

Serveur Académique Lausannois SERVAL serval.unil.ch

Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

Title: De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie

Authors: Kramer U

Journal: Pratiques Psychologiques

Issue: 17

Volume: 1

Pages: 93-102

DOI: [10.1016/j.prps.2009.10.003](https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.10.003)

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

RUNNING HEAD : APPROFONDISSEMENT DE L' AFFECT EN PSYCHOTHERAPIE

In press Pratiques Psychologiques

De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie

On the importance of deepening of affect in psychotherapy

Ueli Kramer¹

¹ Dr en psychologie clinique, psychothérapeute FSP. Institut Universitaire de Psychothérapie
du Département de Psychiatrie-CHUV, Université de Lausanne, Cèdres-Cery, CH-1008

Prilly-Lausanne, Suisse. Tél. ++41-21-643 64 62 ; Fax : ++41-21-643 65 93 ; courriel :

Ueli.Kramer@chuv.ch

Note d'auteur : Nous remercions les formations chez les Prof. Rainer Sachse et Leslie S.
Greenberg qui ont inspiré la rédaction de cet article.

RUNNING HEAD : APPROFONDISSEMENT DE L' AFFECT EN PSYCHOTHERAPIE

In press Pratiques Psychologiques

De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie

On the importance of deepening of affect in psychotherapy

Ueli Kramer

Abstract

L'approfondissement de l'affect en psychothérapie est un processus qui permet au patient d'accéder plus amplement à son expérience affective en lien avec sa problématique et lui permet de mieux comprendre cette expérience, afin de l'intégrer dans une nouvelle compréhension de soi-même, de ses déterminants internes et ses réactions dans des situations délicates. Quatre modèles cliniques abordent cette question en proposant des techniques différentes servant à l'approfondissement de l'affect en séance : la psychothérapie psychodynamique brève, l'hypnose clinique, la thérapie centrée sur l'émotion et la psychothérapie centrée sur la clarification comme développement du focusing. Il apparaît que, malgré des orientations théoriques diverses, on peut retrouver des parallèles à travers ces approches. Nous résumerons les résultats de recherche soutenant l'hypothèse que l'approfondissement de l'affect est un processus thérapeutique efficace à travers différentes formes de psychothérapies de type exploratoires.

Mots-clés : Affect, émotion, psychothérapie exploratoire, approfondissement

Abstract

Deepening of affect in psychotherapy is a process that allows the patient to access more fully his/her affective experience linked to the problems. This process allows him/her to better understand this experience, aiming at a new understanding of him-/herself, the internal determinants of the problem and his/her reactions to difficult situations. Four clinical models treat this question by proposing different techniques aiming at deepening of affect in session: brief psychodynamic psychotherapy, clinical hypnosis, emotion-focused therapy, clarification-oriented psychotherapy as development of focusing. It appears that, despite diverse theoretical approaches, there exists several parallels throughout these approaches. We will summarize the research results supporting the hypothesis of affect deepening as a efficacious therapeutic process in different forms of exploratory psychotherapy.

Key-Words: Affect, Emotion, Exploratory Psychotherapy, Deepening

De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie

On the importance of deepening of affect in psychotherapy

Introduction

L'approfondissement de l'affect est un processus thérapeutique ayant lieu chez le patient, auquel contribuent à la fois le patient et le thérapeute, qui se centre sur le vécu affectif du patient dans une situation précise, ainsi que sur la signification individuelle de ce vécu, dans le but d'une intensification de cet affect accompagnant une compréhension idiosyncratique et d'intégration progressive avec d'autres éléments affectifs et cognitifs. Cette définition a plusieurs implications : (1) clinique : elle implique que des thérapeutes doivent disposer d'un modèle spécifique qui se centre explicitement sur la facilitation, chez leurs patients, de ce type de processus ; (2) théorique : ces processus se produisent avant tout dans les psychothérapies de type exploratoires (Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy, & Stiles, 1992) ; (3) empirique : une telle définition doit tenir compte des contributions du patient et du thérapeute, et de leurs influences réciproques, dans l'étude empirique de ce processus. De ce fait, cette définition ne se réfère pas uniquement à l'actualisation ou l'activation de contenus affectifs spécifiques de manière unilatérale (Philippot, 2007 ; Zorn, Roder, Kramer, & Pomini, 2007), mais adopte une perspective interactionnelle et décrit la poursuite thérapeutique, pas à pas, de « traces affectives chaudes » (Sachse, 2003) et représente donc une opérationnalisation du concept de « responsiveness » (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998) c-à-d. l'adéquation de l'intervention thérapeutique aux caractéristiques du patient dans le processus.

