

Les émotions

Les émotions

EMOI... ET MOI...

Gérard OSTERMANN et Micheline CLAUDON

Les émotions jouent un rôle prépondérant pendant toute notre vie. C'est une constatation et il n'y a aucun doute à ce sujet. Les personnes en général joyeuses,

Dans la vie de tous les jours, nous sommes amenés à changer régulièrement de contexte relationnel, ce qui suppose des capacités d'ajustement. Cette adaptation est directement en lien avec notre vie émotionnelle

détendues, enthousiastes sont déclarées heureuses même si les conditions dans lesquelles elles vivent sont modestes. Dans la vie de tous les jours, nous sommes ame-

nés à changer régulièrement de contexte relationnel, ce qui suppose des capacités d'ajustement. Cette adaptation est directement en lien avec notre vie émotionnelle.

Les compétences émotionnelles désignent la capacité – mise en pratique – à identifier, à comprendre, à exprimer, à accueillir et à utiliser ses émotions et celles d'autrui. Elles jouent un rôle essentiel dans la santé mentale, la santé physique, la performance au travail et les relations sociales. Les émotions signalent qu'il existe un écart entre ce que le sujet perçoit de la relation et la manière dont il voudrait que celle-ci se déroule. Par exemple, l'anxiété qu'il ressent lui signale que la relation à l'autre manque de sécurité et qu'il doit aller chercher dans sa propre expérience les ressources nécessaires pour interagir différemment. Cette compréhension des émotions comme signal d'ajustement de nos relations nous amène à percevoir que toutes les émotions sont bonnes, même si elles sont pénibles.

Dans de nombreux ouvrages traitant des émotions, il est fait référence à des « *émotions négatives* » : l'anxiété, la peur, la tristesse, la colère. Ce qualificatif de « négatif » nous paraît être une erreur anthropo-

ÉMOIS... OU LES CONSTANTES VARIABLES

logique. En effet, il nous empêche de percevoir le sens de chaque émotion comme un appel à une ressource dont le sujet a besoin pour se réinsérer dans un processus évolutif. Toutes les émotions devraient être considérées comme positives, bien que certaines soient désagréables, car elles nous permettent toutes, quand elles sont accueillies, de reprendre contact avec nos histoires ressources. Nous pouvons alors parler de l'existence d'un processus de dissociation-réassociation. L'émotion est un signal qui est donné au corps et au sujet qui est en train de s'éloigner d'une zone de ressources. C'est à partir du moment où l'on s'éloigne de ces zones de vie que l'on ressent l'émotion. Les neurosciences nous démontrent aujourd'hui que l'émotion est là pour nous préparer à l'action et retrouver l'expérience de vie qui est derrière.

Pendant de très nombreuses années, les émotions avaient mauvaise presse, même si les écrits de Sophocle, ou même plus récemment de Shakespeare, faisaient d'elles le guide incontestable de nos vies. Aujourd'hui, les émotions occupent le devant de la scène dans les médias comme dans les publications scientifiques et nous étudions l'influence réciproque de l'émotionnel et du cognitif. Le terme si répandu voire

GÉRARD OSTERMANN

Professeur de thérapeutique, médecine interne, psychothérapeute, praticien EMDR Europe, HTSMA. Administrateur de la Société française d'alcoologie, responsable du Diplôme universitaire de Pathologie de l'oralité, Bordeaux 2.

gerard.ostermann@wanadoo.fr



MICHELINE CLAUDON

Psychologue-addictologue ayant exercé plus de trente ans dans un service de psychiatrie et d'addictologie de l'APHP. Se consacre à ce jour à une activité libérale et de formatrice. Très engagée dans le développement des groupes de parole en alcoologie, en y impliquant des patients en tant que coanimateurs. A développé le concept de patients experts en addictologie pour accompagner les patients, mais également en tant que formateurs et enseignants auprès des étudiants en médecine et des médecins. Administrateur de la Société française d'alcoologie



micheline.claudon@gmail.com

galvaudé de « gestion des émotions » met en évidence cette confusion. En effet, plutôt que la « gestion » qui donne au cognitif une place primordiale, il nous semble plus juste d'apprendre à distinguer parmi les émotions que nous ressentons celles qui nous sont propres de celles que nous avons ressenties dans les premiers échanges avec nos figures d'attachement. Ce ne sont pas les mots qui font la maladie, c'est le poids émotionnel que véhiculent ces mots. Bien sûr, cela passe par des mots, mais ce n'est pas le mot en lui-même, ce n'est pas le concept qui va construire, c'est ce qui l'a cristallisé autour de cela, fait de menace(s) et d'angoisse(s), de déception et d'impuissance. Le mot n'a pas la même connotation affective pour chacun d'entre nous. Par exemple, le mot *vin* n'a pas la même connotation affective pour ceux qui s'amuse à boire un peu de vin de temps en temps en faisant la fête avec des amis, ou pour ceux pour qui le vin représente une tragédie, un problème difficile de leur existence.

