professionnelle.

Les trois grandes associations faitières que sont la FMH pour les médecins, la FSP pour les psychologues et l'ASP pour les psychologues et les autres psychothérapeutes reconnu-e-s peuvent fournir des renseignements sur la qualité de la formation de leurs membres.

DEONTOLOGIE ET ETHIQUE

La déontologie se réfère aux devoirs et aux règles liés à l'exercice d'une profession.

Les psychologues et/ou psychothérapeutes qui font partie d'une association professionnelle sont soumis-e-s au **code déontologique** de leur profession. Ils-elles doivent veiller à éviter tout préjudice prévisible et évitable lié à la psychothérapie et s'engager à faire preuve de véracité. Ils-elles devraient refuser un traitement qu'ils-elles ne sont pas à même de conduire dans les règles de l'art. Si un problème surgit, le-la patient-e peut faire appel à l'association à laquelle est affilié-e son-sa psychothérapeute. Si les faits le justifient, ladite association peut appliquer une sanction à l'encontre de ce-tte dernier-ère (ce qui arrive rarement).

Les psychothérapeutes membres d'associations sont tenu-e-s de maintenir et développer leurs connaissances et leur savoir-faire. Ils-elles assurent la qualité de leurs actes professionnels par la formation continue, la supervision ainsi que d'autres moyens de connaissance adéquats. Ils-elles tiennent compte des limites de leurs compétences et, si elles sont dépassées, ils-elles recourent à des spécialistes appropriés pour répondre aux besoins de leurs patient-e-s.

Une règle fondamentale, tant pour les médecins que pour les psychologues et/ou psychothérapeutes, est le respect du **secret professionnel**. La personne qui s'engage dans une psychothérapie doit être assurée du respect absolu de cette règle pour pouvoir parler d'elle-même librement, de son intimité, de sa relation avec ses proches, ses ami-e-s, son employeur-se et tout contact, dévoiler des aspects d'elle-même difficiles à accepter ou dont elle peut avoir honte, exprimer des sentiments complexes. Le secret professionnel signifie donc que – sans l'accord de la personne – les psychothérapeutes sont tenu-e-s à la confidentialité également vis-à-vis des proches, des collègues médecins et de tout professionnel de la santé.

La **relation de confiance** qui s'établit dans le cadre d'une psychothérapie nécessite une attention particulière. Le-la psychothérapeute doit veiller à respecter l'identité de la personne, ses valeurs, ses croyances ; les techniques utilisées doivent aider la personne à affirmer son autonomie et ne doivent pas être un moyen de l'influencer en lui imposant des valeurs et des croyances qui ne sont pas les siennes, en la persuadant de s'engager dans un changement qu'elle ne souhaite pas. Si l'objectif de la psychothérapie est de modifier des croyances, des pensées, des comportements qui sont source de souffrance, les techniques utilisées pour atteindre le but souhaité peuvent

impliquer la suggestion, des prescriptions, des consignes. Celles-ci doivent être expliquées, discutées, afin que la personne puisse y consentir en étant informée de leur utilité. Le-la psychothérapeute n'impose pas ses prestations.

Le fait que le-la patient-e puisse compter sur le respect du-de la thérapeute à son égard a non seulement une valeur éthique, mais il a été constaté que c'est aussi un facteur important pour l'efficacité d'une psychothérapie.

Le devoir d'information fait partie des règles édictées par le code de déontologie. Le-la psychothérapeute fournit des informations précises, non ambiguës, sur sa formation de base, sa formation post-graduée et sa formation continue, ses titres et compétences professionnelles. Il-elle renseigne de façon compréhensible sur les méthodes qu'il-elle applique, ce qu'on peut en attendre et quelles sont leurs limites. Il-elle informe la personne des traitements alternatifs possibles.

Il-elle s'abstient de toute promesse irréaliste concernant les résultats du traitement, de ses conseils, des apprentissages suggérés.

Si la psychothérapie est proposée sur le mandat d'un tiers, le-la psychothérapeute en avise le-la patient-e au début du traitement, dont il-elle précise les conditions.

Le-la patient-e peut demander à prendre connaissance des éléments de son dossier qui le-la concernent, à l'exception des notes personnelles du psychothérapeute, et réclamer des copies de documents. Le-la psychothérapeute peut refuser de lui communiquer les informations qui concernent des tiers afin de protéger les intérêts de ces derniers.

En ce qui concerne les **honoraires**, les psychothérapeutes se réfèrent aux tarifs recommandés par leurs associations professionnelles.

Le contrat thérapeutique dans lequel s'engage patient-e et psychothérapeute nécessite la définition d'un cadre sur lequel les deux personnes se mettent d'accord avant le début de la psychothérapie. Ce cadre précise le lieu, la fréquence et la durée des séances, la durée présumée du traitement, les modalités de l'approche (individuelle, en couple, familiale, en groupe), les conditions du travail psychothérapeutique (y compris les conditions d'annulation ou d'arrêt), les conditions financières (honoraires, mode de paiement, règlement des séances manquées).

Si une modification du cadre établi au début de la psychothérapie survient, elle doit être discutée pour que la personne en comprenne les raisons.

Afin que la relation reste de l'ordre d'une alliance thérapeutique libre de toute pression, il est d'usage que les psychothérapeutes n'acceptent **pas de cadeaux**. La reconnaissance peut être exprimée verbalement.

Le-la psychothérapeute ne parle pas de sa vie personnelle. L'empathie qu'il-elle manifeste ne signifie pas qu'il-elle soit un-e ami-e. La relation de confiance établie dans le cadre psychothérapeutique **exclut la poursuite d'une relation en dehors des séances ainsi que les relations sexuelles**. Lorsque les personnes en psychothérapie sont confrontées à une attitude inacceptable de la part de leur thérapeute, elles sont en droit de rompre la relation sans avoir à se justifier.

Un problème éthique peut se poser lorsque la psychothérapie n'avance plus et que la personne ne va pas bien, mais ne peut envisager de quitter son-sa psychothérapeute. Tout en comprenant le vécu douloureux d'abandon qui serait lié à la fin de la psychothérapie, le-la psychothérapeute sait qu'il-elle n'est pas tout-e puissant-e, qu'il-elle a ses limites. Il n'existe pas de règle à laquelle il-elle peut se conformer pour prendre une décision. Ce qui pourra le-la guider, c'est d'agir au plus près de sa conscience et en tenant compte de l'intérêt de son-sa patient-e. Il faudra alors prendre le temps de lui expliquer les raisons qui l'amènent à envisager la fin de la psychothérapie, préparer cette fin et l'aider à trouver le-la thérapeute qui pourra mieux répondre à ses besoins.

Mentionnons également le cas où la personne est en conflit avec son-sa psychothérapeute et souhaite mettre un terme au traitement. Le-la psychothérapeute pourrait accepter cette décision et se sentir soulagé-e de mettre fin à une relation difficile. Pourtant, pour répondre à une exigence éthique, il conviendrait mieux de proposer la poursuite de la psychothérapie afin de surmonter le conflit et d'offrir ainsi à la personne la possibilité de faire une expérience qui favorisera un changement bénéfique. Le-la psychothérapeute aura alors agi au plus près de sa conscience et dans l'intérêt de son-sa patient-e.

REMBOURSEMENT ET MODALITES DE PAIEMENT

Concernant le **remboursement** d'une psychothérapie par l'assurance maladie, plusieurs situations peuvent se présenter selon la formation initiale des psychothérapeutes.

La psychothérapie peut être remboursée par l'**assurance de base** (LAMal), à raison de 90 % comme toute autre prestation médicale, dans deux situations :

- lorsque les psychothérapeutes sont médecins spécialisé·e·s en psychiatrie ;
- lorsque les psychologues-psychothérapeutes pratiquent sous leur propre responsabilité à condition que les séances aient été prescrites par un·e médecin pour une durée limitée à deux fois 15 séances. À l'issue des 15 séances, les patient·e·s devront obtenir une nouvelle prescription et leur thérapeute devra tout d'abord adresser un rapport au·à la médecin ayant prescrit la thérapie. Après la 30^e séance, c'est le·la médecin-conseil de l'assurance qui décide de la poursuite de la psychothérapie.

Les tarifs sont fixés par le Tarmed et varient d'un canton à l'autre.

Les psychiatres psychothérapeutes sont tenu·e·s d'adresser un rapport au·à la médecin-conseil de l'assurance maladie pour justifier la poursuite de la prise en charge financière de la psychothérapie au-delà de la quarantième séance. Par ailleurs, l'assurance maladie peut demander en tout temps que les médecins psychiatres adressent un rapport à leur médecin-conseil pour justifier leurs prestations à l'égard d'un·e patient·e.

Le remboursement d'une psychothérapie peut également se faire par une **assurance complémentaire** (LCA). Les caisses maladie proposent des assurances complémentaires très différentes les unes des autres. Elles déterminent les thérapies et thérapeutes qu'elles acceptent de rembourser. Elles peuvent en effet ne rembourser que les psychothérapeutes membres d'une association professionnelle ou encore remplissant des critères de qualité reconnus dans le champ de la médecine alternative (normes ASCA, RME). Par ailleurs, elles participent au financement des psychothérapies dans des proportions variables et souvent pour un nombre limité de séances.

Avant de s'engager dans une psychothérapie que – pour des raisons personnelles – l'on ne peut pas ou l'on ne veut pas assumer soi-même financièrement, il est donc important de vérifier si l'assurance complémentaire à laquelle on a souscrit rembourse les prestations proposées par un·e psychothérapeute.

En ce qui concerne les **modalités de paiement**, il est important de les aborder d'emblée avec les psychothérapeutes et d'en comprendre les raisons.

Lorsque les psychothérapeutes travaillent à charge de l'assurance maladie de base, ils adressent généralement une note d'honoraires, le plus souvent mensuelle, que les patient·e·s leur règlent et dont ils·elles envoient un exemplaire à leur assurance maladie pour remboursement (tiers garant). Dans certaines situations, et seulement avec l'accord écrit des patient·e·s, les psychothérapeutes peuvent envoyer directement la note d'honoraires à l'assurance maladie pour remboursement, les 10 % restant à leur charge (tiers payant).

Certain·e·s psychothérapeutes demandent à leurs patient·e·s de payer directement chaque séance et établissent une note d'honoraires que les patient·e·s transmettront à l'assurance maladie pour remboursement. Cette pratique peut avoir une justification psychothérapeutique dont il faut parler avec les psychothérapeutes, afin d'en comprendre la valeur.

Une question à aborder est celle du paiement des séances manquées. Elles sont habituellement facturées sauf, en principe, si elles sont signalées 24 h ou 48 h à l'avance. Elles sont à la charge des patient·e·s, car on ne peut demander à l'assurance maladie le remboursement d'un acte qui n'a pas eu lieu. Il est donc important de discuter du tarif appliqué et des conditions de paiement des séances manquées.

Si vous souhaitez, pour des motifs d'approfondissement de la connaissance de vous-même ou de développement personnel, entreprendre un travail psychique ou le poursuivre après la résolution du problème qui avait justifié une psychothérapie, il vous sera demandé d'en assumer la charge financière.

PSYCHOTHERAPIE ET TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

La psychothérapie comme alternative au traitement médicamenteux

Le choix de la psychothérapie comme alternative au traitement médicamenteux est justifié dans différentes situations. Cela peut être le choix **du·de la patient·e**. Il·elle peut avoir envie d'aborder les difficultés qui l'ont amené·e à chercher une aide sans recourir à un traitement psychotrope, comme un tranquillisant, un somnifère, un antidépresseur. Il·elle peut aussi vouloir renoncer à la prise d'un médicament dont il·elle est devenu·e dépendant·e ou dont les effets secondaires sont mal supportés, pour travailler à la compréhension de l'origine de ses symptômes, aux moyens d'agir sur eux par de nouveaux apprentissages ou par le développement des ressources qui lui permettront de les contrôler mieux ou différemment.

La proposition de suivre une psychothérapie peut émaner des **psychothérapeutes** consulté·e·s, dans la mesure où elle est considérée comme un traitement de choix pour un certain nombre de problèmes psychiques, comme la dépression légère ou de sévérité moyenne, certains troubles anxieux comme des phobies, des troubles de la personnalité, des troubles alimentaires, un état de désarroi lié à une situation de crise ou à une perte importante.

Pour que ce choix soit porteur d'un travail psychothérapeutique générateur d'une évolution positive, il est important qu'il soit l'objet d'un **accord** entre patient·e et psychothérapeute et qu'il contribue à l'alliance thérapeutique.

Lorsqu'il y a désaccord à ce sujet, que ce soit dans la discussion relative à l'engagement dans une psychothérapie ou au cours d'une psychothérapie, l'exploration des raisons qui amènent à des positions différentes – lorsqu'elle est possible – peut avoir en elle-même une valeur thérapeutique et contribuer à la construction d'une alliance thérapeutique.