Nous émettons l'hypothèse que pour plusieurs modèles thérapeutiques, l'approfondissement de l'affect est un processus de première importance, notamment dans la

psychothérapie psychodynamique brève (Davanloo, 1980), dans l'hypnose clinique (Revenstorf, 2000), dans la thérapie centrée sur l'émotion (Greenberg, 2002), dans la psychothérapie centrée sur la clarification (Sachse, 2003) et dans le focusing (Sachse et al., 1992). Tous ces modèles visent, chez le patient, une compréhension idiosyncratique de son propre fonctionnement et peuvent être classés parmi les psychothérapies exploratoires (Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy, & Stiles, 1992). Afin de simplifier notre propos, nous allons nous concentrer sur le setting psychothérapeutique individuel en face à face, même si cette même question pourrait également être abordée dans le contexte des traitements de groupe, des psychanalyses sur le divan et en lien avec le contexte institutionnel respectif. Ces derniers éléments dépasserait l'objectif de cet article. Dans la deuxième partie de cet article, nous nous interrogeons sur le fait que les recherches actuelles en psychothérapie ont contribué à la question, en discutant des résultats des études de processus et de processus en lien avec le résultat thérapeutique.

Approfondissement de l'affect dans la psychothérapie psychodynamique brève

Selon Davanloo (1980) et la psychothérapie psychodynamique brève (Kässler, 2000), l'approfondissement de l'affect se passe à travers la névrose de transfert que le thérapeute suscite par différents éléments relationnels : actualisation d'une « alliance thérapeutique inconsciente » par le thérapeute qui s'occupe très intensément du problème du patient, mobilisation forte des mécanismes de défense qui se sont érigés contre l'affect (soit l'angoisse, soit tout autre affect). Ces éléments de la conflictualité interne sont actualisés dans la relation thérapeutique, phase après phase, dans cet ordre : (1) affects en séance, (2) défenses érigées contre ces affects et (3) confrontation (« Head on Collision ») de la résistance en soulignant les éléments réels en termes de motifs de traitement. La colère et l'agressivité suscitées par ce procédé sont encouragées et dirigées (si nécessaire par le thérapeute) sur la personne du thérapeute, sous forme d'une imagerie proposée d'un thérapeute tué par le

patient, ce qui actualise chez ce dernier des émotions complexes, comme la douleur et la culpabilité, impliquant des émotions positives (ex. amour, empathie envers le thérapeute) qui deviennent par la suite la base de la collaboration. Celle-ci se poursuit et se termine par une réflexion cognitive sur les processus affectifs vécus en séance, en établissant des liens avec des situations concrètes du patient, visant l'intégration de ces éléments affectifs.

En conclusion, en psychothérapie psychodynamique brève, l'actualisation de l'affect se passe directement à travers la relation transférentielle et est approfondie par cette dernière.

Approfondissement de l'affect dans l'hypnose clinique

Selon Revenstorf (2000) et Revenstorf et Peter (2005), l'expérience cathartique en hypnose, notamment ericksonienne, est utile au changement thérapeutique. Une telle expérience peut être induite par la régression hypnotique. La profondeur de la transe peut ainsi être associée à la profondeur de l'affect ressenti associé à l'expérience douloureuse. Toutefois, une profondeur minimale à moyenne est préférée pour que le travail d'intégration des expériences douloureuses puisse se faire (Gerl, 2005). Un exemple clinique de l'importance de l'affect dans ce travail est donné par Revenstorf (2000 ; p. 205) que nous allons reprendre ici de manière synthétique, afin de montrer – représentativement aussi pour les autres approches - comment l'approfondissement de l'affect est un processus idiosyncratique, co-construit entre le patient et le thérapeute. Une patiente de 23 ans qui a retrouvé à l'âge de sept ans sa mère morte, après son suicide, peut s'en souvenir très bien, mais n'en a jamais pleuré. La douleur a été trop importante pour cet enfant et a été très bien contenue. La patiente présente une irritabilité dans des situations dans lesquelles elle se trouve en présence du père et plusieurs tics. Dans une induction hypnotique, elle a été amenée à visualiser la scène et le thérapeute lui a suggéré d'une part que le corps de la mère se trouve devant elle et d'autre part qu'un ange se trouve à côté d'elle qui lui dit de manière rassurante :