LE SOI-DISANT CONTRÔLE DES ÉMOTIONS

« *On ne peut pas mettre le vent en cage* », dit le proverbe. De même, on ne peut totalement contrôler ses émotions. Ce que font nos sociétés à l'heure actuelle autour de l'émotion, c'est essayer de transformer la culture contemporaine des émotions à travers une régulation qui serait une reprise de contrôle. Nos sociétés sont dans la hantise de reprendre le contrôle. Cela s'observe dans les activités physiques, sportives. Nous

sommes dans une société d'ultralibéralisme qui induit une telle frénésie, une telle absorption des individus dans leur vie quotidienne que chacun cherche d'innombrables techniques de contrôle, à savoir le zen, le yoga, le chi kong, le footing, les salles de mise en forme, etc., c'est-à-dire vouloir

L'individu post-moderne n'a qu'une seule peur : ne pas être à la hauteur !

contrôler quelque chose du corps là où notre vie nous échappe radicalement. L'individu post-moderne n'a qu'une seule peur : ne pas être à la hauteur !

Contrôler les émotions, ça veut dire aussi ne pas se mettre en colère, ne pas trop se révolter, être réflexif ; c'est un éloge de la réflexivité. Ainsi une société d'individu est forcément une société hyper réflexive parce que comme on n'a plus d'orientation commune, chacun de nous en tant qu'individu, doit réfléchir sur la bonne attitude à adopter dans telle ou telle situation.

VÉRITÉS ET MENSONGES DES ÉMOTIONS

Une difficulté majeure tient au fait que rien ne nous permet de les distinguer, et que seule l'expression de ces émotions, à travers des situations ressenties comme

douloureuses, permettra de distinguer ce qui appartient en propre à l'individu de ce qu'il a subi ou reproduit de ses premières expériences. Pour illustrer cela, Serge Tisseron (1) utilise une image qui nous montre la complexité de cette distinction : « *Le risque est alors d'obéir à un étranger abusivement installé sous notre toit... au moment où nous croyons justement suivre un penchant personnel.* » Cette formulation nous permet de mieux comprendre les phénomènes de répétition que nous décrivent les patients et qui semblent s'imposer à eux alors qu'ils nous décrivent des aspirations bien différentes de celles qu'ils semblent subir.

Nous comprenons bien que « *L'étranger abusivement installé sous notre toit* » évoque les ressentis émotionnels de l'en-

L'intelligence émotionnelle...

fant qui correspondent à des situations vécues dans l'interaction avec les figures d'attachement, mais qui le plus souvent ne les concernent pas directement. Dès lors, le ressenti de l'enfant est vécu comme une émotion personnelle et s'impose dans la vie de la personne avec toutes les apparences de la légitimité.

Or, nous mesurons combien les émotions qui proviennent de nos expériences

personnelles sont sans cesse remobilisées, réévaluées et relues de manière souple, tandis que celles qui nous sont imposées à notre insu, déterminent des phénomènes de répétition alors qu'elles sont vécues sur un plan personnel.

... un bon usage des émotions

Certaines approches américaines *sociobiologiques* prétendent qu'il y a UNE lecture des émotions que l'on pourrait retrouver partout dans le monde entier. Evidemment c'est faux, ou bien alors il faudrait incroyablement nuancer. Il y a une extrême relativité sociale, culturelle, historique des émotions, liée à la manière dont un enfant grandit et entre dans le système symbolique de son groupe. Il y a autant d'émotions qu'il y a de situations revêtant une signification émotionnelle pour le sujet.

En faisant le détour par les sociétés traditionnelles, des ethnologues n'arrivent même pas à décrire un certain nombre d'émotions rencontrées dans d'autres sociétés humaines. Ce sont des émotions qu'il faut traduire en utilisant alors le langage vernaculaire pour tenter de comprendre leur vécu affectif.

