

LE THÉRAPEUTE : PROPRE OUTIL DE SES INTERVENTIONS ? ÉTUDE ET PROPOSITION D'UNE MODÉLISATION DU PROCESSUS DE GESTION DES ÉMOTIONS CHEZ LES THÉRAPEUTES FAMILIAUX

Anne Juvanteny, Jean-François Ampélas

De Boeck Supérieur | « Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux »

2012/1 n° 48 | pages 207 à 228

ISSN 1372-8202

ISBN 9782804169800

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2012-1-page-207.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le thérapeute : propre outil de ses interventions ? Étude et proposition d'une modélisation du processus de gestion des émotions chez les thérapeutes familiaux

Anne Juvanteny¹ & Jean-François Ampélas²

Résumé

Cet article présente les résultats d'une recherche menée sur l'utilisation des émotions du thérapeute familial dans le processus thérapeutique au service des patients. À l'appui de l'observation de séances et de l'interview de professionnels, il propose un décryptage et une modélisation de l'utilisation des émotions du thérapeute dans le processus thérapeutique. Il ouvre ainsi la réflexion sur la possibilité de s'appuyer sur l'émotion comme un outil de travail à part entière.

Abstract: The therapist as his/her own tool for interventions. Modeling of the family therapist's management process of his/her own emotions

This article relates the results of a research on own emotions management by family therapist and use during the therapy process. A model based on observations and analysis of interviews is proposed. It raises a discussion about the development of therapist ability to use its own emotion as a tool rather than as a constraint.

Mots-clés

Gestion des émotions – Thérapie familiale systémique – Résonance – Transfert.

Key words

Emotion management – Systemic family therapy – Resonance – Transfer.

1 Praticienne en systémie auprès des organisations, des personnes et des familles
2 Psychiatre, thérapeute familial, Centre de Thérapie Familiale du CHS Montperrin, Aix-en-Provence.

Face à l'émotion de ses patients, le psychothérapeute, comme tout un chacun, ne peut rester insensible : il apporte inévitablement des réponses conscientes et inconscientes. Sa profession l'amène cependant à une vigilance particulière sur la gestion de ses émotions propres. Ce thème abordé, le plus souvent en creux des théories, est néanmoins essentiel et suscite débat : contre-transfert de la psychanalyse, empathie des thérapies humanistes, concept de résonance de la systémie en sont autant de facettes.

Sous l'effet, notamment, des développements des neurosciences, on assiste actuellement au passage d'une posture de méfiance vis-à-vis des émotions du thérapeute à celle de leur acceptation voire utilisation dans le processus thérapeutique.

Dans le cadre d'une étude qualitative abductive réalisée au Centre de Thérapie Familiale de l'Hôpital Montperrin (Aix en Provence) au premier trimestre 2011, nous avons observé dans leur travail et interrogé l'équipe des thérapeutes familiaux sur la gestion et l'utilisation de leurs émotions dans le processus thérapeutique.

Cette recherche s'appuyant sur une analyse qualitative par théorisation ancrée, propose une modélisation de la gestion des émotions par les thérapeutes familiaux. Elle met en relief la complexité d'un processus vécu pour sa plus grande part au niveau inconscient et qui peut être mis à jour (ou pas) pendant les temps de supervision ou d'intervision.

Pour les thérapeutes désireux de développer l'utilisation de leurs émotions dans le cadre de leurs interventions, cette recherche dégage des méthodes et des axes de travail et de formation.

Notre définition de l'émotion

« Tout le monde sait ce qu'est une émotion jusqu'à ce que vous lui demandiez de la définir » Fehr & Russel (1984, p. 464).

Définir l'émotion présente une double difficulté : la difficulté de décrire objectivement un état fondamentalement subjectif et celle de synthétiser un sujet pluridisciplinaire. Car l'émotion intéresse le psychologue mais aussi le biologiste, l'éthologue, le philosophe, le sociologue... comme un prisme dont chaque spécialiste contemple un côté.

En outre, la définition et les théories de l'émotion ont fortement évolué au cours du siècle dernier. Ainsi Kleinginna & Kleinginna (1981) ont recensé

près de 100 définitions de l'émotion. Sans entrer dans le détail des théories relatives à l'émotion, les mouvements de son histoire sont significatifs et permettent de mieux appréhender la conception actuelle de l'émotion dans les métiers de la relation d'aide. D'abord séparée de la cognition, confinée au territoire de l'intime et du subjectif, essentiellement reconnue comme ayant une fonction adaptative, l'émotion s'est progressivement intégrée aux processus cognitifs supérieurs et déployée dans le champ social comme outil de langage et de culture. Suspecte car se soumettant difficilement à l'exercice scientifique (nécessitant neutralité et objectivité dans une vision cartésienne), son étude a d'abord été centrée sur ses modes d'expression et son rôle dans l'évolution. Puis les progrès de la science et le mouvement constructionniste ont permis de parler de processus émotionnel plus que d'émotion et de reconnaître son rôle dans le développement cognitif et social de l'homme.

L'objet de cet article n'est pas d'entrer dans le débat, simplement de préciser de quoi nous parlerons quand nous évoquerons l'émotion. Nous étudierons l'émotion comme résultat d'un processus suscité par un stimulus extérieur et faisant interagir des composantes expressives (faciales, vocales ou posturales), physiologiques (la fréquence cardiaque, le flux sanguin, les larmes...), motivationnelles (l'intention de...), comportementales (tels que l'attaque, l'évitement, la fuite), cognitives (comme la pensée d'avoir été apprécié, mal jugé, etc.) et des sentiments subjectifs.

L'émotion du thérapeute dans le processus thérapeutique : fardeau ou facilitateur ?

Le psychothérapeute est doublement concerné par l'émotion : en tant qu'agissant sur la psyché, c'est-à-dire la pensée et l'esprit de son patient, mais aussi en tant qu'être humain engagé dans une relation intersubjective avec son ou ses patients.