« Je sais que tu as la force de comprendre que ceci est le bon chemin pour moi ! » C'est à ce moment-là que la patiente a commencé à pleurer pour la première fois sur cet événement pendant une dizaine de minutes. Dans le contexte validant de la relation thérapeutique, la patiente a pu accepter la douleur et entamer un travail de deuil de la perte de la mère. La thérapie s'est terminée peu après, les symptômes de la patiente ayant diminués.

En conclusion, dans l'hypnose ericksonienne, l'approfondissement de l'affect se réalise en utilisant des canaux de communication pré-consciente, à l'intérieur de la régression hypnotique même et par son biais.

Approfondissement de l'affect dans la psychothérapie centrée sur l'émotion

Un principe de la thérapie centrée sur l'émotion, par ailleurs également utilisable par son caractère structuré à la situation de conseils (Greenberg, 2002), est que le client doit arriver dans l'émotion, l'accepter complètement, avant de pouvoir s'en séparer. Après une phase de préparation en termes de la relation thérapeutique, le client doit accéder aux émotions problématiques de sa vie, en détournant des blocages d'accès aux émotions. Afin de rendre ces blocages conscients et plus souples, notamment la technique gestaltiste du dialogue sur deux chaises peut être employée. L'approfondissement de l'affect selon le modèle de Greenberg représente l'accès du patient au vécu des émotions primaires adaptatives, après avoir identifié et travaillé les émotions secondaires (apparues de manière secondaire, désignant un processus au sujet du processus des émotions primaires) et instrumentales (apparues comme ayant une fonction instrumentale, par exemple de contrôler la réaction du partenaire intime). Ces émotions primaires adaptatives sont proches des besoins de base et, du moins au début du processus, non-conscientes au patient. Par exemple, en acceptant l'émotion primaire de la tristesse en lien avec la perte d'un proche, un patient peut ressentir le besoin que l'autre s'occupe de lui et qu'il ait le temps de faire le deuil (Greenberg, & Watson, 2006).

Si l'émotion primaire n'est pas adaptative, le thérapeute et le patient doivent trouver une émotion alternative, par exemple une réactionnelle émotionnelle positive à la situation problématique. A la fin du processus, le thérapeute propose une réflexion au sujet de l'intégration de ces nouveaux éléments, ainsi qu'une validation de ces nouvelles émotions et encourage l'intégration dans un nouveau sentiment du soi.

En conclusion, en thérapie centrée sur l'émotion, l'approfondissement de l'affect est un élément de la technique thérapeutique qui peut se réaliser sur la base d'une alliance thérapeutique solide.

Approfondissement de l'affect dans la psychothérapie centrée sur la clarification et dans le focusing

Sachse (2003), en se référant à Greenberg et al. (1993), postule la présence de déterminants internes, comme les schèmes affectifs et cognitifs, qui orientent le vécu affectif, cognitif et comportemental de la personne. Ces éléments ne sont pas représentés dans un code cognitivo-verbal et donc pas accessibles au patient. La clarification vise la représentation, chez le patient, de ces schèmes de manière idiosyncratique et valide. Très souvent, des éléments cognitifs et affectifs sont entremêlés dans ces structures. Pour ces situations, l'approfondissement de l'affect en tant que moyen de clarification de ces schèmes doit passer par sept stades d'approfondissement, parcourus de manière systématique, pas à pas, par le patient à l'aide du thérapeute. Ces stades ou niveaux d'approfondissement du travail processuel sur les contenus affectifs sont : (1) Aucun travail d'approfondissement ; (2) Intellectualisation ; (3) Description d'une situation ; (4) Jugement externalisé de la situation ; (5) Jugement internalisé et signification personnelle ; (6) Représentation ; (7) Intégration (pour des descriptions plus détaillées de ce processus, voir sous Kramer et al., 2009). Le modèle postule que ce parcours de travail d'approfondissement des contenus affectifs est le