ÉMOTIONS ET SENTIMENTS

« *L'esprit règne, mais ne gouverne pas* », écrivait Paul Valéry. De même, notre raison doit partager le pouvoir avec les

émotions en matière de conduite de nos existences. L'intelligence émotionnelle réside exactement en cela : un bon usage des émotions. Ces dernières sont de très efficaces signaux d'alarme : la colère pour les frustrations, la peur pour les dangers, la tristesse pour les pertes et insatisfactions, l'envie pour les écarts entre nous et les autres, etc., mais une fois ce rôle d'alarme accompli, il ne fait pas si bon les laisser continuer à diriger nos existences. Elles sont, selon la formule, de « bons serviteurs et mauvais maîtres »... Seulement voilà, elles sont un matériau vivant, parfois violent, et *gérer* ses émotions ressemble en général davantage à l'art gratifiant mais risqué de l'équitation qu'à celui plus paisible de la bicyclette.

Les émotions y compris les émotions esthétiques présentent une inscription corporelle. Un ensemble d'états psychiques qualifiés dans le langage commun de « sentiments » appartiennent au monde des émotions, c'est-à-dire des états émotionnels. De même que pour les sensations, la conscience cartésienne et réflexive requalifie les émotions dans l'ordre de la pensée et du langage, ce qui en démultiplie à l'infini les nuances. Qu'en est-il alors des sentiments ? Il s'agit d'états émotionnels éprouvés par l'individu en lien avec ses semblables. Tout en comportant les caractéristiques des états émotionnels, ils incluent un autre être pour objet : « *Rome, l'unique objet de mon ressentiment* », fait

dire Corneille à Camille dans la scène V de l'acte IV d'*Horace*.

A l'instar des émotions, les sentiments présentent des polarités positives comme l'amour, l'amitié, la complicité, l'admiration, l'identification, le don ; ou négatives comme la haine, la rancœur, l'humiliation, la soumission. Le sentiment ne nécessite ni la conscience réflexive ni le langage. C'est le cas de l'attachement des animaux entre eux et de certains animaux avec l'homme. Le sentiment est enrichi par sa combinaison avec la pensée en mots et la conscience réflexive et participe à la notion d'identité. Antonio Damasio démontre dans son expérience sur la similitude de la pensée rétrospective du sentiment et de la conscience en mots du sentiment au moment où il est éprouvé. Ainsi l'a montré Jung : le sentiment est nourri des contenus et de l'énergie de la conscience profonde.

Boris Cyrulnik (2) l'a décrit dans ses travaux sur l'attachement consistant en une pondération affective durablement éprouvée pour un autre être, et incorporant dans la complexité de son lien la mémoire, l'imaginaire, les lois de catégorisation sociale, d'ancrage et de pondération, la cristallisation, la théorie de l'esprit, le désir et le manque. Émergeant de la neurobiologie, ces états deviennent des sentiments

Solitude. © Alain Nahum



quand ils croisent leurs entrées au cœur de la conscience de l'individu.

Dans cette perspective, s'il est probable que les élaborations de l'Human Brain Project parviennent prochainement à faire éprouver des états émotionnels aux robots qu'ils auront créés, y compris des émotions secondaires et des émotions d'arrière-plan, ces états psychiques émanant d'une assise neurobiologique modélisable, il est plus douteux qu'elles parviennent à faire partager des sentiments de complicité ou de réconfort entre les chercheurs en intelligence artificielle et leurs cyborgs.

L'ATTACHEMENT SÉCURÉ, UN PUISSANT RÉGULATEUR ÉMOTIONNEL

Je ressens donc je pense, je pense donc je ressens. La description de John Bowlby (3) des comportements d'attachement est précieuse pour repérer les lignes directrices du développement socio-affectif d'un sujet depuis sa petite enfance et jusqu'à sa mort. Les comportements d'attachement ont comme objectif de maintenir la proximité ou l'accessibilité à une figure parentale, au premier plan maternel, durant le développement précoce. Il y a un lien dialectique entre l'attachement et l'exploration. En effet, pour pouvoir explorer, il faut avoir une base de sécurité, à la fois pour se lancer dans l'exploration et aussi pour savoir que si l'on rencontre quelque chose d'inquiétant, on va pouvoir retourner vers ce que l'on appelle le *havre de sécurité*. Assimiler sécurité à sé-

curité revient à limiter le rôle des parents à offrir un environnement exempt de dangers. Bien sûr cette fonction de protection est tout à fait fondamentale, mais il ne s'agit pas tant de protéger l'enfant des dangers extérieurs à la famille que de lui offrir l'assurance qu'il n'est nullement menacé au sein de celle-ci par l'attitude même de ses parents envers lui. Bowlby établissait déjà un pont entre attachement et vie émotionnelle. Selon lui, « *le maintien d'un lien fait éprouver un ressenti, la rupture fait éprouver un autre ressenti* ».