En tant que praticien, il est confronté aux émotions de son patient tout au long du processus thérapeutique, qu'elles soient exprimées sous forme verbale ou non verbale. Quelle que soit sa formation, il ne peut ignorer cette dimension émotionnelle dans l'analyse et la compréhension de la situation du patient (voire dans le diagnostic d'un trouble) et la mesure de l'évolution de son état. Dans le cadre de l'intervention thérapeutique, l'utilisation de l'émotion sera, en revanche, très variable en fonction notamment de l'orientation théorique du psychothérapeute.

Enfin, les émotions ressenties par le psychothérapeute en réponse (ou pas) à celle du patient sont également nécessairement présentes dans le

champ de l'intervention. Elles ont d'ailleurs donné lieu à des théorisations dont nous évoquerons les principales, avant d'entrer dans la présentation de notre recherche.

Les émotions du thérapeute dans l'approche psychanalytique : le contre-transfert

L'émotion des thérapeutes est une notion de second plan dans la théorie psychanalytique. Elle est pourtant présente dès l'aube de la psychothérapie dans la notion de contre-transfert. Sigmund Freud (1910, p. 36) introduit ce concept au congrès de l'Association psychanalytique internationale (A.P.I.) à Nuremberg en 1910 et la reprend dans *perspectives d'avenir de la thérapie psychanalytique* : « le "contre-transfert" qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. »

Sans nier la réalité du phénomène, il s'y intéressera sous l'angle du contrôle. Le contre-transfert est, en effet, un phénomène embarrassant pour celui qui souhaite ériger la psychanalyse au rang de science « dure ». Selon le modèle scientifique, il est essentiel de garantir l'objectivité et la neutralité de la cure psychanalytique et une posture de l'analyste comparable à celle de l'observateur neutre. L'émotion du thérapeute fondamentalement subjective est indésirable et n'a pas de place. À l'extrême, il faudrait éliminer l'analyste (et ainsi supprimer les différences interindividuelles entre analystes) pour atteindre cet objectif de neutralité.

Ainsi Freud (1912, p. 61) déclare : « Pour l'analysé, le médecin doit demeurer impénétrable et, à la manière d'un miroir, ne faire que refléter ce qu'on lui montre. » Il se méfiait du contre-transfert qu'il désigne comme « la croix » du psychanalyste.

Sandor Ferenczi, disciple de Freud, sera le premier à préconiser l'utilisation clinique du contre-transfert de l'analyste en dévoilant au patient les éléments constitutifs du contre-transfert. Selon lui, la négation des émotions par le psychanalyste ne peut qu'inhiber le traitement car « *Seule la sympathie guérit* » (Ferenczi, 1932, p. 271). Il est essentiel d'élucider le contre-transfert du psychanalyste en même temps que le transfert de son patient : les résidus contre-transférentiels non élaborés nuisent à la relation thérapeutique au traitement. La compréhension du contre-transfert permet de repérer les désirs inconscients du psychanalyste et ainsi de protéger le patient. Le psychanalyste pourrait en effet lui imposer des interprétations erronées, correspondant à son propre désir.

Le patient serait impuissant face au psychanalyste car ses refus seraient alors interprétés comme résistance ou transfert négatif.

Paula Heimann (1950, p. 24) va plus loin en proposant « *la réponse émotionnelle de l'analyste comme outil de connaissance de l'inconscient du patient en tenant à l'écart ce qui ressort de la problématique personnelle de l'analyste* ». On passe alors d'une position de contrôle du contre-transfert à celle d'une utilisation clinique de ce dernier.

La prise en compte du contre-transfert reste aujourd'hui une ligne de démarcation entre les tenants d'une pratique traditionnelle de la psychanalyse héritée de Freud, et les partisans d'une nouvelle approche de la psychanalyse davantage inspirée de l'approche de Ferenczi. Plus la cure psychanalytique sera envisagée sous l'angle de la relation et plus la notion de contre-transfert sera centrale dans le processus thérapeutique et l'émotion reconnue comme un levier du traitement.

Les émotions du thérapeute dans les théories humanistes : de l'empathie et de la présence thérapeutique

La notion d'émotion du thérapeute n'est pas traitée directement dans les thérapies humanistes mais abordée au travers du concept d'empathie de Carl Rogers puis dans le concept de présence thérapeutique des néo-humanistes.

L'empathie a fait l'objet de nombreuses études qui ont mis en question jusqu'à la définition du mot. Nous nous centrerons ici sur la prise en compte de l'émotion dans le concept tel que défini par Carl Rogers, le père du courant humaniste. Pour cet auteur, « *l'empathie consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision et avec ses composantes et significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant sans jamais oublier le 'comme si'* » (Rogers, 1959, p. 184). Il s'agit donc d'un processus d'affiliation où l'émotion du thérapeute est un outil d'analyse et de compréhension de l'autre. Plus tard, Carl Rogers la définira comme un processus permettant de « *devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui (le patient)* » (Rogers, 1975, p. 2). Elle est un élément essentiel puisqu'elle fait partie des 3 qualités du thérapeute, nécessaires pour un changement thérapeutique ; les deux autres étant l'authenticité (ou congruence) et le regard positif inconditionnel (Rogers, 1975).

Dans un registre proche, dans le domaine de la gestalt, Gilles Deslile propose de cultiver « *un registre large d'émotions fines* » (Deslile, 2001, p. 14), une posture d'accueil (voire d'encouragement) des émotions du théra-

peute à laquelle il pose une limite dans la restitution de ces émotions aux patients au travers de « *l'obligation, éthique d'abord, esthétique ensuite, clinique, de filtrer ses émergences et de les traduire en termes thérapeutiques* » (Delisle, 2001, p. 14).

La notion d'empathie s'oppose ici à la notion de contre-transfert dans la mesure où il ne s'agit pas de répondre à l'émotion de l'autre, mais bien de la ressentir à sa place de thérapeute. De manière plus générale, la posture recommandée par les humanistes semble inconciliable avec le processus transférentiel. En effet, comment réconcilier des notions d'authenticité, de dévoilement de soi, de spontanéité et de transparence avec des concepts comme le transfert, le contre-transfert, la résistance et les défenses ?