La psychothérapie associée au traitement médicamenteux

C'est une pratique qui est répandue et généralement bien acceptée aujourd'hui. Différentes études ont montré que l'association pouvait apporter des résultats supérieurs à ceux qui sont observés lorsque l'une ou l'autre approche, médicamenteuse ou psychothérapique, est mise en œuvre isolément. Mais pour que l'association soit féconde, il est nécessaire de prendre

un certain nombre de précautions pour ne pas nuire à l'alliance thérapeutique indispensable au travail psychothérapeutique.

Il importe tout d'abord d'être bien renseigné-e sur les **effets bénéfiques** et les **effets indésirables** du médicament prescrit. Les traitements médicamenteux, tout particulièrement les traitements psychotropes, sont porteurs de **représentations** qui peuvent interférer avec leur acceptation et leur prise régulière aux doses prescrites. Parmi ces représentations, qui ne sont pas toujours bien conscientes ou qui restent non exprimées, tant de la part des psychothérapeutes que de celle des patient·e·s, on mentionnera la crainte que le médicament masque les symptômes et ne permette pas de les aborder pour les dépasser, qu'il modifie la personnalité, qu'il induise une dépendance, que la psychothérapie le rende superflu, qu'il contribue à la stigmatisation liée à la maladie à laquelle il est associé. À l'inverse, le médicament peut être considéré comme indispensable, garant de la guérison et interférer ainsi avec le processus psychothérapeutique. Une discussion ouverte avec le-la thérapeute est nécessaire pour dissiper les peurs injustifiées, élaborer les réticences compréhensibles, reconnaître les limites de la psychothérapie et celles du médicament. Cette discussion, qui a en elle-même une valeur psychothérapeutique, pourra favoriser la prise régulière d'un médicament nécessaire ou mettre un terme à un traitement qui n'est plus indispensable, amener à modifier une prescription en tenant compte du point de vue de la personne concernée, mettre en évidence des expériences ou des croyances, des événements de vie dont la prise en compte favorisera le déroulement du processus psychothérapeutique.

La prescription d'un tranquillisant comme une benzodiazépine peut en effet induire à long terme une dépendance, mais elle peut aussi calmer une angoisse envahissante qui ne permet pas de sortir de chez soi pour se rendre à sa séance de psychothérapie ou atténuer une agitation qui empêche une pensée cohérente. Elle peut donc permettre la poursuite du travail psychothérapeutique visant à élaborer l'angoisse, et pourra par la suite être arrêtée. Le médicament n'est donc ni bon ni mauvais en soi ; sa prescription sera utile, voire nécessaire dans certaines circonstances, superflue voire nocive dans d'autres.

Lorsque la dépression est sévère, la pensée ralentie, les sentiments d'inutilité et de culpabilité envahissants, le travail psychothérapeutique devient très difficile et inutilement douloureux. Ce n'est que lorsqu'un traitement antidépresseur aura permis une amélioration que la psychothérapie pourra se poursuivre et contribuer à la prévention des rechutes. La psychothérapie pourra aussi aider la personne à accepter de poursuivre à plus long terme la prise d'un antidépresseur ou d'un stabilisateur de l'humeur.

Les neuroleptiques sont sans doute les psychotropes les plus difficilement acceptés à cause de leurs effets secondaires, mais aussi de leur utilisation dans le traitement de certains troubles, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, souvent associés à des maladies vécues comme stigmatisantes. Pourtant, ils peuvent favoriser l'engagement dans une psychothérapie que la présence d'hallucinations et d'idées délirantes ne permettraient pas, psychothérapie susceptible de contribuer à une évolution plus favorable.

Prescription des médicaments par le-la psychothérapeute ou cothérapie

Lorsque les **psychothérapeutes** sont psychiatres, donc médecins, ils-elles **peuvent prescrire** un traitement médicamenteux. Il sera alors important que les questions relatives aux doses prescrites, aux effets secondaires, à l'établissement des ordonnances, ne viennent pas envahir le temps réservé au travail psychothérapeutique. Pour ce faire, un temps peut être réservé en début ou en fin de séance pour aborder ces problèmes. En revanche, les représentations liées au médicament et à sa prescription, les craintes et les attentes de la personne à ce sujet, ainsi que son propre vécu en la matière peuvent être abordés dans le cadre du travail psychothérapeutique. La personne peut ressentir la prescription d'un traitement médicamenteux comme une attitude de non-écoute de la part du-de la psychothérapeute, comme une prise de pouvoir ; elle peut craindre que la proposition d'arrêter un traitement soit synonyme d'un mieux-être et de la fin de la thérapie, ce qui lui fait ressentir un douloureux sentiment d'abandon. La compréhension de ce qui se passe alors dans la relation avec le-la psychothérapeute est très importante et peut amener à faire des liens avec d'autres situations passées ou présentes, qui pourront être élaborées, ou conduire à une modification de pensées ou de comportements inadaptés.

La **cothérapie** est pratiquée lorsqu'un traitement médicamenteux doit être poursuivi ou instauré alors que le-la psychothérapeute n'est pas psychiatre. Seuls les médecins peuvent prescrire des médicaments. La cothérapie peut aussi intervenir lorsque le-la psychothérapeute psychiatre ne souhaite pas prescrire le traitement pour différentes raisons. Un-e psychiatre qui s'est spécialisé-e dans l'approche psychothérapeutique peut ne plus se sentir à l'aise dans la prescription de médicaments et préférer déléguer le traitement médicamenteux à un-e collègue plus expérimenté-e dans ce domaine. Il-elle peut aussi, en accord avec la personne, faire le choix de confier à un-e autre médecin, psychiatre ou médecin traitant-e, la prescription du traitement médicamenteux pour éviter que celle-ci vienne interférer avec le travail psychothérapeutique. Un des risques de la cothérapie est que la

personne concernée se sente partagée entre deux thérapeutes, avec une difficulté à intégrer les deux approches. Un autre risque est qu'elle oscille entre son·sa psychothérapeute et le·la médecin prescripteur·rice, les voyant tantôt positivement, tantôt négativement lorsqu'un problème surgit dans la relation. Cette attitude peut alors empêcher que le conflit soit abordé pour être compris et dépassé, ce qui interfère négativement avec l'évolution de la psychothérapie. Il est donc important, pour diminuer ces risques, que la personne accepte que le·la psychothérapeute et le·la médecin prescripteur·rice puissent communiquer au sujet du traitement.

LES PRINCIPALES FORMES DE PSYCHOTHERAPIES

Cette brochure n'a pas pour objectif de dresser un catalogue des différentes psychothérapies existantes, mais de présenter les principales formes reconnues, avec leurs variantes. Tout d'abord, nous présenterons les **trois grands courants de la psychothérapie** enseignés dans le cadre de la formation de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie : le **modèle psychanalytique**, le **modèle cognitivo-comportemental** et le **modèle systémique**. Seront ensuite abordées les psychothérapies regroupées sous l'appellation de **psychothérapies humanistes**, les **psychothérapies à médiation corporelle**, puis un dernier chapitre sera consacré aux **psychothérapies de soutien**.

Si l'on se réfère au type d'intervention des thérapeutes, on peut considérer que :

- les psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques sont essentiellement des thérapies d'interprétation visant à chercher/comprendre/élaborer les causes, le pourquoi des symptômes ;
- les psychothérapies cognitivo-comportementales sont plutôt des thérapies de prescription, visant à modifier les pensées et comportements inadéquats qui sont à la base des symptômes afin d'agir directement sur ceux-ci ;
- les psychothérapies systémiques abordent les symptômes en prenant en considération un système, soit l'ensemble des éléments ou personnes qui peuvent avoir une action sur le symptôme ;
- les psychothérapies humanistes sont des psychothérapies d'expression des émotions et/ou du vécu corporel.

À l'intérieur de ces principales formes de psychothérapies, **diverses modalités** peuvent être proposées quant à la **durée**, au **nombre de participant-e-s**, au **type de médiation**, qui peut être non pas verbale mais corporelle.

Chacun des différents courants se distingue non seulement par des principes théoriques et des hypothèses relatifs à des aspects du fonctionnement psychique, mais aussi par un mode d'intervention et des techniques qui s'appuient sur ces présupposés théoriques et déterminent des buts spécifiques ainsi qu'un cadre approprié.

Il est possible qu'à la question du type de psychothérapie qu'il-elle pratique, un-e psychothérapeute réponde qu'il-elle a une **approche éclectique**. Qu'est-ce que cela signifie ? Une psychothérapie éclectique correspond le plus souvent à l'utilisation de modalités techniques complémentaires

provenant de modèles différents du modèle théorique de base du-de la thérapeute, afin de mieux répondre aux besoins du-de la patient-e. Ce type de psychothérapie ne doit pas être le simple assemblage hétéroclite de techniques diverses. Il nécessite de la part du-de la thérapeute une connaissance approfondie des principes théoriques de différentes méthodes et une expérience éprouvée de leurs modalités d'application, pour pouvoir proposer une approche à la fois cohérente et souple, en utilisant divers outils thérapeutiques en fonction de leur efficacité dans chaque cas particulier.

La psychanalyse ainsi que les psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques

La psychanalyse est une forme de connaissance de la vie psychique qui postule que celle-ci est en partie inconsciente, mais également un ensemble de principes théoriques et une méthode de traitement qui a été élaborée progressivement par Freud, ses disciples et successeur-e-s, lequel-le-s ont emprunté des voix dissidentes, comme Carl Gustav Jung, ou sont restés dans la ligne de sa pensée en l'enrichissant de nouveaux développements, comme Mélanie Klein ou Jacques Lacan.

Le but premier d'une psychanalyse n'est pas la **disparition des symptômes**. Cependant, la **mise au jour**, la **compréhension**, l'**élaboration** de ces **éléments inconscients** favorisera le dégagement des symptômes, l'apaisement de la souffrance, l'acceptation de limites inhérentes à la réalité, l'exercice d'une plus grande autonomie.

L'**inconscient** est le siège de pulsions, notamment sexuelles, de fantasmes, présents dès les premiers stades du développement de l'enfant qui se heurte à des interdits, ainsi que de conflits intrapsychiques, de traumatismes refoulés, de possibles carences affectives, enfouis profondément pour parfois permettre la survie, et qui, lorsqu'ils n'ont pu être reconnus, élaborés et dépassés, se traduisent par une souffrance psychique, des symptômes divers, un blocage dans la constitution d'une identité et l'évolution de la personnalité, des difficultés relationnelles.

Mais comment accéder à l'inconscient ? Cela nécessite un travail qui ne peut se faire que dans le cadre d'une **relation de confiance** avec un tiers neutre, formé à une **écoute bienveillante**, sans jugement, une écoute qui porte sur les pensées, les émotions exprimées comme elles viennent. Ainsi, l'analysant-e n'exerce sur elles aucune censure et se laisse aller à **associer librement**. L'analyste y repère des sens possibles, fait des liens, formule des hypothèses sur leur compréhension et propose des **interprétations**

qui peuvent amener ces éléments conflictuels à la conscience. Le récit de rêves, la survenue de lapsus, des actes manqués sont d'autres voies d'accès possibles à l'inconscient. L'analyste donne une très grande place à l'écoute ; il-elle s'abstient d'agir en faisant des suggestions, en exhortant, en donnant des conseils, en intervenant dans la réalité de la vie de l'analysant-e.

Le dévoilement progressif des conflits inconscients, de la partie souffrante du monde interne est un processus qui **prend du temps**, souvent de 5 à 10 ans, et qui nécessite un cadre approprié, caractérisé par un dispositif particulier : la **position allongée sur un divan** de l'analysant-e, **l'analyste placé-e derrière** étant hors de sa vue. Le fait de n'être pas confronté-e au regard de l'analyste, à l'expression de son visage, aux modifications de sa posture, favorise la liberté de la parole. Le processus psychanalytique mobilise des affects qui peuvent être difficiles à vivre, met en jeu des défenses dont la rigidité bloque le changement. Même s'il est désiré, le changement s'accompagne d'un moment de plus grande vulnérabilité. Les séances ont une durée fixe, généralement de 45 à 50 minutes, et la fin d'une séance peut être vécue difficilement lorsque certains affects surgissent. **La régularité des séances et leur fréquence élevée**, généralement de 3 à 4 par semaine, assurent une continuité nécessaire au maintien du travail d'exploration en profondeur. Le paiement des séances est en principe à la charge de l'analysant-e et les séances manquées sont dues. Cette exigence est mise en relation avec la valeur de l'engagement dans l'analyse et la liberté vis-à-vis de l'analyste.

Un autre élément essentiel du processus analytique est le développement d'un **transfert** de l'analysant-e sur l'analyste, c'est-à-dire la projection d'affects puissants qui reproduisent les affects vécus dans la relation à un (ou des) proche(s) significatif(s), généralement le père, la mère ou une figure parentale, la répétition dans la relation avec l'analyste d'attitudes qui ont été dirigées vers d'autres dans le passé. La compréhension de ces mouvements éclaire des fantasmes inconscients qui en étaient l'origine et ouvre sur la libération des conflits qui n'avaient pas pu être résolus. L'analyse du transfert, son interprétation peuvent se heurter à des **résistances** qu'il faut pouvoir surmonter.