Blaise Pierrehumbert (4) explique que la théorie de l'attachement porte certes sur les comportements, mais que c'est aussi une théorie de la régulation des émotions, donc une théorie de la désorganisation et de la clinique qui en découle.

Selon Peter Fonagy (5), l'environnement relationnel précoce est crucial non point parce qu'il façonnerait la qualité des relations ultérieures mais parce qu'il sert à équiper l'individu d'un système d'élaboration mentale qui va produire des représentations mentales de soi et de l'autre et des représentations de relations. En réalité, l'effet de l'attachement précoce, c'est l'effet sur les processus mentaux sous-jacents de la personnalité : la capacité à se représenter soi, les autres, la relation soi-autre de façon positive et négative. Pour Fonagy, « *ce qui est perdu dans la perte, ce n'est pas le lien, mais l'occasion de mettre en place un mécanisme de régulation à un niveau*

supérieur : la capacité d'appréciation et de réorganisation des contenus mentaux ».

En partant de la problématique de la régulation émotionnelle, les travaux de Fonagy permettent de faire un lien entre la psychopathologie et le modèle d'attachement. Il fait la jonction entre la préoccupation plus particulièrement appelée *stratégie d'hyperactivation émotionnelle* et les psychopathologies. Le patient devient alors prisonnier de ses émotions et développe alors des pathologies telles que sont la dépression, l'anxiété, le trouble de la personnalité limite.

... un lien entre la psychopathologie et le modèle d'attachement

Nous avons besoin d'un autre pour avoir des émotions, puisque tous les enfants abandonnés ou en isolement sensoriel ont fini par devenir *indifférents affectifs*, et alors notre vie n'a plus de sens, donc être debout ou couché, mort ou vivant, c'est pareil.

Nous ne savons pas qui nous sommes s'il n'y pas un autre, et nous ne pouvons pas éprouver d'émotions s'il n'y a pas un autre ou une autre ; c'est-à-dire que l'au-

tre est en nous, et qu'il/elle va marquer en nous une trace mnésique qui fait que nous allons chercher à créer des événements, tout simplement, pour se sentir vivre.

Pour aider à distinguer ce qui appartient en propre à la personne de ce qui lui a été « transmis », la Thérapie centrée sur les émotions, inspirée en cela par la Gestalt-thérapie, utilise parmi ses approches spécifiques le « dialogue sur les deux chaises » dans l'aide à la résolution des conflits internes, ce qui a fait l'objet de nombreux travaux d'évaluation et de publication, dont nous ne signalerons que celle de Leslie Greenberg et Sandra Paivio, citée dans l'ouvrage de Ueli Kramer et Emna Ragama (6), qui démontre pour la première fois qu'il est plus prometteur de parler « à partir » de l'émotion, que « au sujet » de l'émotion comme peuvent le faire les thérapies centrées sur la psychoéducation.

Ce « dialogue sur les deux chaises » nous permet aussi de mesurer la nécessité d'obtenir une validation externe de nos ressentis émotionnels correspondant au besoin d'avoir installé une validation interne, sécurisante, de nos ressentis émotionnels.

Nous avons fait le choix de décrire quelques points de la Thérapie centrée sur les émotions qui illustrent l'intérêt d'une analyse rigoureuse et précise du processus de changement qui caractérise cette approche thérapeutique. Cette observation

Les

se fait notamment grâce aux enregistrements des interactions entre le thérapeute et le patient, permettant de se focaliser sur la compréhension des mécanismes de changement moment après moment qui sont en jeu dans le travail psychothérapeutique.