Au sein même du courant humaniste, le sujet fait débat entre tenants de la centralité de la relation empathique et défenseurs d'un rôle de facilitateur actif pour le thérapeute (Rice & Greenberg, 1984).

Les partisans d'une approche dite expérientielle préfèrent développer la notion de présence thérapeutique plus large que la notion d'empathie. Greenberg (2005) la définit comme « *un fondement et une condition préalable et nécessaire aux conditions de la relation thérapeutique que sont l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel* » (Geller & Greenberg, 2005, p. 62). L'émotion du thérapeute y est centrale puisque « *la présence thérapeutique suppose que le thérapeute accepte d'être touché et ému par le vécu du client, tout en restant enraciné en soi-même et réactif aux besoins et aux expériences du client.* » (Geller & Greenberg, 2005, p. 64).

Les émotions du thérapeute dans le cadre de l'approche systémique : la résonance

L'émotion du thérapeute n'est pas une thématique centrale de la systémie à ses débuts. Inspirée de la théorie des systèmes, de la cybernétique et de la théorie de la communication, elle milite pour la neutralité du psychothérapeute et privilégie l'intervention stratégique. Plusieurs systémiciens formés ou inspirés par le modèle analytique revendiqueront d'ailleurs l'importance de limiter les effets contre-transférentiels y compris ceux qui sont les plus impliqués émotionnellement dans la thérapie. Ainsi Carl Whitaker s'attachera à donner plusieurs moyens de prévention et de résolution des problèmes contre-transférentiels pour ne pas s'embourber dans les « sables mouvants » de la famille. La co-thérapie, la supervision et l'hygiène des relations intrafamiliales du psychothérapeute en sont les principaux. La vision d'une position neutre du psychothérapeute est encore prédominante.

Une rupture va être introduite dans les années soixante-dix avec la cybernétique de second ordre. Paradoxalement, ce sont des théories scientifiques qui vont ouvrir un nouveau champ au sein duquel la position du thérapeute va être réévaluée. Heinz Van Foerster, cybernéticien et biomathématicien s'appuyant sur les mécanismes neurophysiologiques de la perception, va remettre en question la conception de la neutralité de l'observation scientifique et introduire la notion de construction de la réalité. L'observateur devient partie intégrante du système observé, objet et sujet de l'influence du et sur le système.

Dans les années quatre-vingt, un premier courant va reconnaître l'implication émotionnelle du thérapeute dans la thérapie familiale systémique : Williamson (1991) affirme que dans la salle de thérapie, trois familles au moins sont présentes, incluant celle du thérapeute lui-même.

Dans les années quatre-vingt-dix, les travaux des biologistes Maturana et Varela vont définitivement sortir le thérapeute de l'illusion de la neutralité en développant les notions d'autopoïèse des systèmes. Sur la base de l'étude du système nerveux et de la perception, ils démontrent que les systèmes s'organisent et s'entretiennent de façon autonome. Le changement est introduit par la notion de couplage structurel avec l'environnement. « *On parle de couplage structurel chaque fois que survient une histoire d'interactions récurrentes responsables d'une congruence structurelle entre deux systèmes (ou plus)* » (Varela & Maturana, 1994, p. 65).

Dès lors, pour introduire le changement, le thérapeute doit être en capacité de se coupler structurellement au système. Par ailleurs, il est lui-même sujet de ses propres couplages structurels avec l'environnement. De ce fait, la notion de neutralité paraît difficilement tenable.

Elkaïm va aller plus loin en proposant d'utiliser le vécu du thérapeute dans le processus thérapeutique. Il développe ainsi les concepts d'assemblage et de résonances : « *j'appelle résonances ces assemblages particuliers, constitués par l'intersection d'éléments communs à différents individus ou différents systèmes humains, que suscitent les constructions mutuelles du réel du système thérapeutique ; ces éléments semblent résonner sous l'effet d'un facteur commun, un peu comme des corps se mettent à vibrer sous l'effet d'une fréquence déterminée* » (Elkaïm, 1995, p. 602). La prise de conscience de ses résonances, loin d'être envisagée comme un frein à l'exercice d'une psychothérapie objective ou comme un handicap, peut au contraire devenir un outil de travail au service des patients. Le thérapeute, en questionnant la fonction

de son vécu dans le système thérapeutique peut ensuite emprunter le pont singulier créé par les résonances et utiliser ses émotions en veillant à ne pas envahir le système thérapeutique.

Un certain nombre de recommandations sont émises à l'attention du thérapeute afin de protéger les patients : vérifier que les émotions qui naissent chez le thérapeute ont un sens et une fonction pour le système thérapeutique, veiller à ce que nos résonances flexibilisent les constructions du monde du système et ne le rigidifient pas.

À la suite de Mony Elkaïm, d'autres thérapeutes familiaux systémiques prennent en compte la résonance dans leur pratique tels Édith Goldbeter et Michel Maestre.

Édith Goldbeter va développer le modèle du *tiers pesant* en s'appuyant sur les résonances entre thérapeute et familles (Édith Goldbeter, 1999, p. 47).

Michel Maestre rapproche les concepts de résonance et de résilience et développe un processus d'accompagnement centré sur les émotions. « *La famille en thérapie, le couple qui vient consulter peut y tisser une toile de liens affectifs structurés autour d'émotions qui émergent dans une co-construction entre le thérapeute et la famille* » (Maestre, 2002, 180).

Néanmoins, le modèle des résonances ne fait pas actuellement l'unanimité dans le monde de la thérapie familiale systémique. À côté de ceux qui défendent toujours l'importance de la neutralité sur des critères hérités des sciences, d'autres invoquent le risque d'aliénation du patient. Ainsi Gergen (1994), représentant le courant constructionniste, voit dans l'intervention du thérapeute un risque de prise de pouvoir sur le patient par le biais de la narration. Selon lui, les émotions sont le résultat d'échanges inscrits dans un contexte socio-culturel. À ce titre, le thérapeute en interaction avec son patient est auteur et sujet des émotions vécues au même titre que son patient. Ce postulat conduit à un questionnement sur une posture du thérapeute trop « centrale ».