La réactualisation du passé et l'expérience consciente de sentiments conflictuels qui peuvent être exprimés et compris rendent le changement possible et favorisent la maturation qui permet de se détacher de l'analyste et d'accepter – ayant progressé dans la connaissance de soi, de son histoire et de son fonctionnement psychique, de ses potentialités et de ses faiblesses – de poursuivre seul-e.

La psychanalyse n'est **pas indiquée** dans des situations où une réduction

des symptômes doit intervenir rapidement, pour le traitement de certaines pathologies sévères, lorsque la confrontation aux émotions et l'abandon de certaines défenses sont trop déstabilisants, quand la personne n'a pas la capacité ou simplement ne désire pas se concentrer sur l'exploration de son monde intérieur avec ce qu'il comporte d'inconnu. Ce sont aussi des éléments de réalité qui peuvent la rendre inaccessible (conditions matérielles insuffisantes, horaires de travail incompatibles, p. ex.)

Pour en savoir plus sur la psychanalyse

*Différents courants psychanalytiques sont apparus à partir de Freud. Certaines divergences ont donné lieu à des ruptures, avec l'élaboration de théories et d'approches thérapeutiques qui, en dehors de l'importance donnée à la part inconsciente du psychisme, n'ont plus beaucoup de points communs avec les développements actuels du courant psychanalytique freudien. Ainsi en est-il de la **psychologie analytique de Carl Gustav Jung** (brièvement abordée ci-dessous) ou de la **psychologie individuelle selon Alfred Adler**. D'autres théorisations, comme celles de Sándor Ferenczi, de Mélanie Klein, de Donald W. Winnicott, de Jacques Lacan, d'Otto Kernberg, s'inscrivent plus directement dans l'héritage de Freud, et leurs apports ont contribué à son développement et à l'enrichissement des approches psychanalytiques.*

La psychologie analytique de C.G. Jung

Jung considère l'inconscient non pas comme le siège de pulsions sexuelles, de conflits non résolus, de traumatismes refoulés, mais comme la source de l'énergie vitale, un réservoir de forces créatrices intérieures dont la personne est déconnectée. L'exploration active de l'inconscient, guidée par l'analyste dans le cadre d'une relation de confiance où le-la patient-e doit pouvoir s'exprimer aussi complètement que possible, a pour but de découvrir, accepter et développer les différentes facettes rejetées, méconnues de l'individu et dont les potentialités sont restées étouffées, afin de lui permettre de les intégrer et de devenir lui-même, d'atteindre à l'individuation. Cet inconscient à explorer est constitué d'un inconscient personnel, mais aussi d'un inconscient collectif, dans lequel sont présents des archétypes propres à l'ensemble de l'humanité, que l'on retrouve dans différentes productions de l'esprit, les mythes, les religions, et qui se manifestent sous la forme de symboles dans les rêves et les fantasmes. C'est le sens donné aux symboles qui permettra de les amener à la conscience. L'interprétation des rêves joue donc un rôle important dans la découverte de l'inconscient.

L'action thérapeutique est centrée sur le présent et l'avenir ; elle s'enracine dans le vécu, la réalité concrète du sujet. La thérapie ou l'analyse psychologique se pratique généralement en face à face. Le nombre des séances est habituellement d'une par semaine, mais il peut varier selon les situations. La durée de cette thérapie est en moyenne de trois ans. Elle n'est pas indiquée pour un certain nombre de troubles sévères. Elle peut convenir aux personnes qui, dans leur souffrance psychique, recherchent des réponses qui s'inscrivent dans une forme de spiritualité.

Afin d'étendre les possibilités d'indications de l'approche psychanalytique, différentes **psychothérapies psychanalytiques** ont été développées. Elles reposent sur les **mêmes principes que la psychanalyse**, c'est-à-dire l'exploration de conflits inconscients, mais le cadre et la technique ont fait l'objet d'**aménagements** pour répondre aux besoins des personnes qui sont intéressées par cette approche et qui peuvent en bénéficier. Ces psychothérapies sont parfois appelées **psychothérapies psychodynamiques**, notamment par des auteur·rice·s américain·e·s.

Le **cadre** est différent dans son dispositif **face à face**, dans la **fréquence moins élevée** des séances (1 à 2 par semaine), la **durée** du traitement, **généralement moins longue**, mais qui n'est pas fixée d'emblée (sauf dans les psychothérapies analytiques brèves, abordées ci-dessous).

L'écoute bienveillante, avec l'encouragement à exprimer tout ce qui vient, sans négliger ce qui semble anodin ou honteux, en associant librement, reste essentielle. Mais les thérapeutes sont plus actif·ve·s ; ils·elles peuvent favoriser par leurs interventions la recherche d'alternatives aux attitudes négatives mises au jour et dont la fonction dans l'économie psychique est analysée et mieux comprise, avec la possibilité d'aborder des problèmes concrets du présent. L'interprétation est moins systématique ; la clarification des mécanismes de défense qui empêchent le changement et, suivant les cas, la suggestion, les conseils, les encouragements peuvent avoir leur place. Le transfert est pris en considération, utilisé pour promouvoir le changement lorsqu'il est positif, mais il n'est pas systématiquement interprété.

Les **indications** à la psychothérapie psychanalytique ou psychodynamique sont larges : dépression après la phase aiguë et prévention des récidives, troubles anxieux divers, problèmes relationnels, troubles alimentaires, troubles psychosomatiques, voire certains troubles psychotiques en dehors des phases aiguës. Elle constitue une approche de choix dans les troubles de la personnalité.

Il existe des psychothérapies psychanalytiques **dites brèves**, dont la durée peut être fixée d'emblée, avec la détermination d'un nombre de séances (souvent 20 à 40, parfois beaucoup moins) ou d'un temps limité (p. ex. une année). Elles sont en principe focalisées sur un **problème déterminé**, discuté au départ avec le·la patient·e, et elles n'abordent pas la vie psychique dans son ensemble au gré d'associations librement exprimées. Les plus connues ont été élaborées par David H. Malan, Peter E. Sifneos, Habib Davanloo et, en Suisse, par Edmond Gilliéron. Elles sont particulièrement, indiquées, mais pas exclusivement, dans des **situations de crise**.

La théorie et la pratique psychanalytiques ont également inspiré des psychothérapies psychanalytiques de couple et de famille, des psychothérapies psychanalytiques de groupe, le psychodrame psychanalytique ainsi que des psychothérapies psychanalytiques à médiation corporelle qui peuvent être indiquées lorsque l'approche verbale se révèle être problématique (la relaxation selon l'approche de Julian de Ajuriaguerra en est un exemple).

Les psychothérapies comportementales et cognitives (TCC)

Elles se sont développées progressivement à partir de la deuxième moitié du siècle dernier, fondées sur la psychologie expérimentale et ses recherches sur le conditionnement et l'apprentissage, ainsi que sur la théorie du traitement de l'information. Leur postulat de base est que les **symptômes psychiques sont le résultat d'apprentissages défectueux, dysfonctionnels**, qui se sont faits progressivement, plus ou moins consciemment, au cours du développement, sous l'influence de l'environnement, parfois en réponse à des situations difficiles. Ces apprentissages conditionnent des comportements, des pensées, des émotions mal adaptés à la réalité, voire pathologiques, et ils **peuvent être modifiés par la mise en place volontaire de nouveaux apprentissages, de nouveaux savoir-faire et savoir-être**.

Essentiellement comportementales au départ, elles ont progressivement intégré la dimension des cognitions – c'est-à-dire le domaine des pensées, des représentations, des images mentales, des croyances – et celle des émotions.

Les thérapies comportementales et cognitives sont centrées sur **l'ici et maintenant**. Elles visent essentiellement la **disparition des symptômes**, mais en favorisant la prise de conscience des schémas de pensées irrationnels sous-jacents qui sont en cause, la modification des comportements inadaptés et un meilleur contrôle des émotions, elles contribuent à l'augmentation de l'estime de soi et développent la capacité à faire face à la réalité. Elles n'ont pas pour but de normaliser, mais elles cherchent, en mobilisant de nouvelles ressources, à accroître la liberté de choix face aux situations concrètes de la vie et, en désamorçant l'auto-entretien des troubles, à exercer une action préventive quant aux risques de rechutes.

Ce sont des **approches structurées**, avec des **objectifs définis**. Le-la thérapeute a une attitude **active et directive** ; il-elle motive, encourage, donne des explications si nécessaire, stimule le développement des ressources propres. L'utilisation de **diverses techniques** spécifiques vise à mettre en évidence et à modifier les schémas de pensées, émotions, comportements dysfonctionnels qui sont la cause de la souffrance psychique. Elles nécessitent une **forte motivation** du-de la patient-e, qui doit définir ses attentes et participer activement au traitement dans un dialogue avec le-la thérapeute et par l'accomplissement d'**exercices** entre les séances. **L'évaluation régulière des résultats** avec le-la thérapeute et la réorientation des objectifs si nécessaire font partie intégrante de la méthode.

Les séances durent généralement de 30 à 60 minutes mais elles peuvent être plus longues pour la mise en œuvre de certaines techniques utilisées dans le traitement de troubles spécifiques (agoraphobie, troubles obsessionnels compulsifs, p. ex.). Ce sont des **thérapies limitées dans le temps**, avec un nombre de séances qui est en moyenne de 10 à 30 sur six mois à un an, mais là encore le nombre de séances et la durée de la thérapie peuvent être plus élevés ; c'est le cas pour le trouble de la personnalité borderline, pour la dépression et pour les troubles obsessionnels compulsifs notamment.

Les **indications** sont larges : les troubles anxieux (phobies, attaques de panique, états de stress post-traumatique, troubles obsessionnels compulsifs), la dépression légère ou de sévérité moyenne, le trouble bipolaire en association avec un traitement stabilisateur de l'humeur, la boulimie, les dépendances, les troubles sexuels, la douleur chronique, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques stabilisés dans le cadre de programmes de réhabilitation psycho-sociale.

Les **contre-indications** sont les phases psychotiques aiguës, les états maniaques, les états dépressifs sévères et, compte tenu des exigences de la méthode, une motivation insuffisante.

Ces thérapies sont pratiquées selon un mode individuel, mais elles peuvent aussi se faire en groupe, être appliquées dans le cas de problèmes de couple ou de famille.

Pour en savoir plus sur les TCC

*La **méthode** opère par étapes successives. Les premières sont d'ordre motivationnel et concernent l'alliance thérapeutique. Elles permettent d'établir les objectifs du traitement, d'expliquer la méthode et d'évaluer les chances de réussite. L'empathie, la confiance mutuelle sont, comme dans toute psychothérapie, nécessaires mais non suffisantes. Il faut, pour que s'instaure une véritable collaboration, définir avec le-la thérapeute les problèmes concrets à aborder et à résoudre, et se mettre en situation de tester les hypothèses construites en commun.*

Vient ensuite l'analyse fonctionnelle, qui décrit les comportements problématiques, les pensées et les émotions qui sont cause de souffrance et identifie les conditions de leur apparition ainsi que les ressources mobilisables. Sur cette base pourront être déterminées les interventions thérapeutiques et les techniques les plus appropriées pour appliquer les principes fondés sur les théories de l'apprentissage et/ou les théories cognitives.

L'étape psychothérapeutique proprement dite met en œuvre les différentes techniques choisies, en tenant compte des problèmes repérés et des particularités du-de la patient-e, pour aboutir au changement souhaité. Chaque séance est structurée : évaluation des tâches effectuées, agenda de la séance avec définition d'un thème à aborder et travail sur ce thème, résumé de la séance discuté avec le-la thérapeute, détermination des tâches à effectuer jusqu'à la séance suivante et, finalement, expression par le-la patient-e de ce qui a été positif et de ce qui lui a déplu dans la séance, et pourquoi. Le-la thérapeute peut, par sa façon de poser des questions, aider le-la patient-e à prendre conscience des éléments du problème et à envisager des solutions.

Dans l'étape finale, la thérapie fait place à l'action personnelle. Un programme de maintenance et de suivi sur un an comporte des séances à 1, 3, 6 et 12 mois. Une reprise limitée de la thérapie peut intervenir en cas d'événements stressants pour prévenir une rechute.

Parmi les **différentes techniques** utilisées, certaines sont essentiellement comportementales. Elles visent à éliminer les comportements inadéquats, à développer des comportements adaptés ou à modifier des comportements gênants pour les rendre plus tolérables. On mentionnera entre autres la désensibilisation systématique ; la confrontation – réelle ou imaginée – à des situations anxiogènes dont l'évitement affecte péniblement la vie quotidienne et les relations ; le renforcement positif ; la segmentation de la difficulté à dépasser ; l'arrêt de la pensée ; l'apprentissage social par imitation de modèles. Les techniques d'exposition sont souvent associées à la relaxation, qui permet de mieux contrôler l'anxiété provoquée par la confrontation à la situation évitée. Les techniques comportementales sont efficaces notamment pour les phobies et les troubles obsessionnels compulsifs.