Cette approche nous invite aussi à une réflexion sur l'engagement du thérapeute dans l'écoute de son propre vécu émotionnel, l'observation rigoureuse de l'impact de ses interventions dans le processus de changement, ainsi que l'analyse de ce qui fonde « l'alliance thérapeutique » (7). Une difficulté supplémentaire tient au fait que les patients refusent d'accorder du crédit,

*... il s'agit là
d'analyser
la dynamique
de l'échange...*

ou minimisent l'impact d'un ressenti au regard d'une « norme » qui imposerait un seuil de gravité. Ceci peut constituer un frein au travail sur les émotions. C'est donc pour cette raison que nous insisterons sur l'importance et les spécificités de « l'ajustement empathique » dans la Thérapie centrée sur les émotions. Il nous permet non seulement d'étudier minute après minute l'impact des échanges entre le théra-

peute et le patient, mais insiste aussi sur l'importance du ressenti ici et maintenant en s'allégeant de tout ce qui pourrait freiner l'expression de ce ressenti, et notamment la mise en perspective de ses propres souffrances, de son propre ressenti avec ce qui a été jugé ou évalué comme « toujours plus grave » par l'extérieur.

THÉRAPIE CENTRÉE SUR LES ÉMOTIONS (TCE)

La psychothérapie centrée sur les émotions est une thérapie intégrative, ce qui permet à tout thérapeute quelle que soit sa formation initiale de l'expérimenter, et au patient d'aborder cette approche en faisant fructifier les expériences thérapeutiques précédentes voire simultanées. La caractéristique essentielle de cette thérapie est l'aspect expérientiel et l'observation du processus en mouvement. L'origine de cette approche se retrouve dans les thérapies humanistes, qui ont été les premières à avoir proposé d'étudier le processus thérapeutique en détail (Rogers) (8), ce qui révèle l'étendue des freins et des obstacles pour analyser les processus en œuvre. En effet, nombre de travaux se sont centrés sur les « preuves » de l'efficacité de telle ou telle thérapie plutôt que sur les mécanismes de changement. Parmi ces freins, le recours à l'enregistrement des interactions entre le thérapeute et le patient nous semble être un élément central au sujet duquel chaque thérapeute est invité à s'interroger sur son niveau d'acceptation de l'observation de l'impact de ses interventions.



L'une des difficultés de cette approche tient au fait que l'empathie tient une place centrale comme dans toutes les approches thérapeutiques, mais qu'elle fait ici l'objet d'une analyse et d'un apprentissage rigoureux, ce qui au premier regard peut sembler comme un paradoxe. Il s'agit plutôt, comme cela pourrait être le cas dans l'apprentissage d'une langue étrangère, d'avoir bien intégré des notions fondamentales, pour ensuite pouvoir s'en détacher. Toutefois, cet « apprentissage » contrairement à celui d'une langue ne passe pas uniquement par les sphères cognitives mais aussi et surtout par un vécu expérientiel de ses propres lieux de fragilité émotionnelle.

Pour bien comprendre l'intérêt et l'impact de cette observation rigoureuse, nous avons fait le choix de revenir aux sources de cette approche en citant les questions

que Leslie Greenberg, citée par Ueli Kramer et Emna Ragama (6), proposait comme grille d'observation de l'interaction thérapeutique.

Avant de présenter le contenu même des questions, nous soulignons le terme de **thérapeute chercheur** qui en lui-même peut être objet de réflexion. En effet, nous mesurons chaque jour combien il est difficile de trouver des résultats concordants sur telle ou telle approche thérapeutique, tant elle est dépendante de l'impact du thérapeute. C'est bien en cela que cette approche est à la fois originale par l'analyse du processus et par le souci de définir des impacts susceptibles d'être objet de recherche.

Dormeur. © Alain Nahum

Ainsi le thérapeute chercheur en observant un enregistrement peut se poser les questions suivantes :

- quels sont les indices concrets que quelque chose est « en mouvement » chez le patient à ce moment-là de l'interaction ?
- quelles sont les interventions du thérapeute qui facilitent cette activation ?
- quelles sont les intentions et stratégies du thérapeute à ce moment-là ?
- quel est l'effet chez le patient de l'intervention du thérapeute ?

Chacun de ces points pourrait faire l'objet d'une description détaillée mais ils ne sont cités que pour illustrer précisément les points d'observation qui peuvent être objets de recherche. La lecture de ces points illustre ce que recouvre le terme de processus.

En effet, il s'agit là d'analyser la dynamique de l'échange et ce à travers des termes tels que « en mouvement », « activation », « stratégies », « intervention ». Pour plus de précisions, nous vous invitons à vous référer à l'ouvrage cité.