Ce rapide tour d'horizon révèle une prise de conscience du rôle possible des émotions du thérapeute dans le processus thérapeutique, voire pour certains, l'idée qu'elles sont un outil de plus au service de la thérapie.

Quittons maintenant la théorie au profit de la pratique et voyons comment les tenants de ce dernier point de vue utilisent l'émotion. C'est cette question qui a motivé la recherche que nous avons mis en place au Centre de Thérapie Familiale de l'hôpital Montperrin.

La gestion des émotions du thérapeute : proposition d'un modèle

Les questions posées par l'utilisation des émotions

Au travers de cette recherche, nous cherchions à répondre aux questions suivantes :

- Au cours d'une séance de thérapie, comment le thérapeute gère-t-il les émotions qui surviennent ?
- Quels sont les éléments le conduisant à choisir une stratégie de gestion des émotions plutôt qu'une autre ?
- Quelle est la part du générique et de l'individuel dans le processus de gestion des émotions ?
- Quelle place et quel rôle l'émotion occupe-t-elle dans la pratique du thérapeute ?

Présentation de notre Recherche

La recherche a été réalisée au Centre de Thérapie Familiale de l'hôpital Montperrin à Aix en Provence. Créé dans les années 1990 à l'initiative de professionnels de la Santé (infirmiers, psychologues et médecins) formés à la thérapie familiale, le Centre de Thérapie Familiale de Montperrin abrite deux équipes de thérapeutes familiaux recevant 3 jours par semaine des familles. Une des équipes pratique la thérapie familiale psychanalytique tandis que l'autre est systémicienne.

L'équipe des thérapeutes familiaux systémiciens est constituée de trois thérapeutes permanents : deux psychiatres et une psychologue clinicienne, mais aussi de stagiaires psychologues et de jeunes thérapeutes en fin de formation.

Ont participé à cette étude :

- 4 thérapeutes familiaux : 3 intervenants permanents et une jeune psychologue stagiaire terminant sa formation de thérapeute familiale ;
- 9 familles au cours de 21 séances observées, dont
 - 5 couples ayant des problèmes de communication au sein de leur couple, liés pour l'un d'entre eux aux tendances pédophiles du conjoint ;
 - 2 couples rencontrant des difficultés relationnelles avec leur enfant : l'un avec un fils, jeune adulte dépressif (ou psychotique ?), l'autre

avec une fille adolescente ayant effectué plusieurs tentatives de suicides ;

- 1 mère et son fils, tous deux psychotiques, ayant des difficultés relationnelles ;
- 1 famille (2 parents et 2 enfants) dont la fille, jeune adolescente, est anorexique ;

Il ne s'agissait pas de vérifier des hypothèses pour valider un modèle prédéfini, mais de mettre en évidence un processus de gestion des émotions pendant les séances de thérapie.

Nous avons donc retenu l'analyse qualitative par théorisation ancrée (Mucchielli, 1996 ; Paillé, 1994 ; Paillé & Mucchielli, 2003) comme méthode de recherche. Elle est issue de la *grounded theory* de Glaser & Strauss (1967). C'est une méthode qualitative par théorisation ancrée, dont la spécificité est de ne pas s'appuyer sur une théorie ou grille d'analyse pré-existante. L'analyse des entretiens a posteriori permet de dégager les hypothèses qui permettront ensuite d'élaborer une théorie. C'est donc une démarche abductive et non déductive.

Notre étude abductive s'est déroulée en 2 étapes, présentée dans le tableau suivant : Tableau 1

Étape	Objectifs	Méthode
Étape 1	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les émotions exprimées verbalement par la famille et le thérapeute ainsi que leurs manifestations émotionnelles pendant la séance. - Identifier les schémas comportementaux des thérapeutes face à l'émotion. - Analyser les schémas comportementaux et identifier les facteurs ayant influencé leur choix. - Élaborer une première modélisation du processus de gestion des émotions. 	<p>Observation à deux niveaux sur la base de 27 séances réalisées auprès de 9 familles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - observation de la séance sur la base d'une grille de recueil ; - « auto-observation » de ses émotions <i>par le thérapeute</i>. <p>Un questionnaire est administré après la séance.</p>
Étape 2	<p>Valider et faire évoluer la modélisation du processus de gestion des émotions : ses étapes et les facteurs intervenants dans son déroulement.</p>	<p>Une enquête qualitative auprès des thérapeutes sur la base d'un guide d'entretien semi-directif.</p>

Les stratégies possibles face à l'émotion

L'observation des séances et l'enquête auprès des thérapeutes nous a permis d'identifier les stratégies possibles face à l'émotion, synthétisées dans le tableau ci-après.

Tableau 2

Pas d'utilisation de l'émotion ressentie	Évitement actif
	Évitement passif
	Court-circuit (pas d'analyse ni de prise en compte)
	Pas de prise en compte <u>après analyse</u>
Utilisation de l'émotion ressentie	Dévoilement
	Adaptation du mode d'intervention
	Élaboration cognitive
	Poursuite de l'analyse hors séance (introspection, supervision, intervision)
	Questionnement

Pas d'utilisation des émotions

L'évitement actif

Il consiste à exclure et réprimer immédiatement une émotion jugée inappropriée.

Exemple : “Je ne peux pas utiliser cette émotion (plaisir sadique)”.

L'évitement passif

Il consiste à exclure une émotion que l'on reconnaît mais que l'on ne pense pas arriver à exploiter lors de la séance (du fait d'une trop forte résonance notamment).

Exemple : “Ce n'est pas possible d'utiliser l'impuissance”, “Cela me renvoie à une faille, une incompétence”, “Je suis en empathie avec les hommes qui sont en couples avec des femmes débordées” (forte résonance personnelle).

Le court-circuit (pas d'analyse, ni de prise en compte)

L'émotion est exclue de façon inconsciente : l'analyse a posteriori amène un constat du type : “C'est une couleur plus qu'une émotion”, “C'est

un sentiment personnel, pas utile pour la famille”, “Je n’ai pas fait une fixation”, “C’est une émotion positive (sous entendu pas utile pour la famille)”.