Les **techniques cognitives** visent soit à éliminer les pensées irrationnelles pour les remplacer par des pensées plus conformes à la réalité, soit à relativiser certaines croyances qui affectent négativement les émotions et sont source d'anxiété, de dépression, ou qui conditionnent des comportements inappropriés. Elles sont appliquées dans la majorité des pathologies qui sont l'objet d'une indication à la thérapie comportementale et cognitive. Parmi les techniques qui favorisent la correction des cognitions négatives, citons l'examen des évidences pour et contre une pensée ou une croyance, la recherche d'autres interprétations, le décentrement ou la distanciation, le jeu de rôle. La liste n'est pas exhaustive.

Le plus souvent, techniques comportementales et techniques cognitives sont associées. La prise en compte de **l'influence des pensées sur les émotions** est devenue plus importante dans l'évolution de la théorie et des pratiques de la thérapie comportementale et cognitive, ainsi que la mise en évidence de **schémas cognitifs**, faits de pensées, de croyances, de valeurs et d'attitudes. Ces schémas, qui se sont constitués dès l'enfance, sont inconscients et amènent à filtrer l'information, tant celle du monde extérieur que celle liée à des états du corps, pour ne retenir que ce qui vient les confirmer et les renforcer. Ils déterminent, dans différentes situations qu'il convient de repérer, des pensées automatiques associées à des émotions négatives comme l'anxiété, la honte, la culpabilité, la tristesse. Ces **pensées automatiques** sont caractérisées par des distorsions dans l'appréhension de la réalité. Leur reconnaissance et leur correction, avec la modification des émotions qui les accompagne, sont une première étape vers la prise de conscience des schémas cognitifs sous-jacents, plus difficiles à identifier et à changer.

Les développements récents des TCC nommées de la « 3^e vague » amènent à de nouvelles approches thérapeutiques débutant autour des années 1990. Ces approches sont caractérisées par des méthodes plus expérientielles et moins didactiques que les précédentes en ce sens qu'elles proposent, entre autres, l'acceptation des émotions (au lieu de leur contrôle ou diminution) et la distanciation face aux pensées (au lieu de tenter d'en modifier le contenu). Toutes les méthodes de la troisième vague ont des racines profondes dans la théorie de l'apprentissage.

En résumé

1^{re} vague – axée sur le comportement (1950-1980) : « Agissons sur les comportements et la vie changera. »

2^e vague – axée sur la connaissance (1980-1990) : « Agissons sur les pensées et la vie changera. »

3^e vague – axée sur les émotions, l'acceptation et la pleine conscience de celles-ci (1990-nos jours) : « Si nous ne pouvons contrôler l'océan de nos pensées, émotions et souffrances intérieures, apprenons à en surfer les vagues, sans y résister ni nous laisser emporter. » (Schoendorff, 2009)

Les ouvrages de Christophe André sont un bon exemple de l'évolution des TCC, passant de la thérapie qui enseigne et corrige (André, 2004) à celle

qui promeut l'acceptation de nouvelles voies de changement (André, 2011). L'accent est mis sur les ressources propres aux patient-e-s et sur la part saine de la personne, comme dans le cas de la psychologie positive (Shankland, 2014).

Parmi ces thérapies TCC de 3^e génération se trouvent :

La **méditation de pleine conscience (mindfulness)**. Elle s'est développée à partir d'un programme créé par Jon Kabat-Zinn pour réduire le stress et connaît une grande vogue actuellement. Elle trouve son origine dans des traditions philosophiques et religieuses, notamment le bouddhisme. Sa pratique dans le champ psychothérapeutique est **une forme d'entraînement de l'esprit et non pas une mystique**. La pleine conscience consiste à **porter son attention sur l'expérience présente** : les perceptions, sensations physiques, émotions, images mentales et pensées qui surviennent sont observées, éprouvées et acceptées sans être analysées et sans jugement. Cela nécessite une autorégulation de l'attention impliquant que celle-ci puisse être soutenue, qu'elle soit flexible afin de pouvoir retourner à l'objet d'attention initial et que l'élaboration plus approfondie soit inhibée. Cela fait appel également à l'ouverture d'esprit et à l'acceptation, y compris des aspects négatifs de l'expérience, habituellement évités.

Cette pratique peut favoriser la diminution des symptômes ou un changement dans les comportements en améliorant notamment les capacités de régulation émotionnelle, sans faire intervenir les processus cognitifs. C'est en quelque sorte une forme d'exposition aux émotions, différente de celle pratiquée dans l'approche cognitivo-comportementale classique, qui favorise un changement de la relation aux émotions. Cette approche peut être proposée en cas de douleur chronique, de divers troubles somatiques, de troubles anxieux, de troubles alimentaires, de troubles du sommeil, de troubles de la personnalité et utilisée dans la prévention des rechutes en matière d'abus de substance et de dépression.

À ce jour, il existe deux programmes : la MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), principalement utilisée pour prévenir les rechutes dépressives (Segal, 2019) et la MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) pour développer l'aptitude à répondre plus efficacement au stress, à la douleur et à la maladie (Kabat-Zinn, 2012).

Les **thérapies d'exposition par la réalité virtuelle** (Malbos, 2020) conçoivent des environnements virtuels, dans le but d'exposer progressivement les utilisateurs à une situation anxiogène afin d'y faire face petit à petit. La thérapie par réalité virtuelle consiste à utiliser des plateformes immersives

(visiocasques, ordinateur, traqueur de mouvement, etc.) et des environnements virtuels créés par ordinateur pour traiter des individus souffrant de maladies, de troubles physiques ou de troubles mentaux.

La **thérapie d'acceptation et d'engagement** ou ACT (Hayes, 2005) comporte une psychoéducation sur les mécanismes clés de la maladie, des exercices de pleine conscience et de défusion cognitive. La défusion cognitive est la capacité à prendre de la distance par rapport à ses pensées et croyances et à se placer en tant qu'observateur-riche (ex : « Je suis nul-le » devient « J'ai la pensée que je suis nul-le »). La discussion est orientée vers les valeurs importantes pour la personne, et la prise en charge porte sur les comportements habituels visant l'évitement des sensations désagréables. L'ACT se montre efficace pour des personnes souffrant de dépression, de dépendance ou d'addiction, d'anxiété et pour celles cherchant à se défaire d'un sentiment de honte.

La **thérapie comportementale dialectique** ou TCD (Linehan, 2000) est utilisée pour traiter principalement les troubles de la personnalité borderline. La TCD enseigne un large spectre de compétences dans les domaines de l'attention, la tolérance au mal-être, la régulation des émotions et l'efficacité interpersonnelle. Elle combine les techniques standards de la psychothérapie cognitivo-comportementale, comme la régulation de l'émotion et des exercices pratiques, avec des principes de tolérance de la détresse, d'ouverture d'esprit, de relaxation, d'acceptation, largement dérivés des pratiques de méditation bouddhistes.

La **thérapie des schémas** (Young, 2017) est une approche innovatrice et intégrative pour le traitement des troubles de la personnalité, notamment, qui intègre des éléments de la thérapie cognitive et comportementale, de la relation des objets, de la Gestalt-thérapie en une approche unifiée et systématique. La thérapie des schémas a fait preuve de résultats remarquables en aidant des personnes à changer de motifs de vie qui les ont accompagnées longtemps, là où d'autres méthodes ont échoué.

La **thérapie focalisée sur la compassion** ou TFC (Gilbert, 2010) intègre des techniques de TCC pour l'entraînement de l'esprit à la compassion et pour aider les personnes à développer et à travailler des expériences de chaleur intérieure, de solidité et d'apaisement, via la compassion et l'auto-compassion.

La **thérapie centrée sur l'émotion** ou TCE (Greenberg, dès 1988) s'inspire de la thérapie centrée sur la personne (Carl Rogers) et de la thérapie Gestalt (Fritz Pearls). La source de troubles psychiques prend ici racine dans des

émotions mal adaptées ou dans un maniement des émotions non productif. Elle vise ainsi à aider les patient-e-s à manier leurs émotions d'une manière plus productive ou à les transformer à l'aide d'autres émotions. Cette thérapie n'est pas à confondre avec l'EFT (Emotional Freedom Technique – technique de libération émotionnelle), considérée comme une thérapie de « psychologie énergétique » basée sur une stimulation des méridiens (Gurret, 2018).

Pour le traitement des traumatismes et états de stress post-traumatiques, de nouvelles techniques thérapeutiques s'inspirant de la TCC ont été développées, par exemple l'IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy – rescénarisation des souvenirs) de Schmucker (2019). Des interventions visuelles et verbales sont combinées afin d'accéder à des images stressantes liées aux traumatismes, pour pouvoir mieux s'y confronter, les transformer et les gérer émotionnellement.

De même, la **thérapie comportementale émotive-rationnelle** (Ellis, 2007) se concentre sur la réduction des émotions désagréables, des comportements néfastes, du stress, des pensées obsédantes et autres malaises physiques.

Plus spécifiquement pour les troubles psychotiques, il existe une **thérapie cognitive orientée sur le rétablissement** (TCR), s'appuyant sur les savoir-faire, la méthodologie des TCC et la philosophie ou le mouvement du rétablissement (Beck et al., 2012). L'accent est mis sur le potentiel de développement en focalisant peu sur la maladie ou les aspects pathologiques de celle-ci mais plutôt sur le chemin parcouru et le processus de rétablissement qui contribue à mieux vivre avec ses difficultés sans pour autant en guérir définitivement.

Toutes ces méthodes illustrent bien l'évolution perpétuelle du courant des TCC qui ont en commun de mettre en lumière et de traiter les aspects cognitifs (les pensées) et comportementaux (les actions) de chaque situation en passant par la conscientisation du lien avec les émotions et les conséquences que cela entraîne.

Les psychothérapies systémiques

Ces psychothérapies ont été élaborées à partir de 1960 sur la base de travaux de Gregory Bateson et de différent-e-s chercheur-se-s et psychiatres regroupé-e-s à Palo Alto, en Californie. Les principes qui les ont inspirées sont dérivés de la **théorie des systèmes** et ils ont été **appliqués à la famille**, comprise comme **une totalité qui n'est pas seulement la somme des individus qui la compose**, mais un **système interpersonnel** complexe, organisé avec ses règles et un style propre de communication, des représentations partagées mais souvent non exprimées, un équilibre qu'elle tend à conserver et à rétablir lorsqu'il a été perturbé (homéostasie).

La personne souffrante fait donc **partie d'une entité** (famille, couple) qui se caractérise **par des interactions devenues problématiques**, et le symptôme est l'expression d'un mal-être plus global. Il est l'indice d'un dysfonctionnement, mais il exprime aussi une exigence de changement et dans ce sens on peut considérer qu'il a une potentialité évolutive. Il se manifeste lorsque les solutions tentées de façon répétée pour obtenir le changement sont inappropriées et ne font que renforcer, voire amplifier le problème. La demande de soin peut venir de la personne en souffrance, mais aussi d'un autre membre de la famille. Le fonctionnement pathologique est considéré comme étant le résultat d'échanges, de modes de communication inadéquats et il n'y a pas à désigner un responsable en particulier face à des victimes. C'est l'ensemble du système qui est perturbé et qui souffre ; chaque personne participe au maintien d'une situation néfaste qu'elle aimerait pourtant pouvoir modifier.

Le-la psychothérapeute est placé-e dans une double position : il-elle est à la fois **partie du système et observateur-riche du système** ; ses interventions ont pour but de mobiliser les compétences de la famille. Cette particularité a conduit à la possibilité d'adopter un dispositif impliquant souvent la présence de **deux thérapeutes**, l'un-e étant actif-ve dans le système, l'autre étant en position d'observateur-riche qui peut commenter, à partir d'un point de vue extérieur, le fonctionnement du groupe. Afin de mieux prendre en compte les différentes interactions dans toute leur complexité, certain-e-s thérapeutes, plus particulièrement dans le cadre institutionnel, travaillent en utilisant – avec l'accord explicite de tous les membres du groupe – la vidéo et/ou la glace sans tain, pour observer sans être directement présent-e-s. Les enregistrements vidéo peuvent ensuite être discutés avec la famille, qui prend ainsi mieux conscience des particularités de ses échanges verbaux et non verbaux.

La thérapie requiert habituellement la présence de tous les membres du groupe, mais elle peut aussi être envisagée, dans certaines situations, en

l'absence de la personne qui refuse d'y participer, pour permettre de repérer et comprendre ce qui, dans la façon d'interagir des personnes demandeuses, contribue au maintien du problème.

Les psychothérapies systémiques sont limitées dans le temps et la fréquence des séances est souvent d'une à deux par mois. Leur durée est généralement d'une heure, voire plus si nécessaire.