Outre l'observation des interactions, cette approche invite le thérapeute à focaliser son attention sur des points tels que la qualité vocale du patient au cours de l'expérience émotionnelle qu'il traverse pendant la séance.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons fait le choix de décrire plus précisément les spécificités de l'al-

liance thérapeutique (7) dans la Thérapie centrée sur les émotions. Ce point nous a semblé fondamental car cette notion « d'alliance thérapeutique » est souvent considérée à partir d'éléments subjectifs, provenant exclusivement du thérapeute.

Dans cette approche, le thérapeute va faire en sorte de favoriser des attachements au sein de l'espace thérapeutique, et pour ce faire prendra soin de vérifier auprès du patient que cet espace est suffisamment sécurisant pour permettre à cette dynamique de s'amorcer. Les travaux d'observation et de recherche menés par les précurseurs de cette approche ont montré que cette proximité (au sens figuré du terme) est fondamentale pour engager la dynamique de la transformation émotionnelle.

Pour la formation du futur thérapeute centré sur les émotions, cela implique un travail expérientiel de profondeur sur ses propres blessures d'attachement, travail qui sera initié dès les premiers temps de la formation et se poursuivra à travers les séances de supervision. Il s'agit donc pour le futur thérapeute d'expérimenter son propre ressenti et d'en mesurer l'impact sur le processus dans le ici et maintenant afin d'être capable d'offrir ultérieurement cet espace d'attachement sécurisant.

Il s'agit ainsi pour le thérapeute d'identifier les émotions privilégiées dans sa vie personnelle et de rechercher ce dont il aura besoin pour pouvoir accueillir la plus grande panoplie émotionnelle existante.

Dans la TCE, le climat émotionnel empathique implique un thérapeute qui sait se connecter à l'expérience émotionnelle du patient moment-après-moment. Ces ajustements empathiques peuvent se résumer par un « faire comme si » analogue à ce que propose Rogers. Toutefois, ce « faire comme si » nécessite une connaissance et une observation minutieuse des processus en jeu dans cette interaction. C'est pour cela que certaines sessions de formation sont dédiées à l'ajustement empathique qui dans cette approche recouvre certaines spécificités que nous allons illustrer.

*... l'empathie
est déterminante
pour installer
la sécurité
permettant d'écouter
et d'exprimer son
ressenti...*

Le thérapeute « fait comme si » il entrait dans l'expérience émotionnelle du patient sur le moment, il parle à sa place, met l'emphase sur l'émotion et la rend ainsi la plus poignante possible. Cette posture peut parfois être déroutante pour le thérapeute qui « n'ose pas » majorer le res-

senti douloureux du patient et s'autorisera d'autant plus à le pratiquer qu'il aura lui-même expérimenté à partir de son propre vécu émotionnel l'impact de cette approche. L'empathie du thérapeute exprimée à travers cette posture peut contribuer directement à la régulation émotionnelle chez le patient en accédant aux ressources enfouies du patient. L'attitude empathique du thérapeute peut se traduire par sa position sur la chaise et même par une larme. L'empathie peut se traduire aussi par une intonation de la voix et une rapidité du discours similaire au client en évitant d'interrompre le patient.

Cette approche très spécifique doit faire l'objet d'exercices au cours desquels le futur thérapeute prend conscience des particularités de cet ajustement empathique auxquelles il ne prêtait pas obligatoirement son attention et qui seront déterminantes pour la transformation émotionnelle. Si l'empathie occupe tant de place dans cette approche c'est qu'elle est déterminante pour installer chez le patient la sécurité lui permettant d'écouter et d'exprimer son ressenti émotionnel.

Deux principes ont été identifiés pour définir l'empathie. Cet ajustement nécessite en amont une acceptation de la part du thérapeute d'être « caisse de résonance » pour observer l'évolution de l'expérience du patient en utilisant son compas émotionnel orienté vers la douleur psycholo-

gique profonde du patient. A ce niveau nous soulignons avec Kramer et Magama un point qui peut sembler déroutant, à savoir qu'« *entre le contenu de ce que dit le patient et la manière de le dire, la dernière prime toujours sur le premier dans l'écoute attentive du patient* ». De même, le fait que le thérapeute fasse part au patient de son ressenti lorsqu'il se sent mal ajusté au patient montre combien à ce moment il est en lien avec lui malgré le contenu de ce qui est vécu et décrit.

Dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique, la question pour le soignant est celle de la juste place. Se tenir à *la bonne distance*, à côté de... pour permettre au patient de s'inscrire dans un travail de soin et ainsi lui permettre de redevenir acteur de sa propre existence. La compréhension du comportement d'autrui passe-t-elle par le reflet de ce comportement dans l'activité cérébrale de l'observateur ? Et comment l'individu distingue-t-il alors son comportement du reflet de celui d'autrui ? Comment expliquer la différence subjective, évidente pour la plupart d'entre nous, entre j'agis et il agit ?

La prise de conscience de ce qui se joue dans la relation thérapeute, en présence de cet autre, le patient, est indispensable pour ainsi parvenir à éviter le piège d'un éventuel engrenage que sont l'illusion du savoir et la toute-puissance du praticien. Il est primordial pour le thérapeute de pouvoir échanger autour de ces enjeux rela-

tionnels dans le cadre d'un travail de supervision lui permettant ainsi de réajuster sa position et son éclairage.

Il nous a semblé intéressant de présenter les cinq formes d'empathie, correspondant à des techniques relationnelles différentes, à travers le prisme de l'interprétation (ou non) du thérapeute.

Compréhension : elle se centre sur les éléments exprimés sur le moment sans interprétation du thérapeute.

Evocation : le thérapeute active l'expérience du patient ici et maintenant en lui suggérant des images ou des mots suffisamment expressifs pour rendre l'expérience émotionnelle plus intense. Il n'y a pas à proprement parler d'ajout d'information et la formulation sera suffisamment ouverte pour que le patient se sente libre d'adhérer ou pas à cette évocation : « *C'est un peu comme si vous aviez senti...* »

Exploration : comme dans les approches précédentes, le thérapeute utilise toujours le cadre de référence du patient, mais ici il va l'inciter à construire de nouvelles significations à partir de son expérience. Les questions peuvent être ouvertes et plus directes ou permettre au patient de se focaliser sur les aspects les moins clairs de ce qui est rapporté dans le récit.

Conjecture (ou supposition) : dans cette forme d'empathie, le thérapeute utilise sa propre expérience pour permettre au patient d'éclaircir un aspect de son expérience. Le fait que cette supposition empathique provienne de l'expérience du

thérapeute va au niveau formel être fréquemment précédé d'une formule telle que « j'imagine ».

Une patiente évoque le fait que, petite fille, elle est revenue à la maison avec une très bonne note et qu'elle anticipait avec joie la réaction de ses parents. En arrivant à la maison, ses parents, occupés par un autre membre de la fratrie, lui demandent d'aller vite dans sa chambre et de surtout ne pas faire trop de bruit...

Une conjecture possible dans ce cas pourrait être : « *J'imagine qu'à ce moment vous vous êtes sentie tellement triste...* »

Interprétation : ici l'interprétation vient du cadre de référence du thérapeute et servira à relier les différentes expériences du patient. Le moment de cette intervention sera choisi avec soin car cette interprétation pourra donner lieu à une nouvelle expérience émotionnelle chez le patient.

Les bases neurophysiologiques de l'empathie, notamment par la découverte des neurones miroirs, permet de souligner l'importance du « comme si » dans les actions thérapeutiques empathiques et permettent aussi de comprendre le soubassement neurophysiologique de la larme du thérapeute face à un patient qui le touche. Il est important de souligner que l'empathie du thérapeute contribue chez le patient à l'éveil de sa curiosité pour sa vie interne.

Ainsi nous avons pu mettre en lumière les éléments qui colorent l'attitude du thérapeute, de manière à établir les fon-

dements nécessaires à la création de l'alliance thérapeutique. Cependant, cet éclairage nous permet de faire un lien extrêmement indispensable tant dans la relation patient/thérapeute qu'au cœur de chacune de nos relations personnelles, sociales et professionnelles. Bien entendu,

... le thérapeute a besoin d'être conscient face à son propre modèle d'attachement...

la question de l'attachement a sa place au cœur de l'alliance thérapeutique puisque cela permet de pouvoir créer une ambiance confiante et respectueuse favorisant un véritable travail dans l'espace thérapeutique dans lequel le soignant pourra s'impliquer, se tenir à côté, et de pouvoir ainsi confronter le patient à ses émotions dans un cadre sécurisé en y ajoutant la contenance nécessaire afin de permettre la libération de la parole dans le respect de chacun.