La non prise en compte après analyse

Dans ce cas, l’émotion a été analysée mais n’a pu être « transformée » pour être utilisée pendant la séance.

Exemple : “Je n’ai pas identifié en quoi leur mode d’attachement pouvait générer de l’irritation”, “je suis entrée dans la danse”.

Utilisation des émotions

L’adaptation du mode d’intervention

“Prise de recul pendant la séance : mise en retrait par rapport à X (Cothérapeute) qui avait une meilleure alliance avec Madame”.

“Accepter de moins conduire l’entretien”.

“Essayer de créer une complicité avec les hommes de la famille”.

“J’ai accueilli l’émotion de la mère et je l’ai accompagnée pour la formuler”.

L’élaboration cognitive

Le thérapeute délivre une interprétation (souvent sous la forme d’une hypothèse) fondée sur l’analyse de son émotion.

Un thérapeute, gagné par l’agacement puis l’irritation, en déduit qu’elle a une fonction pour sa cliente : “Je lui ai demandé ce que cela lui avait fait quand je lui avais posé 4 fois la même question et pourquoi elle n’avait pas exprimé son irritation”.

Une thérapeute ressentant de la tristesse pose l’hypothèse d’un deuil de l’enfant rêvé à accomplir par la famille, d’une angoisse de la maladie : “J’ai posé des hypothèses et je respecte qu’ils ne puissent pas encore les accepter”.

Une thérapeute ressent étrangement de la satisfaction alors qu’un fils se met en colère contre sa mère en séance et nous dit : “Cela (la satisfaction) m’a aidée à ne pas avoir peur quand « il a pété un câble » et à trouver une hypothèse pendant l’intervision sur la fonction de la maladie et de la colère”.

Une thérapeute envahie de tristesse par les pleurs de sa cliente déclare : “J’ai accusé réception : c’est un traumatisme”, puis j’ai ébauché une esquisse de suggestion (encore maintenant...) ».

Une thérapeute en forte empathie avec un patient qui évoquait avec agacement le comportement capricieux et colérique de son fils, propose un autre éclairage sur cette colère paternelle : “J’ai insisté avec Monsieur sur le fait qu’il était un enfant modèle et sur la différence par rapport à son enfant”.

Le questionnement

L’émotion ressentie par le thérapeute l’amène à explorer des hypothèses avec le patient sous la forme de questions.

Exemples : “Poser des questions sur les émotions, la colère, des émotions non exprimées qu’il faut encourager”.

“Le décalage entre le ton froid et la tristesse m’a incité à lui poser des questions, à approfondir”.

“J’ai géré en revenant à la séance précédente (en posant des questions)”.

Le dévoilement

Il consiste à exprimer verbalement ou non verbalement ses émotions avant même de les analyser.

“J’ai exprimé mon malaise après avoir demandé l’arrêt de la séance (pour en discuter avec l’équipe)”.

“Je n’ai pas cherché à masquer ma réaction : je ne me suis pas censurée”.

“Je me suis mise en miroir”.

Le processus de gestion des émotions : schémas comportementaux

L’observation de la gestion des émotions nous a amené à nous interroger et analyser les interactions entre les composantes sensorielles, affectives, cognitives et comportementales de l’émotion à savoir :

- la perception : ce qui est vu, entendu et ressenti corporellement par le thérapeute au cours de la séance ;
- le ressenti qui est du domaine de l’émotionnel (et plus du corporel comme dans la perception) ;
- l’interprétation de la situation ;
- l’action thérapeutique.

Nous partons du principe que la perception est première dans la relation thérapeutique : en effet, même si le thérapeute peut être dans un état émotionnel particulier quand il reçoit le patient, et du fait qu’on ne peut nier le rôle

de l'humeur dans l'interaction thérapeutique, on peut considérer que le thérapeute va s'attacher à se rendre disponible à son/ses patients et donc mettre au second plan ses problématiques personnelles.

Ce pré-requis posé, reste la question du processus qui va amener de la perception de la situation à l'action thérapeutique. Les connaissances actuelles sur le fonctionnement du cerveau nous permettent de douter du caractère complètement linéaire de ce processus et d'envisager plutôt un traitement parallèle. Néanmoins, dans le but d'améliorer notre compréhension des schémas comportementaux de la gestion des émotions, il nous a semblé intéressant de modéliser à un niveau macro le séquençement et les interactions entre ses 4 activités du thérapeute : percevoir, ressentir, interpréter et agir.

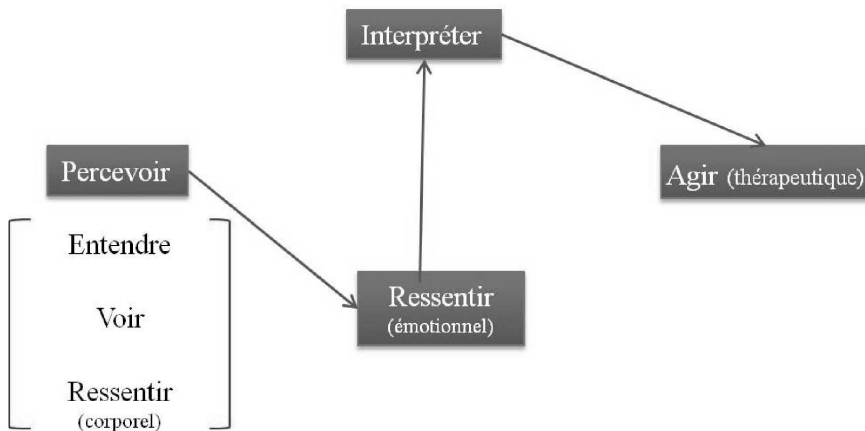
Les schémas d'utilisation de l'émotion

Nous avons dégagé deux schémas d'utilisation de l'émotion que nous avons nommés « émotion-cognition » et « émotion-affect ».

L'émotion-cognition

Ce schéma comportemental privilégie l'interprétation comme levier d'action thérapeutique : le ressenti du thérapeute est interprété avant la mise en œuvre d'une action thérapeutique.