Pour en savoir plus sur la systémique

L'objectif – qui doit être celui du groupe – est soigneusement discuté avec le-la thérapeute qui, grâce à une attitude interactive et non intrusive ainsi qu'à ses questions, aide le groupe à préciser ses attentes de changement en termes relationnels. Il-elle veillera à ce que l'objectif soit limité pour être réalisable, l'idée étant que le processus thérapeutique se déroule par étapes. Il-elle fera tout d'abord préciser à chaque personne ce qui fait problème, comment elle se perçoit et perçoit les autres confrontés à la situation, quelles sont les circonstances dans lesquelles le problème surgit, quels sont les mécanismes qui l'aggravent. Cette première démarche peut déjà faire apparaître des situations dans lesquelles le problème est absent alors qu'il semblait omniprésent mettant ainsi en évidence l'existence de ressources propres au groupe. Sur cette base, il-elle proposera une hypothèse en s'assurant qu'elle est acceptable pour le groupe. Ses interventions se font dans le respect des valeurs de chacun-e et du groupe, qui peut manifester son désaccord, pour arriver, dans un échange avec le-la thérapeute, à la formulation d'une hypothèse plus recevable. La possibilité d'une négociation ou d'une reformulation des hypothèses et des objectifs entre les membres du groupe et avec le-la thérapeute sera maintenue tout au long du processus thérapeutique. Cela nécessite donc une alliance thérapeutique particulièrement forte et une stabilité du cadre.

Sur cette base, le-la thérapeute **prescrit des tâches précises** à réaliser entre les séances, qui permettent de tester les hypothèses, d'expérimenter peu à peu d'autres façons de communiquer et d'interagir, de mobiliser les ressources propres au groupe, de modifier le point de vue sur ce qui fait problème. La discussion en séance du résultat des tâches, des difficultés rencontrées, des changements survenus et des émotions ressenties permet de cerner plus précisément les interactions qui sont au cœur du problème et interfèrent avec la communication, de repérer les tentatives de solution restées inefficaces et de dégager une possible signification des comportements mis en évidence. Il s'agit d'amener les personnes à une meilleure compréhension des

difficultés faisant obstacle au changement. Cette recherche poursuit dans une relation de coopération, où la position de chacun-e avec ce qu'elle implique pour les autres doit pouvoir être reconnue, donne lieu à une co-construction progressive. Elle aura pour effet non seulement de modifier des comportements et donner une nouvelle lecture de la situation problématique, mais également de faire apparaître des émotions restées non dites en leur donnant leur place ainsi que des éléments de l'histoire familiale, y compris transgénérationnelle, qui ont pu jouer un rôle dans les difficultés de communication, et de favoriser la prise en considération de la souffrance de l'autre tout comme ses répercussions sur la souffrance du groupe. Au terme du processus, chaque membre du groupe, présent ou pas, doit pouvoir bénéficier du changement obtenu.

Parallèlement à la prescription de tâches, différentes techniques thérapeutiques permettent le **recadrage**, qui représente un élément important de la méthode. Il est une forme d'interaction qui consiste à favoriser l'adoption de nouveaux points de vue dans la perception du problème, sa compréhension, les émotions qui peuvent lui être associées. C'est en effet bien souvent le regard que l'on porte sur les choses qui est problématique plus que les choses elles-mêmes. Le recadrage permet une ouverture mais il doit respecter les valeurs, les croyances, les références culturelles des interlocuteur-ice-s pour pouvoir être accepté. Le-la thérapeute aura par exemple recours à l'humour, à des injonctions paradoxales, à l'utilisation de métaphores telles qu'elles peuvent être trouvées dans des contes ou des fables. Le symptôme lui-même pourra être présenté comme une métaphore ou comme ayant un sens différent qui permet de considérer l'autre face de la médaille ; le-la thérapeute pourra aussi évoquer des solutions alternatives jusque-là négligées ou écartées, mettre en évidence – à travers ce qui est dit – des compétences, des ressources ignorées, proposer une interprétation différente des comportements et des échanges, qui peut coexister avec l'interprétation qui semblait évidente. Une autre technique est de demander non pas directement aux personnes concernées de décrire une difficulté, mais de solliciter un autre membre du groupe pour qu'il donne sa perception et sa compréhension de l'interaction conflictuelle et des circonstances qui la déclenchent.

Un concept a été particulièrement étudié par les fondateurs de l'approche systémique pour comprendre les problèmes de communication, c'est celui de **double lien** ou **double contrainte paradoxale (double-bind)**. Ce type de communication est caractérisé par le fait qu'un premier message est disqualifié par un deuxième (un message

verbal peut par exemple être contredit par l'attitude qui l'accompagne). Le potentiel pathologique de ce type de communication se manifeste lorsque qu'il intervient de façon répétitive entre des personnes prises dans une relation affective étroite et qu'il est impossible d'explicitier le paradoxe alors qu'il est impératif de répondre au message pour ne pas rompre la relation. Ce type de communication perturbée n'est qu'un élément parmi beaucoup d'autres qui participent au dysfonctionnement relationnel du couple ou de la famille.

Les **indications** à l'approche systémique sont des situations dans lesquelles une souffrance psychique vient perturber le fonctionnement **d'un système**, couple ou famille, qui ne comprend pas ce qui se passe et se sent douloureusement impuissant. Elles sont donc **larges**. On donnera comme exemples la dépression qui induit des réactions contre-productives de l'entourage, les comportements à risque ou les conduites addictives d'un adolescent ou d'un conjoint, l'anorexie, pour laquelle elle est particulièrement indiquée.

En dehors de son application au couple et à la famille, l'approche systémique a aussi donné lieu au développement de psychothérapies individuelles, qui sont des psychothérapies brèves, dont la pratique reste marginale.

Les psychothérapies humanistes

Elles ont commencé à se développer dans les années 1950 pour se diversifier en une multitude de courants dans les années 1960-70, sans doute favorisées par l'esprit du temps, marqué par des valeurs de liberté et de responsabilité de l'être humain, ainsi que par la remise en question des approches psychanalytiques et comportementales.

Attention : certaines d'entre elles ont donné lieu à des dérives et le recours à de telles approches peut se révéler dangereux pour des personnes fragiles (voir le chapitre consacré à la déontologie). D'autres, au contraire, ont été l'objet d'une élaboration de principes théoriques et d'une pratique codifiée, et leur exercice nécessite une formation sérieuse et reconnue.

Nous présenterons les trois principales d'entre elles.

Pour en savoir plus

Un des précurseurs des thérapies humanistes est Wilhelm Reich, un disciple dissident de Freud, dont certaines idées ont été reprises et développées. Une autre source vient de la phénoménologie et de l'analyse existentielle de Ludwig Binswanger, un psychiatre suisse dont l'approche a influencé les différents courants issus de la psychologie humaniste, dont l'institut d'Esalen en Californie a été le creuset.

Les différentes psychothérapies humanistes partagent un certain nombre de valeurs.

Elles ont une **vision positive de l'être humain**, qui a en lui les ressources nécessaires à son développement. Le mal-être, les dysfonctionnements dans les relations, la maladie se manifestent lorsque la tendance innée à l'accomplissement de soi est entravée pour diverses raisons. Leur attention ne se focalise pas sur les symptômes, leur origine, leur signification, mais sur **les moyens de restaurer et d'accroître les potentialités d'épanouissement de l'être humain dans sa globalité**. Les différentes dimensions de la personne sont prises en considération, avec une attention toute particulière portée aux **sensations** et aux **émotions**. Elles redonnent sa place à la subjectivité de la personne et à son expérience vécue dans l'ici et maintenant.

Toutes accordent une grande attention à **la formulation par le-la patient-e d'un objectif thérapeutique** ainsi qu'à **la qualité de la relation thérapeutique**. Le-la thérapeute a une attitude empathique d'écoute active, d'engagement dans un échange qui vise à aider le-la patient-e à prendre conscience

des différentes modalités de son être au monde et à développer ses propres ressources.

La Gestalt-thérapie

Elle est associée au nom de Friedrich S. Perls, un de ses fondateurs, psychanalyste qui s'est éloigné de Freud. Le mot **Gestalt** signifie **forme** ou **structure** et se réfère, dans la théorie qui sous-tend cette psychothérapie, à la construction et la déconstruction permanentes de formes qui caractérisent le développement de l'être humain. Celui-ci se construit à partir d'interactions continues avec son environnement et une attention spéciale est portée à la **notion de contact entre la personne et son environnement**, qui englobe les autres, et sur ce qui se passe dans l'ici et maintenant de l'expérience de cet échange.

Lorsque le contact est perturbé et entraîne de la souffrance, la compréhension de ce qui est alors vécu implique une prise de conscience de toutes les dimensions de l'être au monde, soit le ressenti corporel, les perceptions, les sensations, les émotions, les pensées, les comportements de la personne confrontée aux changements de l'environnement auxquels elle ne parvient plus à s'adapter en utilisant ses propres potentialités. Pour se dérouler harmonieusement, le processus d'ajustement créateur impliquant une réorganisation du monde interne nécessite une relation soutenante, qui peut le relancer lorsqu'il est bloqué. Une importance toute particulière est donc donnée à la **relation thérapeutique comme lieu de contact** où peuvent s'expérimenter de nouvelles possibilités de se percevoir dans ses différentes dimensions et de percevoir son environnement. Le-la thérapeute a un **rôle actif mais non directif** en s'impliquant dans une relation qui permet à la personne d'identifier ses besoins et le niveau où ils se situent, d'explorer d'autres facettes d'elle-même, d'autres modalités possibles de fonctionnement, de mettre en œuvre des façons d'interagir qui n'avaient pu être développées. L'attention est portée non au pourquoi ça se passe, mais au comment ça se passe, non au passé mais à l'ici et maintenant, même si le passé peut être pris en compte pour comprendre comment il influence les difficultés du présent.

Pour en savoir plus sur la Gestalt

Le processus thérapeutique nécessite **un engagement réciproque du-de la patient-e et du-de la thérapeute** qui devront se mettre d'accord sur la fréquence des séances, le prix, le **dispositif (individuel ou en groupe)**, mais qui peut aussi être appliqué au **couple** ou à la **famille**,

ainsi que sur le cadre qui permet le travail et qui peut être redéfini si nécessaire, pour correspondre le mieux possible à l'évolution de la personne. Cette dernière devra formuler un objectif personnel de changement à partir de la perception qu'elle a d'elle-même et des autres avec qui elle est en interaction. Elle sera aidée par le-la thérapeute dans la définition de cet objectif afin qu'il soit réaliste et qu'il corresponde à son identité propre et non à des normes extérieures, puis dans la clarification progressive des difficultés auxquelles elle est confrontée et qui peuvent se situer à différents niveaux (reconnaissance de sensations et d'émotions, prise de conscience du vécu corporel qui accompagne la difficulté, inhibition de l'action face à la nouveauté, exigences trop élevées vis-à-vis de soi-même, attentes mal définies vis-à-vis d'autrui par exemple), ainsi que dans l'appropriation et la mise en œuvre d'autres façons d'être en relation avec elle-même et les autres. Cette démarche exigeante, et qui peut durer plusieurs années, demande une motivation forte au changement et la possibilité de s'appuyer sur une relation interpersonnelle solide. En effet, la déconstruction et la reconstruction qu'implique le changement nécessitent une progression qui doit se faire par étapes, afin de tenir compte de la fragilisation temporaire qui intervient au moment du passage d'un mode de fonctionnement certes inadapté mais connu, à un mode de fonctionnement nouveau. On peut parler de véritable co-construction dans la réalisation du changement. L'objectif doit pouvoir être réévalué en fonction des prises de conscience progressives du chemin parcouru, des variations de l'environnement, mais aussi des moments où le processus n'avance plus. Le-la patient-e porte la responsabilité d'évoquer ce qu'il-elle perçoit alors et le-la thérapeute l'aide à le formuler et le-la soutient dans la relance de la dynamique d'intégration d'éléments nouveaux qui modifient la perception de soi et de l'environnement. La thérapie permet donc une expérimentation en direct, dans l'ici et maintenant d'une relation.

*Le-la thérapeute utilise **différentes techniques** pour découvrir ce qui peut perturber le contact, figer des attitudes qui interfèrent avec l'émergence de formes nouvelles de l'expérience. Des **jeux de rôles**, par la prise de conscience des perceptions, émotions et des attitudes sous-jacentes à ce qui se passe dans une relation, peuvent favoriser l'adoption de nouveaux points de vue qui facilitent l'ajustement créateur. Une **attention portée au ressenti corporel** permet la découverte de sensations qui étaient négligées et dont la reconnaissance peut modifier le sens donné à une situation problématique. Des **consignes concrètes** pour expérimenter des situations évitées peuvent aboutir à l'engagement dans un dialogue qui dissipe des malentendus, précise les attentes, conduit à une reconnaissance des besoins restés*

inexprimés. Les consignes s'inscrivent dans l'objectif du changement souhaité par le-la patient-e et dans le respect de son identité ; elles ne sont pas normatives, mais viennent mobiliser ses ressources, et leur discussion avec le-la thérapeute fait partie de ce contact où s'opèrent les ajustements nécessaires pour accroître l'autonomie.