Différentes études ces dernières années nous ont permis de faire le lien entre le concept d'attachement et les émotions. Le processus par lequel s'établit l'alliance est

Les

semblable à celui par lequel un enfant développe un attachement avec sa mère. Le lien d'attachement entre le patient et son thérapeute est la pierre angulaire de l'alliance thérapeutique.

Les études de Mary Dozier (9) permettent de comprendre l'ambivalence du lien d'attachement lorsque le patient est face à un thérapeute *insécure* puisque celui-ci renforce les schémas anxigènes chez le patient. Le lien d'attachement devient alors un enjeu insécurisant et non contenant pour l'individu cristallisant ainsi l'avancée du travail psychothérapique.

En effet cela le renvoie à ses propres failles, souffrances et difficultés relationnelles. Il convient alors de se questionner quant à la responsabilité que nous avons en tant que professionnels de santé sur l'évolution clinique et thérapeutique de chaque individu dont nous avons la charge. Le patient débute sa thérapie avec une faible conscience de ses sentiments et la signification de ce qui peut créer une entrave au sein de ses relations interpersonnelles.

C'est pourquoi le thérapeute a besoin d'être conscient face à son propre modèle d'attachement, de comprendre l'enjeu du contre-transfert pour que l'individu puisse co-construire une relation *réparatrice* avec l'aide de son thérapeute et ainsi trouver par lui-même des mécanismes afin de réguler ses émotions. L'intelligence cognitive ne serait qu'une facette de notre intelligence globale. Être émotionnellement intelligent,

c'est savoir identifier ses émotions et celles d'autrui et les réguler. Cette aptitude a un impact positif majeur sur la santé mentale et physique, la réussite professionnelle et les relations sociales.

L'émotion s'exprime donc avant tout par et à travers le corps, son origine se trouve dans le corps, elle s'inscrit ensuite au niveau de nos pensées et de notre psychisme. Les stratégies de régulation émotionnelle vont donc utiliser principalement les ressentis corporels comme levier pour favoriser l'autonomie relationnelle. Dans toute thérapie, la relation à l'autre, la relation au monde et la relation à soi, sont les trois dimensions qui permettent de rendre compte de l'expérience du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tisseron S., *Vérités et mensonges de nos émotions*, Le Livre de poche, 2014.
2. Cyrulnik B., *Les nourritures affectives*, Odile Jacob, 1993.
3. Bowlby J., *A secure base. Clinical applications of the attachment theory*, Routledge, Londres, 1988.
4. Fonagy P., *La compréhension des états psychiques. L'interaction mère enfant et le développement du self*, Cahiers psychiatriques, Genève, 1999, 26, pp. 37-50.
5. Pierrehumbert B., *Le premier lien. Théorie de l'attachement*, Odile Jacob, 2003.
6. Kramer U., Ragama E., *La psychothérapie centrée sur les émotions*, Elsevier Masson, 2015.
7. Ostermann G., *Vers une alliance thérapeutique : Diabète et obésité*, décembre 2017, vol. 12, n° 113.
8. Rogers C.R., *The necessary and sufficient conditions of therapeutic change*, Journal of Consulting Psychology, 21, pp. 95-103.
9. Dozier M., Stoval K.C., Albus K.E., Bates B., *Child development*, 72 (5), pp. 1467-1477, 2001.

8^o Journées Hypnotiques de Biarritz Les 20, 21 et 22 septembre 2019

Me Elisabeth BARBIER (Paris)

Dr Jean Marc BENHAIEM (Paris)

Pr Pierre CASTELNAU (Tours)

Me Pascale CHAMI (Paris)

Me Sophie COHEN (Paris)

Dr Yves DOUTRELUGNE (Tournai Belgique)

Dr Jean-Claude ESPINOSA (Biarritz)

Mr Yves HALFON (Rouen)

Dr Frédérique HONORE (Biarritz)

Me Isabelle IGNACE (Rouen)

Dr Dominique MEGGLE (Ollioules)

Dr Sylvain POURCHET (Paris)

Dr Daniel QUIN (Strasbourg)

Mr Thibault SARTINI (Biarritz)

Dr Alain VALLEE (Nantes)

HYPNOSIUM

INSTITUT MILTON H. ERICKSON BIARRITZ

tel : 06.26.39.00.35 - www.hypnosium.com - hypnosium@sfr.fr