Schéma 1



Exemples issus de la recherche :

Le thérapeute ressent de l'agacement vis-à-vis de Madame qui vient consulter avec son mari en raison de difficultés de communication. Il pose

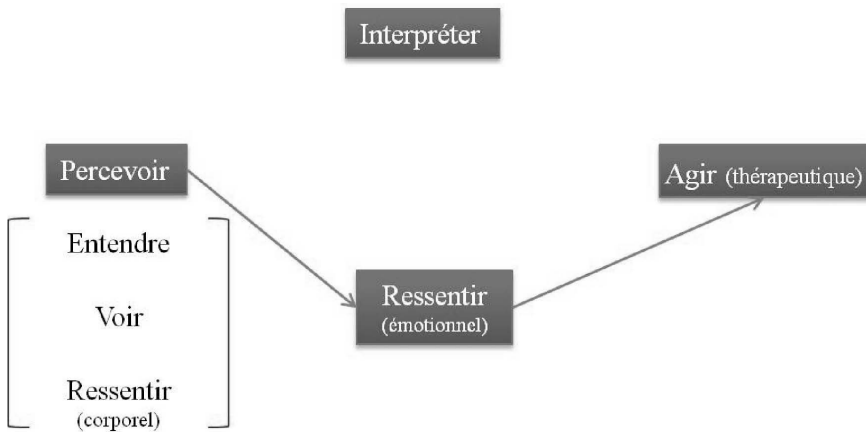
une première fois la question « qu'est-ce qui va mieux dans votre couple ? » à laquelle Madame ne répond que par des griefs. Désireux d'obtenir une réponse, le thérapeute repose la question trois fois sans succès. Soupçonnant une fonction de cet agacement, il décide d'utiliser sa résonance et demande à Madame : « qu'est-ce que cela vous fait quand je pose quatre fois la même question ? ». La patiente répond qu'elle ne se sent pas entendue comme c'est souvent le cas. À partir de là, s'élabore un travail sur la non-écoute et la non-reconnaissance.

Face à une famille venue consulter pour des problèmes liés à l'anorexie de l'une des filles, le thérapeute se sent mal à l'aise, oppressé sans lien apparent avec la situation. Ce malaise l'amène à s'interroger sur le non-dit dans cette famille. Il va questionner dans la suite de l'entretien les émotions non exprimées.

L'émotion-affect

Ce schéma comportemental place l'émotion du thérapeute au cœur de la stratégie d'intervention. L'émotion ressentie est directement traduite en action thérapeutique.

Schéma 2



Exemples issus de la recherche :

Un couple vient consulter pour des difficultés avec leur fils dépressif et peut-être psychotique.

Pendant la séance, la thérapeute ressent un très fort malaise, sous la forme d'un vécu d'impuissance qu'il lui semble impossible de taire. Elle

demande un arrêt de la séance pour pouvoir le formuler à l'équipe, puis après l'interruption, aux patients. Cette intervention va permettre d'ouvrir un champ de discussion sur la maladie du fils (dépression ou psychose ?).

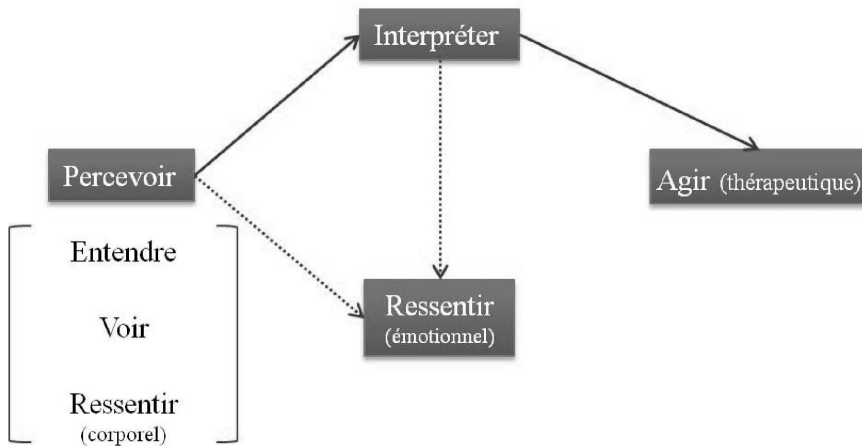
Un couple ayant des difficultés de communication travaille avec une thérapeute sur le génogramme des familles. Au cours de la séance, Monsieur se met à pleurer en évoquant son frère, alors que jusque-là, il s'était montré très froid et assez peu coopératif. La thérapeute, visiblement très émue, le remercie pour la confiance accordée. L'alliance avec le mari, fragile jusque-là, peut s'établir et le travail commencer.

Les schémas excluant l'utilisation de l'émotion

Lorsque l'émotion n'est pas présente ou exclue de l'analyse, le thérapeute est dans un schéma favorisant l'interprétation pure de la situation comme mode d'action thérapeutique.

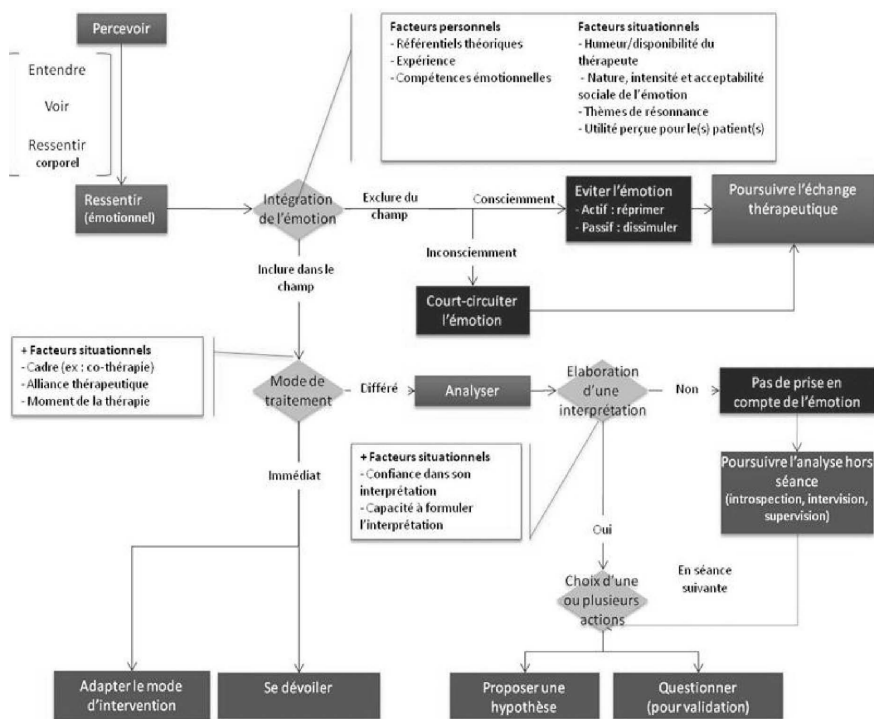
L'émotion peut être présente, mais se situe hors du cadre de l'intervention. C'est le cas des thérapies ne faisant pas appel à l'émotion du thérapeute.