La Gestalt-thérapie a des indications assez larges, essentiellement limitées par une motivation insuffisante et des troubles qui ne permettent pas de respecter le cadre thérapeutique, comme les décompensations psychotiques, les dépressions sévères, les abus et dépendances aux substances psychoactives. Elle convient aux personnes souffrant d'anxiété, d'inhibitions, d'une estime de soi douloureusement insuffisante, d'un rapport perturbé à leur corps, de difficultés relationnelles, et qui sont prêtes à s'engager dans une relation thérapeutique qui peut être de longue durée.

À côté de sa pratique psychothérapeutique, le modèle de la Gestalt a des applications diverses, non thérapeutiques, avec différentes modalités et essentiellement en groupe ; parmi celles-ci, le développement personnel, la relation d'aide et les groupes à thèmes.

La psychothérapie selon l'approche centrée sur la personne de Rogers (ACP)

Carl Rogers est un psychologue proche de la psychanalyse qui, avant d'enseigner dans différentes universités américaines, a travaillé dans le domaine de la guidance infantile. Son approche thérapeutique se définit essentiellement par la **non-directivité** et elle s'appuie sur une théorie de la personnalité selon laquelle **la personne est au centre d'un champ d'expériences** auquel elle réagit, en tant qu'entité globale et organisée, d'une façon qui lui est propre, afin d'actualiser, maintenir et développer ses potentialités.

La souffrance, les dysfonctionnements psychiques générateurs de symptômes apparaissent lorsque cette **tendance à l'actualisation**, c'est-à-dire à la réalisation des diverses potentialités de la personne, est empêchée en raison de la non-satisfaction de besoins fondamentaux, d'ordre physiologique, psychologique ou social. La sécurité, la reconnaissance et la considération par autrui, la réalisation personnelle font partie de ces besoins. Le travail psychothérapeutique se fait à partir de **l'expérience que la personne a d'elle-même** dans l'ici et maintenant, qui est sa réalité propre. Cette expérience englobe le fonctionnement du corps, les sensations, perceptions, émotions, pensées et fantasmes, conscients et inconscients. La possibilité de se réali-

ser pleinement pour fonctionner de manière satisfaisante est mise en échec lorsqu'il n'y a plus d'accord, de **congruence** entre le champ d'expériences de la personne et l'image qu'elle a d'elle-même, soumise à des influences, des valeurs, des exigences qu'elle a intégrées, mais qui lui sont étrangères et ne correspondent pas à ses besoins propres. Ce désaccord, lorsqu'il reste inconscient, est source d'angoisse, de comportements inadaptés.

Pour en savoir plus sur l'ACP

*La psychothérapie a pour but de favoriser l'actualisation des potentialités à travers la **relation thérapeutique**, dont la qualité est indispensable au processus qui permettra de prendre en compte et d'élargir les différents aspects de l'expérience. Cette relation est caractérisée par l'authenticité, la considération positive inconditionnelle et l'empathie. Le-la thérapeute adopte une attitude non directive, mais il-elle offre une présence sécurisante, une attention non jugeante qui permet à la personne de prendre conscience progressivement, sans se désorganiser, des désaccords profonds entre ce qu'elle perçoit de ses besoins et l'image de soi qu'elle a construite pour répondre à des normes extérieures, à un besoin de reconnaissance, de prise en considération, et d'oser expérimenter de nouvelles façons d'être et d'interagir. La prise de conscience impliquera, par exemple, de pouvoir ressentir des émotions et d'oser les exprimer, d'identifier des besoins méconnus et de prendre le risque de les affirmer ou au contraire de s'en libérer pour devenir plus autonome, de découvrir ce qui réellement nous appartient et de le distinguer de ce qui appartient à l'autre pour se différencier et faire l'expérience d'un échange potentiellement conflictuel, mais aussi peut-être plus vrai et enrichissant.*

Pour faire ce travail, le cadre aussi doit être perçu comme sécurisant et la clarification de ses différentes composantes – comme les attentes de la personne, le tarif et le mode de paiement, la fréquence des séances, qui est généralement d'une par semaine ou une par quinzaine, mais peut être modulée suivant les besoins et l'évolution – y contribue. En ce qui concerne la durée de la psychothérapie, elle variera en fonction des objectifs de la personne et de son mode de fonctionnement. Elle peut être brève, de l'ordre d'une dizaine de séances, si l'objectif est en rapport avec un événement ou un problème précis. Elle sera plus longue, de plusieurs mois à plusieurs années, pour une problématique nécessitant une démarche en profondeur.

La psychothérapie, qui se déroule en face à face, est à la base centrée sur l'échange verbal et l'écoute active des thérapeutes. Celle-ci se manifeste par des encouragements à l'expression, par la reformulation du contenu verbalisé et l'attention portée aux éléments non verbaux qui l'accompagnent, par la clarification des significations pour amener la personne à formuler plus explicitement un problème et comprendre le sens qu'elle lui donne, par l'aide à la décision en mettant en perspective les possibilités qu'elle ouvre, par l'accompagnement dans l'exploration des différents aspects, notamment émotionnels, de l'expérience vécue.

Les indications sont définies par la possibilité d'instaurer une relation de confiance plus que par le type de troubles à traiter. Certains cependant répondent mieux à cette forme de psychothérapie, comme l'anxiété, les phobies, la dépression, les troubles de la personnalité où prédominent l'inhibition, le manque d'estime de soi, la difficulté à agir de façon autonome. Ces indications peuvent s'appuyer sur l'utilisation de questionnaires et d'échelles. La prescription de médicament parallèlement à la psychothérapie est possible. On compte parmi les contre-indications les situations qui rendent peu probable un processus de changement, comme l'interruption de plusieurs thérapies entreprises antérieurement, la solitude et l'absence de contacts sociaux vécus comme non problématiques, une image de soi rigide, avec un besoin d'approbation inconditionnel et/ou la crainte d'être déstabilisé-e par une remise en question, le besoin de conseils et de consignes précises.

Une thérapie centrée sur le groupe peut être proposée, par exemple en cas de difficultés dans les relations sociales.

Comme pour la Gestalt, les principes théoriques de la relation centrée sur la personne (ou le-la client-e) ont donné naissance à des approches non thérapeutiques, notamment dans le développement personnel, la relation d'aide, le counselling, les groupes de rencontre.

L'analyse transactionnelle

Elle a été créée par Eric Berne, un psychiatre américain qui a également été psychanalyste avant de développer sa propre approche psychothérapeutique, d'abord appliquée au groupe et qui intègre des valeurs partagées par les tenants de la psychologie humaniste. Elle est fondée sur une observation des attitudes et des comportements de communication en lien avec des états psychiques complexes dont on peut prendre conscience, et elle prend appui sur quelques postulats de base : l'être humain est fondamentalement bon, même s'il peut agir négativement ; il doit pouvoir

satisfaire ses besoins de base ; il peut penser et prendre des décisions.

Pour Eric Berne, les dysfonctionnements psychiques et relationnels apparaissent lorsqu'il y a perturbation des échanges, des transactions, entre les états du moi de la personne et ceux de son entourage. Ces états du moi – qui coexistent en chacun de nous, déterminent notre structure personnelle et se manifestent dans l'ici et maintenant – sont au nombre de trois : le parent, qui est porteur des attitudes et des valeurs parentales, des normes sociales ; l'adulte, qui tient compte de la réalité, adopte des comportements rationnels ; l'enfant, qui exprime spontanément les pulsions, les désirs ou qui est adapté, soumis à l'influence parentale.

Pour en savoir plus sur l'analyse transactionnelle

*Des difficultés surviennent lorsque la communication interpersonnelle ne se fait pas entre deux états du moi complémentaires, par exemple entre adulte et adulte, mais qu'il y a un croisement, entre par exemple une demande venant de l'état du moi enfant, à laquelle l'autre donne une réponse émanant de son état du moi parent. L'analyse des transactions permet de mettre en évidence des jeux, qui sont des transactions complexes, cachées ou à double fond, souvent inconscientes, qui font intervenir, chez chacune des personnes, plusieurs niveaux d'un état du moi, dont l'un peut être conforme aux normes sociales et l'autre difficilement avouable, l'un pouvant s'exprimer verbalement et l'autre de façon non verbale par exemple. Ces jeux ont des effets néfastes sur les relations que la personne entretient avec elle-même et avec les autres ; ils faussent la communication, provoquent des conflits et des ruptures. Une autre notion importante est celle de scénario. Elle se réfère à la manière dont nous avons construit notre histoire dès l'enfance par l'intégration de messages, d'injonctions donnés par les parents et par rapport auxquels nous avons pris des décisions, élaboré des croyances, adopté des comportements. Ce scénario, qui est inconscient, se renforce au cours de la vie par la répétition d'attitudes qui viennent le confirmer. S'il a eu une valeur d'adaptation au départ, il peut ne plus être adéquat à l'âge adulte, être source de restrictions dans le développement des potentialités ou générateur de comportements destructeurs. En prendre conscience permet de faire de nouveaux choix, de procéder à des **redécisions**.*

L'objectif thérapeutique est de réaliser le changement souhaité par la personne. Un contrat thérapeutique précise le but visé et les moyens mis en œuvre tant par le-la thérapeute que par le-la patient-e pour l'atteindre, ainsi que les éléments du cadre qui concernent le lieu, les

horaires, le nombre de séances, les honoraires, mais aussi le dispositif (séances individuelles, groupes hebdomadaires ou plus espacés) et l'observation de règles concernant le groupe (confidentialité, abstinence de relations sexuelles entre autres). La qualité de l'alliance thérapeutique joue un rôle essentiel. La durée de la thérapie n'est pas fixée d'avance ; elle dépend de l'objectif, de la complexité des scénarios à modifier, du rythme propre du/de la patient-e et des circonstances de sa vie.

Le-la thérapeute a une attitude empathique et interactive. Grâce au dialogue et à l'utilisation de techniques diverses, il-elle aide le-la patient-e à prendre conscience des états du moi qui sont en jeu dans ses échanges, avec les émotions et les pensées qui les accompagnent, repère les jeux qui contribuent au mal-être et renforcent un scénario générateur de souffrance, soutient les décisions favorables au changement désiré et encourage leur expérimentation. La relation thérapeutique, comprise comme un espace de **coresponsabilité** dans lequel les transactions peuvent être analysées dans l'ici et maintenant, assure une validation importante pour la consolidation de l'état du moi adulte – garant d'échanges plus vrais – pour le renforcement de l'estime de soi et pour la capacité à être et devenir soi-même.

Les **indications** à l'analyse transactionnelle sont larges pour autant que la personne soit apte à communiquer et possède une certaine capacité de réflexion sur elle-même. Elle peut aussi être utilisée en thérapie de couple ou en thérapie familiale.

Comme d'autres approches humanistes, l'analyse transactionnelle a des applications dont la visée n'est pas thérapeutique. Elle peut être une méthode de développement personnel visant à améliorer la communication dans le milieu professionnel.

Les psychothérapies à médiation corporelle

L'importance de la **prise en compte du corps** a été reconnue dans les principaux courants de la psychothérapie ; cette prise en compte peut intervenir au niveau essentiellement verbal, mais elle peut aussi passer par une **mobilisation directe du corps** dans le cadre thérapeutique. Elle se fonde sur les liens bien établis entre ce qui est vécu dans le corps et les émotions, leur expression dans la vie relationnelle.

Dans le vaste domaine des approches psychocorporelles, on trouve des thérapies qui s'appuient sur l'élaboration sérieuse de principes théoriques et sur une pratique éprouvée, exercée dans le respect de règles déontologiques et basée sur une formation reconnue. Certaines, comme la **sophrologie** développée par Alfredo Caycedo – psychiatre espagnol –, peuvent amener une détente bienfaisante et favoriser le développement personnel. Une quantité d'autres méthodes relèvent d'un effet de mode et sont beaucoup moins rigoureuses, ou peuvent même se révéler nocives dans leur application, voire dangereuses lorsqu'elles sont associées à des croyances ésotériques ou se réclament d'explications pseudo-scientifiques.

Par ailleurs, le recours à des thérapies qui impliquent un contact direct avec le corps, et qui exposent de fait davantage à des interactions pouvant être perçues comme d'ordre sexuel, nécessite une grande rigueur dans l'application de la règle déontologique relative à l'abstention de relations sexuelles dans le cadre thérapeutique et en dehors de celui-ci.

La psychomotricité est une méthode thérapeutique applicable aux enfants, adolescents et adultes avec des difficultés sur le plan moteur, relationnel, émotionnel ou comportemental. Le but est d'amener la personne à mieux appréhender son corps, sa relation aux autres et à son environnement via le mouvement. Ainsi, cette méthode permet de développer les habiletés motrices, l'autonomie, les compétences sociales et la gestion des émotions.

Parmi les méthodes de relaxation reconnues, ayant fait leurs preuves et dont l'intérêt n'est pas contesté, citons le **training autogène de Johannes H. Schultz**, qui utilise des procédés de suggestion pour obtenir un état de détente. Il s'est inspiré de l'hypnose pour arriver à une « auto-décontraction concentrative » par des exercices méthodiques pratiqués selon des étapes définies. Mais Schultz a ressenti la nécessité, dans bien des cas, de compléter la relaxation proprement dite par une psychothérapie.