Schéma 3



Une modélisation de la gestion des émotions du thérapeute

L'analyse des éléments recueillis nous amène à proposer un processus de gestion des émotions du thérapeute présenté ci-après.



Dans le modèle proposé, la question de l'utilisation de l'émotion intervient à 3 niveaux :

- Dans le choix d'inclure ou pas l'émotion ressentie dès qu'elle émerge (de façon consciente ou inconsciente) ;
- Si l'émotion est reconnue, dans le choix de l'utiliser de façon immédiate (c'est-à-dire sans interprétation dans le cadre de la thérapie) ou pas ;
- S'il est décidé de l'analyser, dans le choix d'un mode d'utilisation de l'émotion.

On relève des facteurs de décision identiques à chacune de ces étapes, et d'autres spécifiques à une seule d'entre elles au sein du processus.

Les facteurs de décision communs à toutes les étapes du processus sont des facteurs personnels :

- Les référentiels théoriques du thérapeute qui font une plus ou moins grande place à l'émotion dans la pratique ;
- L'expérience de l'utilisation de l'émotion qui permet ou pas de s'aventurer à utiliser ses propres émotions ;

- Les compétences émotionnelles qui permettent d'identifier, nommer puis analyser les émotions ressenties afin de pouvoir les utiliser.

Des facteurs situationnels interviennent également dans le processus, spécifiques à chaque étape.

Dans le choix d'inclure ou pas l'émotion ressentie dès qu'elle émerge (de façon consciente ou pas), les émotions jouent un rôle déterminant au travers de 3 facteurs :

- L'humeur/disponibilité du thérapeute : mon émotion est-elle liée à la thérapie ou à l'humeur de la journée ?
- La nature, l'intensité et l'acceptabilité sociale de l'émotion : puis-je accepter cette émotion dans sa nature, son intensité et sa dimension sociale ?
- Les thèmes de résonance : y a-t-il une résonance qui me parle ou me paralyse ?

À cela se rajoute *la question de l'utilité de l'émotion du thérapeute* pour le patient. Ce point qui met en jeu des éléments objectifs et subjectifs est la condition sine qua non de l'utilisation de l'émotion.

- Utilité perçue pour le(s) patient(s) : cette notion renvoie à des multiples questions sur
- la fonction perçue des émotions dans le système ;
- la psychopathologie : en cas de pathologie psychiatrique avérée ou suspectée, l'exposition des patients aux émotions du thérapeute est un sujet plus sensible ;
- mais également sur des croyances et appréhensions plus personnelles sur le contrôle des émotions, la capacité à gérer une émotion exprimée, l'acceptation de l'émotion, etc.

Dans le choix d'utiliser l'émotion de façon immédiate (c'est-à-dire sans interprétation dans le cadre de la thérapie), des éléments objectifs de la thérapie viennent compléter l'analyse du thérapeute :

- Le cadre (ex : co-thérapie) : se prête-t-il à l'expression des émotions (par exemple, le co-thérapeute est-il d'accord ?)
- L'alliance thérapeutique : est-elle suffisante pour envisager d'exprimer une émotion ?
- Le moment de la thérapie : est-ce le bon moment pour partager une émotion ou dois-je attendre un moment que je juge plus opportun ?

Au moment du mode d'utilisation de l'émotion, considérant que la voie « royale » est l'élaboration cognitive qui permet de faire le lien entre émotion et cognition pour les patients, deux questions se posent également au thérapeute :

- A-t-il confiance dans son interprétation ?
- Se sent-il en capacité de formuler son interprétation ?

La réponse à ces questions sera un élément déterminant du mode d'intervention qu'il retiendra (et qui pourra d'ailleurs finalement exclure l'utilisation de son émotion et justifier parfois le recours à une supervision).

Néanmoins, au-delà des ces éléments objectifs, trois des psychothérapeutes reconnaissent le caractère fondamentalement intuitif de leur approche qui ne peut se résumer à une série de questions, mais plus à une connaissance immédiate du comportement qu'il convient d'adopter sans analyse – du moins consciente – de la situation.

Selon la définition du Petit Robert, l'intuition serait « *une forme de connaissance immédiate qui ne recourt pas au raisonnement* ». Nous lui préférons la définition d'un « *chemin court* » du savoir qui ferait l'économie d'un raisonnement conscient mais pas celle de la mémoire de l'expérience.

Bilan sur les axes de travail et de formation pour développer l'utilisation de l'émotion dans le processus thérapeutique

Cette recherche apporte un éclairage sur la gestion des émotions du thérapeute et le questionnement spécifique à son métier. L'émotion n'est pas seulement ressentie et gérée mais peut être utilisée. Les schémas possibles vont de son utilisation directe (via le dévoilement), à sa restitution par la médiation de l'interprétation ou à son exclusion directe ou après analyse.

Quels sont les éléments conduisant le thérapeute à une stratégie de gestion des émotions plutôt qu'à une autre ?

La modélisation du processus de gestion des émotions proposée met en évidence les facteurs aboutissant au choix d'utiliser ou pas l'émotion ressentie et de différencier les facteurs liés à la personne du thérapeute – ses référentiels théoriques, son expérience et ses compétences émotionnelles et les éléments liés à la situation vécue : l'humeur du thérapeute, les émotions ressenties et les résonances évoquées, mais aussi les croyances du thérapeute sur ce qui est

utile pour ses patients, la confiance qu'il a dans les hypothèses qu'il identifie dans le cadre de la thérapie et sa capacité de les élaborer.

Cela met en relief la complexité d'un processus qui est vécu pour sa plus grande part au niveau inconscient et qui peut être mis à jour (ou pas) pendant la supervision.

Quelle est la part du générique et de l'individuel dans le processus de gestion des émotions ?

La recherche ne permet pas de définir le poids relatif des différents éléments dans le processus de gestion des émotions. Sans doute cela est-il variable en fonction des individus. Le poids des compétences émotionnelles nous semble déterminant mais il conviendrait de le vérifier au travers d'une autre recherche.

Quelle place et quel rôle l'émotion occupe-t-elle dans la pratique du thérapeute ?

La place de l'émotion du thérapeute est reconnue par tous les intervenants comme déterminante mais elle est considérée par certains comme un outil parmi d'autres, alors que d'autres la perçoivent comme la matière même du travail du thérapeute. Ces deux points de vue conduisent à des pratiques différentes. Pour reprendre et enrichir l'image choisie par l'un des thérapeutes, la vision d'un « thérapeute soignant » employant l'émotion comme outil de travail, ou celle d'un « thérapeute artisan » modelant l'émotion.

Pour les thérapeutes désireux de développer l'utilisation de leurs émotions dans le cadre de leurs interventions, cette recherche permet de mettre l'accent sur plusieurs axes de travail :

- La disponibilité du thérapeute envers ses clients qui nécessite de savoir faire abstraction, autant que faire se peut, de ses problématiques personnelles, pour être totalement présent pendant la séance ;
- La nécessité de repérer et donner du sens à ses résonances pour en faire des facilitateurs plutôt que des freins de la thérapie ;
- Le développement des compétences émotionnelles : savoir identifier, nommer et dire ses émotions ;
- Le développement des capacités d'élaboration d'hypothèses sur la base du ressenti émotionnel afin de mieux utiliser les émotions et gagner en confiance.

Reste la question de l'intuition et de son rôle dans le processus de gestion des émotions qui peut nous conduire à explorer différentes pistes : Con-

sidérer que les thérapeutes dits « intuitifs » sont les mieux armés pour utiliser l'émotion ? Encourager le recours à l'intuition comme élément de la perception dans la pratique de la thérapie ? Ou bien développer son intuition ?

Descartes lui-même, père du rationalisme, s'est intéressé à cette question dans son ouvrage inachevé « *les règles pour la Direction de l'esprit* » et déclare dans sa XII^e règle : « Il n'y a d'autres voies qui s'offrent aux hommes, pour arriver à une connaissance de la vérité, que l'intuition évidente et la déduction nécessaire ».

Une réflexion qui pourrait ouvrir la voie d'une réconciliation de la Raison et de l'Émotion dans la pratique du thérapeute...

Références

- DESCARTES R. (1628-29) : *Règles pour la Direction de l'Esprit*, Lqf, Paris, 2002.
- DELISLE G. (2001) : Le dialogue herméneutique en psychothérapie. *Actes des journées d'étude de Champ G*, (pp. 7-37). Tourcoing.
- ELKAIM M. (1995) : *Panorama des thérapies familiales*. Éditions du Seuil, Paris.
- FERENCZI S. (1932) : *Registre des péchés de la psychanalyse (Reproches d'une patiente)*, Le coq héron, Paris.
- FEHR B. & RUSSELL J. A. (1984) : Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology* 113(3) : 464-486.
- FREUD S. (1910) : Perspectives d'avenir de la thérapie psychanalytique. In *La technique psychanalytique*. PUF, Paris, 1970.
- FREUD S. (1912) : Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique. *La technique psychanalytique*, pp. 61-71. PUF, 1970, Paris.
- GELLER S. & GREENBERG LM. (2005) : La présence thérapeutique. *Approche centrée sur la personne, Pratique et recherche* 1/2005(1) : 45-66.
- GERGEN K.J. (1994). *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- GLASER B.G. & STRAUSS A. L. (1967) : *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Gruyter, New York.
- GOLDBETER-MERINFELD, E. (1999) : *Le deuil impossible: Familles et tiers paysans*. ESF Éditeur, Paris. Rééd. (2005), De Boeck, Bruxelles.
- HEIMANN P. (1950) : À propos du contre-transfert dans *Le contre-transfert*. Navarrin, Paris, 1987.
- KLEINGINNA P.R. & KLEINGINNA A.M. (1981). A Categorized List of Emotion Definitions with Suggestions for a Consensual Definition, *Motivation and Emotion*, 5, pp. 345-79.

- MAESTRE M. (2002) : Entre résilience et résonance : A l'écoute des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux* 29, De Boeck Université, Bruxelles.
- MUCCHIELLI A. (1996) : *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, Paris.
- PAILLÉ P. (1994) : L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 23 :147-181.
- PAILLE P. & MUCCHIELLI A. (2003) : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, Paris.
- RICE L.N. & GREENBERG L.S. (1984) : *Patterns of Change : Intensive Analysis of Psychotherapy Process*. Guilford, New York.
- ROGERS C. (1959) : A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework In *Psychology : A study of science* : Vol. 3, pp. 184-256. Mc Graw Hill, New York.
- ROGERS C. (1975) : Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5: 2-10.
- ROGERS C. (1959) : A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework. In (ed.) S. KOCH, *Psychology: A Study of a Science. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context*. pp. 184-256 Mc Graw Hill, New York.
- VARELA F. & MATURANA H. (1994) : *L'arbre de la connaissance : racines biologiques de la compréhension humaine*, Addison-Wesley, Paris.
- WILLIAMSON D. (1991) : *The intimacy paradox: Personal authority in the family system*. Guilford, New York.