C'est à partir de cette expérience que le psychiatre **Juan de Ajuriaguerra** et ses collaborateurs psychanalystes ont mis en place la **psychothérapie de**

relaxation. L'accent est mis non plus sur la détente pour elle-même, mais sur l'écoute des ressentis du corps provoqués par les exercices de relaxation. Ajuriaguerra parle de « dialogue tonique » pour évoquer les modifications spontanées qui se produisent dans le tonus musculaire au cours de toute relation affective et qui le plus souvent ne sont pas perçues. C'est sur ces états du corps exprimés par la parole dans le contexte de la relation que se fait le travail psychothérapeutique qui permet de relier ce qui se passe dans le corps à des pensées et à des émotions.

À côté de ce développement psychanalytique de la relaxation, qui n'utilise pas la suggestion, d'autres thérapies psychocorporelles se sont inspirées des travaux de Reich et de ses concepts d'unité psychosomatique et de cuirasse musculaire. La plus connue est la **bioénergie** d'Alexander Lowen. Le concept d'énergie et la notion de circulation énergétique ont malheureusement été souvent utilisés de manière très floue et ont donné lieu à des dérives débouchant sur des pratiques confuses, exercées par des personnes ne disposant pas d'une formation suffisante.

L'**analyse bioénergétique**, dans ses développements actuels, tend à établir une certaine unité entre ses différentes écoles et fait l'objet d'une formation qui, en Suisse, correspond aux exigences de la Charte suisse de psychothérapie. Elle peut se définir comme une psychothérapie qui utilise différentes techniques corporelles permettant de lier des sensations physiques à des émotions dont la perception sera élaborée pour aboutir à des affects, à des représentations qui pourront être verbalisées, peut-être associées à des souvenirs. La décharge émotionnelle, favorisée entre autres par la résolution des tensions musculaires, n'est donc pas une fin en soi ; elle doit être accompagnée d'une prise de conscience du conflit psychique sous-jacent et d'une élaboration dans le contexte de la relation thérapeutique. Cela nécessite un cadre bien défini et une alliance de travail sûre et contenant. La fréquence des séances est d'une à deux par semaine et la durée de la psychothérapie est en moyenne de trois à cinq ans, mais ces paramètres peuvent varier en fonction de la demande et de la problématique. L'analyse bioénergétique se pratique en séances individuelles ou en groupe.

Différentes **approches** corporelles, qui ne sont pas à proprement parler des psychothérapies, peuvent être associées à des psychothérapies reconnues pour favoriser la prise de conscience du vécu corporel dans son interaction avec les émotions. Le **biofeedback** (ou rétroaction biologique) peut être utilisé dans les thérapies cognitivo-comportementales par exemple. Les psychothérapies humanistes, la Gestalt-thérapie notamment, intègrent dans leur pratique diverses techniques corporelles, comme des **exercices physiques**, des **massages**, un **contrôle de la respiration**, pour obtenir une détente musculaire.

Les psychothérapies à médiation corporelle sont particulièrement **indiquées**, mais pas exclusivement, dans les troubles psychosomatiques. Elles peuvent être utiles pour des troubles anxieux et certains troubles de la personnalité. Elles ne sont **pas indiquées** dans les pathologies psychotiques et les décompensations aiguës où il y a confusion entre la réalité et le vécu psychique.

Les psychothérapies de soutien

Ce sont sans doute les plus utilisées et paradoxalement les moins étayées du point de vue théorique. Il n'en reste pas moins qu'elles ne se réduisent pas à de simples attitudes de soutien, comme la compréhension, l'accompagnement et l'étayage, présentes dans toutes les approches. Elles sont de véritables psychothérapies, résultant d'une demande adressée à un-e professionnel-le, psychiatre ou psychologue psychothérapeute. Elles peuvent être proposées dans différentes situations, lorsque le recours à une psychothérapie spécifique, comme la psychothérapie psychanalytique, comportementale et cognitive, systémique ou humaniste, nécessitant un engagement dans une technique spécialisée, n'est ni possible ni souhaitée par la personne. L'impossibilité peut être liée à une situation de crise ou à un épisode psychiatrique sévère, où il y a urgence et où la personne est dans une situation de détresse exigeant **une approche stabilisante et contenante**. Elle peut aussi convenir à des personnes souffrant de troubles nécessitant une thérapie au long cours, qui s'adapte à leurs besoins et leur assure la continuité d'un **support**.

La psychothérapie de soutien est caractérisée par **des techniques** et **des attitudes thérapeutiques** qui lui sont propres et qui visent à diminuer l'anxiété et atténuer les symptômes, contenir le débordement émotionnel, apaiser les conflits, réduire les passages à l'acte destructeurs, rétablir la capacité à penser et les capacités d'adaptation, accroître l'autonomie. Les thérapeutes auront dans leur pratique, du fait de leur formation de base, une référence à un des modèles spécifiques de psychothérapie, mais ils-elles s'en inspireront et l'adapteront de façon à répondre aux besoins des patient-e-s et à leur évolution. Le processus thérapeutique repose sur l'établissement d'une **alliance thérapeutique** qui repose sur l'acceptation d'un soin dans un **cadre défini**, une **attitude empathique** du-de la thérapeute ainsi qu'un accord sur les objectifs et les problèmes à travailler.

Pour en savoir plus sur la psychothérapie de soutien

Le-la thérapeute fait preuve d'une écoute bienveillante et attentive, propre à instaurer une relation de confiance et un dialogue interactif. Il-elle s'engage dans l'échange, veille à ce que ne se prolongent pas des silences angoissants, mais les respecte lorsqu'ils correspondent à la poursuite de la réflexion par le-la patient-e. Il-elle l'aide à nommer son problème, à repérer les circonstances dans lesquelles il est apparu, à clarifier les propos pour affiner la compréhension et favoriser l'évocation des sentiments, des pensées, des comportements qui sont tus. Il-elle propose ensuite des hypothèses susceptibles d'établir des liens et don-

ner un sens à ce qui est vécu de façon chaotique, incompréhensible, déstabilisante. Il-elle ne reste pas neutre dans son attitude mais rassure, parfois en expliquant, en montrant qu'il est possible de relativiser, en faisant des suggestions. Il-elle valorise les efforts, les points positifs, au besoin il-elle encourage, donne des conseils en veillant à ce qu'ils soutiennent le-la patient-e dans sa démarche pour sortir d'une impasse. Lorsque l'état du-de la patient-e ou sa situation le nécessitent, il-elle peut proposer une aide complémentaire, comme un service social, une structure d'accueil, une consultation médicale. Il-elle peut aussi voir le-la patient-e ponctuellement avec son-sa conjoint-e, son entourage familial, pour donner une information sur les symptômes, les attitudes à adopter, pour rétablir un dialogue, renforcer la cohésion mise à mal par l'incompréhension de ce qui se passe. Il-elle fera part de sa disponibilité dans les situations de crise impliquant un risque suicidaire. La psychothérapie de soutien peut être associée à un traitement médicamenteux, transitoire ou de longue durée. Un échange à ce sujet peut être nécessaire afin d'expliquer l'utilité de ce traitement, ses limites, ses effets indésirables et, dans certains cas, sa nécessité pour permettre l'instauration et la poursuite du processus thérapeutique.

La fréquence des séances et la durée de la psychothérapie de soutien – de quelques semaines ou mois à plusieurs années – varient en fonction de plusieurs paramètres : le type de problèmes du-de la patient-e et l'évolution de leur résolution, la nécessité du soutien pour assurer la continuité du soin, la prévention des rechutes et le maintien des acquis.

La psychothérapie de soutien peut aussi déboucher sur une psychothérapie spécifique lorsque la crise est dépassée ou que le-la patient-e a pu surmonter sa crainte de s'engager dans une démarche plus approfondie.

Les principales indications sont les situations de crise causées par un traumatisme, une séparation, la perte d'un emploi, la survenue d'une maladie, des états anxieux liés à un type de fonctionnement ou à une situation particulière, un état dépressif ou la récurrence d'épisodes dépressifs, une crise suicidaire, un deuil compliqué, un problème d'alcool, une pathologie psychosomatique, un trouble de la personnalité borderline, une schizophrénie après le traitement d'un épisode aigu, les problèmes liés au vieillissement, le besoin d'un soutien face à un problème familial.

Autres psychothérapies

Nous n'avons pas présenté dans cette brochure d'autres thérapies pratiquées elles aussi par des professionnel-le-s, soit parce qu'elles sont moins répandues, soit parce qu'elles sont plus des techniques thérapeutiques que des psychothérapies au sens propre, ou encore parce qu'elles sont davantage utilisées dans les méthodes de développement personnel. Nous pensons cependant utile de mentionner quelques thérapies qui peuvent aussi avoir une place dans l'approche des troubles psychiques.

La **thérapie interpersonnelle** s'est développée à partir de recherches sur le lien existant entre les événements de vie récents concernant la vie relationnelle et la survenue d'un épisode dépressif. C'est une thérapie structurée et limitée dans le temps, focalisée sur un problème relationnel et qui vise à **réaménager le rôle du/de la patient-e dans sa relation aux personnes qui comptent dans sa vie actuelle**. Dans le traitement de la dépression, un lien est établi entre la pathologie et les perturbations qui peuvent survenir dans quatre domaines fondamentaux : le deuil d'un être cher ; les étapes de la vie qui impliquent un changement de rôle ; les disputes et les conflits avec des personnes significatives de l'entourage ; l'isolement social lié au déficit interpersonnel.

La **programmation neuro-linguistique (PNL)** s'est inspirée de principes tirés de différentes approches (Gestalt-thérapie, approche systémique, hypnose ericksonienne, thérapies corporelles), ainsi que de concepts issus d'une théorie de la connaissance, de la linguistique, de la psychologie cognitive, des théories de la communication et de la neuropsychologie. Il est à noter que les fondateurs n'avaient pas de formation en psychiatrie ni en psychothérapie. La PNL postule que la structure de l'expérience subjective et les représentations d'un individu impliquent des **schémas « programmés »** produits par interaction entre le cerveau (neuro), le langage (linguistique) et le corps, induisant des comportements efficaces ou inefficaces. Deux types d'objectifs thérapeutiques peuvent être distingués et résumés comme étant d'une part la résolution d'une crise et d'autre part le développement du potentiel du sujet. Actuellement, il n'y a pas de recherches systématiques concernant les indications et les contre-indications. La PNL a donné lieu à de multiples pratiques dans une quantité de domaines, entre autres ceux de l'entreprise et du développement personnel, par des personnes dont la formation ne répond pas aux exigences requises par l'exercice de la psychothérapie. Le recours à cette approche nécessite donc l'assurance d'être face à un-e thérapeute particulièrement responsable, formé-e à une autre approche reconnue et soucieux-se du respect de l'éthique professionnelle.

L'**hypnose** est considérée aujourd'hui plutôt comme une méthode thérapeutique ou une technique qui peut être utilisée dans différentes approches ou traitements des troubles psychiques et des problèmes somatiques. Sa pratique dans un contexte psychothérapeutique requiert une formation sérieuse, qui vient s'ajouter à une formation préalable de médecin ou de psychologue, ainsi qu'une solide expérience clinique, car son application nécessite une grande prudence. Si ces conditions sont remplies, elle peut se révéler utile dans un certain nombre d'indications. Le courant principal actuel dans l'application psychothérapeutique est celui qui se rattache à l'**hypnose ericksonienne**.

L'**EMDR** (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*), que l'on peut traduire par **désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires**, n'est pas à proprement parler une psychothérapie, mais c'est une technique qui peut être utilisée par des psychiatres ou des psychologues dûment formé-e-s dans le cadre d'une thérapie pour traiter des états de stress post-traumatique ou remédier à des désordres psychosomatiques liés à des souvenirs traumatisants.

La **neuropsychologie** se définit comme la science qui étudie les relations entre le système nerveux central, le fonctionnement mental (cognitif) et le comportement. Sans être une thérapie en soi, elle est un moyen d'évaluer les fonctions cognitives d'une personne suite à une lésion du système nerveux (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, méningite, interventions chirurgicales cérébrales lors d'épilepsie connue, etc.). Elle est surtout utilisée comme outil de diagnostic, de recherche clinique et de prise en charge par la neuro-réhabilitation ou neuro-rééducation.

L'**open dialogue** est une approche qui comprend l'entourage en plus des professionnel-le-s et de la personne concernée par la problématique psychique. La fonction du dialogue ici est de permettre de donner un sens à la crise et de mettre des mots sur les expériences vécues. Chacun-e peut prendre la parole et les possibilités de traitement sont discutées et décidées ensemble. La prise en charge et le suivi sont effectués par la même équipe.

La **logothérapie**, appelée aussi thérapie par le sens de la vie, considérée comme la « troisième école viennoise de psychothérapie », cherche à ce que l'individu prenne conscience du sens de sa vie et des valeurs qui lui importent. Cette approche holistique a été fondée par Viktor Frankl, élève de Freud (thérapie basée sur le principe de plaisir) et d'Adler (thérapie se cristallisant sur la volonté de puissance individuelle).

Mentionnons encore la **philothérapie**, utilisant des ressources et des procé-

dés propres à la philosophie et se distinguant ainsi de de la psychothérapie. La maïeutique en fait partie.

Ces dix dernières années, la recherche sur les substances psychédéliques (comme le LSD ou la psilocybine) a refait surface et est source d'espoir. En Suisse, des psychiatres sont habilité·e·s à mener des psychothérapies psycholytiques en toute légalité, c'est-à-dire que ces professionnel·le·s peuvent administrer des substances psychédéliques à leur patient·e. Cette méthode est utilisée comme outil dans le cadre d'une thérapie déjà entreprise et s'adresse à des personnes souffrant de pathologies sévères pour lesquelles les traitements médicamenteux disponibles n'apportent pas de réponse satisfaisante. En outre, elle permet d'accéder à des contenus inconscients auxquels la personne n'a pas accès lorsqu'elle est parfaitement consciente et qui seront ensuite discutés et élaborés en thérapie.

D'autres thérapies produisent un état modifié de conscience (sans utilisation de substances), comme avec la transe cognitive auto-induite, par Corine Sombrun. Les premiers résultats sont très encourageants, notamment dans le domaine de la perception de la douleur, et des études sont en cours en oncologie.

L'ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES

L'évaluation des psychothérapies reste un problème difficile. Une majorité de patient-e-s sont satisfait-e-s des résultats de leur psychothérapie, mais c'est une **appréciation subjective**.

Pour une **évaluation objective**, il faudrait pouvoir distinguer ce qui revient réellement au traitement lui-même de ce qui correspond à l'évolution spontanée dans le temps, comme on le fait pour des médicaments.

Compte tenu des problèmes méthodologiques qui se posent pour effectuer des recherches contrôlées, du fait des particularités et de la complexité des troubles psychiques et des traitements psychothérapeutiques, les **études** répondant à des critères considérés comme scientifiques sont relativement rares.

Ce sont les psychothérapies comportementales et cognitives qui ont été l'objet des études les plus nombreuses, car ce sont celles qui – en raison de la codification des techniques employées, avec l'utilisation de questionnaires et d'échelles d'évaluation, ainsi que de leur durée limitée – se prêtent le mieux aux études considérées comme scientifiques. À titre d'exemple, les résultats ont montré qu'en cas de dépression de sévérité légère à moyenne, l'efficacité d'une thérapie comportementale et cognitive est comparable à celle d'un traitement antidépresseur. En cas de dépression sévère, où le traitement antidépresseur est indiqué, l'efficacité est augmentée si on y associe une psychothérapie comportementale et cognitive. Cela ne signifie pas que d'autres psychothérapies sont moins efficaces ; elles n'ont simplement pas été l'objet d'études contrôlées.

D'autres méthodologies, comme celle des études de cas, ont montré des résultats positifs pour d'autres psychothérapies, notamment les psychothérapies psychanalytiques.

On a aussi pu voir, grâce aux techniques d'imagerie cérébrale, que dans les thérapies comportementales et cognitives, mais aussi dans les psychothérapies psychanalytiques, l'amélioration était corrélée à des modifications semblables à celles observées avec un traitement médicamenteux dans certaines zones du cerveau.

D'une façon générale, on considère que l'efficacité d'une psychothérapie peut être attribuée en grande partie aux facteurs communs à toutes les psychothérapies et que les techniques spécifiques aux différentes écoles ont un rôle moindre. Parmi les facteurs communs, le plus important est la

qualité de l'alliance thérapeutique. Selon des recherches conduites aux États-Unis, comparant les résultats d'études contrôlées sur le traitement des troubles névrotiques, 40 % des changements relèveraient de l'amélioration spontanée, 30 % seraient dus aux facteurs communs à toutes les psychothérapies, 15 % aux effets spécifiques de chaque méthode et finalement 15 % pourraient être considérés comme un effet placebo, résultant de l'inscription des patient-e-s sur une liste d'attente de psychothérapeutes n'ayant pas de disponibilité immédiate pour les prendre en traitement. Cette attente induit un effet positif même avant tout traitement.

À retenir...

Pour conclure, on retiendra qu'une psychothérapie a le plus de chances d'être efficace lorsqu'il y a correspondance entre les qualités tant humaines que professionnelles d'un-e thérapeute et les besoins de la personne concernée. En somme, le plus important est d'aller mieux quelle que soit la forme psychothérapeutique choisie.

ADRESSES UTILES

Pour toutes psychothérapies en général

Organisations faitières de médecins et psychothérapeutes

FMH

Fédération des médecins suisses

Secrétariat général de la FMH

Elfenstrasse 18, Case postale 300, 3000 Berne 16

Tél. : 031 359 11 11

www.fmh.ch

SSPP

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie

Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Tél. : 031 313 88 33

www.psychiatrie.ch

ASP

Association suisse de psychothérapeutes

Riedtlistr. 8, 8006 Zürich

Tél. : 043 268 93 00

www.psychotherapie.ch

FSP

Fédération suisse des psychologues

Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Tél. : 031 388 88 00

www.psychologie.ch

Pour les courants particuliers de psychothérapies

Psychothérapies analytiques

CPRS

Centre de psychanalyse de la Suisse romande

Centre de Genève :

Rue Adrien Lachenal 3, 1207 Genève, Tél. : 022 736 74 54

Centre de Lausanne :

Av. de la Gare 10, 1003 Lausanne, Tél. : 021 961 24 32

www.cprs.ch

Fédération européenne de psychothérapie psychanalytique,
Suisse romande
Centre d'intervention thérapeutique
secretariat@annuaire-membres-efpp.ch

Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie
Charles Baudouin, Genève
Tél. : 078 617 13 00
www.institut-baudouin.com

Psychothérapies cognitivo-comportementales

ASPCo
Association suisse de psychothérapie cognitive
Tél. : 079 554 17 97
www.aspco.ch

SSTCC
Société suisse de thérapie comportementale et cognitive
Weihergasse 7, 3005 Berne
info@sgvt-sstcc.ch
Tél. : 031 311 12 12

Psychothérapies systémiques

Asthefis
Association suisse de thérapie de famille et d'intervention systémique
www.asthefis.ch

Psychothérapies humanistes

SSRGT
Société suisse romande de Gestalt-thérapie
www.gestaltsuisseromande.ch

SPCP
Société suisse pour l'approche et la psychothérapie centrée
sur la personne
pcaSuisse · pcalnstitut
Josefstrasse 79, CH-8005 Zürich
Tél. : 044 271 71 70
info@pcasuisse.ch
www.pcasuisse.ch/fr

ASAT – SR
Association suisse d'analyse transactionnelle – Suisse romande
www.asat-sr.ch

Pour les psychothérapies à médiation corporelle ou autres psychothérapies

Le conseil psychosocial de Pro Mente Sana, association romande, peut vous orienter.

Tél. : 0840 000 062 (les lundis, mardis et jeudis de 10 h à 13 h)

Adresses cantonales

Canton de Genève :

Association Trajectoires

Trajectoires est une association à but non lucratif qui s'adresse à tout un chacun. Elle informe et aide à l'orientation psychologique dans le canton de Genève.

Route des Acacias 25, 1227 Les Acacias

Tél. : 022 344 45 77

www.trajectoires.ch

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

Brusset Bernard, *Les Psychothérapies*, Paris, PUF, « Que Sais-je ? », 2^e éd., 2005.

Cottraux Jean, *Choisir une psychothérapie efficace*, Paris, Odile Jacob, 2011.

Deneux Alain, Poudat François-Xavier, Servillat Thierry, Venisse Jean-Luc (coordonné par), *Les psychothérapies : approche plurielle. Trois courants principaux : Psychanalytique – Cognitivo-comportemental – Systémique et stratégique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, 2009.

Duruz Nicolas, Gennart Michèle (sous la direction de), *Traité de psychothérapie comparée*, Genève, Médecine et Hygiène, 2002.

Marc Edmond, *Guide pratique des psychothérapies*, Paris, Retz, 2008.

Widlöcher Daniel, Marie-Cardine Michel, Braconnier Alain, Hanin Bertrand (sous la direction de), *Choisir sa psychothérapie. Les écoles, les méthodes, les traitements*, Paris, Odile Jacob, 2006.

Pour en savoir plus

André Christophe, *Les thérapies cognitives*, Meschers, Bernet-Danilo éd., « Collection Essentialis », 2002.

Chandezon Gérard, Lancestre Antoine, *L'analyse transactionnelle*, Paris, PUF, « Que Sais-je ? », 2010.

Dartevelle Bérénice, *La psychothérapie centrée sur la personne – Approche de Carl Rogers*, Meschers, Bernet-Danilo éd., « Collections Essentialis », 2003.

Elkaïm Mony, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*, Paris, Seuil, « Points Essais », 2003.

Freud Sigmund, *Cinq leçons sur la psychanalyse, suivi de Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque Payot », nouvelle édition 2010.

Leblanc Elizabeth, *La psychanalyse jungienne*, Meschers, Bernet-Danilo éd., « Collection Essentialis », 2002.

Lemaire Jean-Georges, *La relaxation. Relaxation, rééducation psychotonique et psychothérapie de relaxation*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque Payot », 1991.

Mirabel-Sarron Christine, Sala Loretta, Siobud Dorocant Eryc, Docteur Aurélie, *Mener une démarche de pleine conscience. Approche MBCT*, Paris, Dunod, 2012.

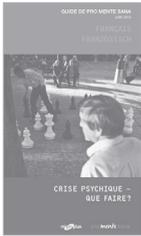
Robine Jean-Marie, *La Gestalt-Thérapie*, Meschers, Bernet-Danilo éd., « Collection Essentialis », 1998.

Schmitt Laurent, *Psychothérapie de soutien*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, 2012.

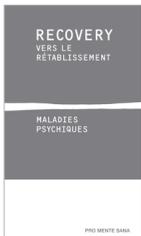
Van Rillaer Jacques, *Les thérapies comportementales*, Meschers, Bernet-Danilo éd., « Collections Essentialis », 2^e éd. 2002.

PUBLICATIONS DE PRO MENTE SANA

Collection psychosociale



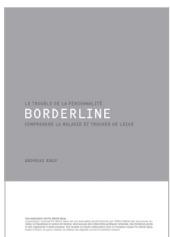
Crise psychique – Que faire ?
Disponible en sept langues
(français, italien, portugais, espagnol,
albanais, serbo-croate-bosniaque et turc)
Pro Mente Sana
Genève 2010



**Recovery – Vers le rétablissement.
Maladies psychiques.**
Pro Mente Sana
Genève 2011



**Témoignages de Recovery – Récits
de rétablissements en santé mentale.**
Entretiens et textes par Samia Richle
et Ildiko Dao Lamunière.
Pro Mente Sana
Genève 2012



**Le trouble de la personnalité borderline.
Comprendre la maladie et trouver de l'aide.**
Andreas Knuf
Pro Mente Sana
Genève 2014



**Les troubles bipolaires. Comprendre la maladie
et trouver de l'aide.**
Ariane Zinder-Jeheber
Pro Mente Sana
Genève 2016



**Les médicaments psychotropes – Informations
pour un usage éclairé des psychotropes.**
Andreas Knuf et Margret Osterfeld
Pro Mente Sana
Genève 2017



Diminuer et arrêter les antipsychotiques
Pro Mente Sana
Genève 2021



**L'angoisse et les troubles anxieux.
Comprendre la maladie et trouver de l'aide**
Ariane Zinder-Jeheber, psychologue
avec la collaboration d'Anthéa Bailleux, psychologue
Pro Mente Sana
Genève 2021



Psychothérapies
Par Evelyne Kolatte
avec la collaboration de Ariane Zinder-Jeheber,
Esther Hartmann, Maïte Laurençon et Anthéa Bailleux
Genève rééd. 2022 révisée et augmentée

PUBLICATIONS DE PRO MENTE SANA

Collection juridique



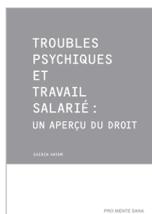
Directives anticipées – Prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées.

Shirin Hatam
Pro Mente Sana
Genève rééd. 2014



L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques

Shirin Hatam
Pro Mente Sana
Genève rééd. 2015



Troubles psychiques et travail salarié : un aperçu du droit

Shirin Hatam
Pro Mente Sana
Genève rééd. 2018



Obligation de soin en cas de maladie psychique. Guide juridique à l'usage des patients en Suisse romande

Shirin Hatam
avec la collaboration de Tatiana Gurbanov
Pro Mente Sana
Genève rééd. 2019



Proches d'une personne souffrant de troubles psychiques. Petit guide juridique suisse romand

Shirin Hatam
avec la collaboration d'Asuman Kardes
Pro Mente Sana
Genève rééd. 2020 révisée et augmentée