prérequis pour un travail thérapeutique de changement des déterminants internes. Le principe est qu'il faut d'abord bien comprendre ce qui influence les perceptions, intentions, comportements et tendances à l'action de l'individu, avant de pouvoir les changer. La représentation des schèmes est souvent résumée sous forme d'une phrase prototypique, comme « Je suis nul-le », suscitant en l'évoquant les affects associés de manière automatique. Afin de changer ce type de schèmes, des techniques cognitives peuvent être utilisées, mais aussi des techniques affectives dérivées de la thérapie Gestalt (voir la technique de la chaise vide chez Greenberg et al., 1993) : Un jeu de rôle avec une seule personne est proposé (Sachse, Püschel, Fasbender, & Breil, 2008) dans lequel le patient est le client sur une des deux chaises (formulant ses convictions), ainsi que le patient-thérapeute (le patient dans le rôle de son propre thérapeute qui devrait proposer de l'aide au premier) se trouve sur l'autre chaise, où un dialogue est engagé, sous la supervision du psychothérapeute-superviseur. Aussi ici, l'évocation d'affect, pas à pas, est un moyen thérapeutique de l'approfondissement progressif de l'affect, visant l'adoucissement des schèmes initiaux du patient et l'intégration dans d'autres structures de l'expérience du sujet.

Si les déterminants internes sont purement de type affectif (sans composante cognitive de représentation très claire), une procédure spécifique focalisant sur les ressentis au sein du corps est à privilégier : le focusing. Dans le focusing (Gendlin, 1978 ; Sachse et al., 1992), des ressentis corporels (« felt senses », par exemple sous forme d'une lourdeur pesant sur la poitrine, sans que le patient ne sache la rattacher à sa problématique) sont focalisés par le thérapeute, dans le but d'y associer une signification idiosyncratique. Une fois une signification trouvée par le patient (par exemple la lourdeur sur la poitrine ; Sachse et al., 1992), une soi-disant « felt shift » devrait se produire, la sensation initiale change, par exemple vers un sentiment de soulagement.

Pour certains patients pourtant, il faut noter que le blocage de ces contenus affectifs est si important que l'approfondissement de l'affect n'est pas praticable ; le modèle de la clarification parle d'évitement processuel (Sachse, 2003). Pour ces situations cliniques, par exemple face à des patients avec troubles somatoformes (Sachse, & Atrops, 1991), des techniques spécifiques sont prévues. Par ailleurs, il existe d'autres patients qui évitent le travail sur le contenu affectif en tentant de faire engager le thérapeute dans un soi-disant « jeu interactionnel » (Kramer et al., 2009; Sachse, 2003). Ce type d'évitement du travail thérapeutique est surtout pratiqué par des patients souffrant de troubles de la personnalité. Dans ces cas, bien sûr, le thérapeute doit focaliser sur ces éléments interpersonnels en les clarifiant, avant d'approfondir les déterminants internes.

En conclusion, en thérapie centrée sur la clarification comme développement du focusing, l'approfondissement de l'affect est un processus très structuré, ayant lieu sur la base d'une relation thérapeutique solide (cf. la thérapie centrée sur l'émotion), mais propose également des procédures thérapeutiques spécifiques en cas de patients difficiles, chez qui les capacités d'approfondissement de l'affect sont altérées.

L'importance de l'approfondissement de l'affect

Plusieurs études ont démontré qu'un approfondissement progressif de l'affect, par exemple en utilisant l'un ou l'autre des modèles présentés ci-dessus, prédit le résultat thérapeutique. Ces recherches suggèrent que l'approfondissement de l'affect doit être considéré en tant que mécanisme du changement thérapeutique dans ces psychothérapies.

Pos, Greenberg, Goldman et Korman (2003) ont montré que l'approfondissement de l'affect dans la deuxième partie de la thérapie prédit le résultat thérapeutique, tout comme le niveau d' « experiencing » qui est en lien avec le changement thérapeutique dans différentes formes de thérapies (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996 ; Silberschatz,

Fretter, & Curtis, 1986). Le niveau d'experiencing dans la deuxième partie de la psychothérapie serait à comprendre en tant que variable médiatrice entre la capacité initiale du patient à ressentir les affects en séance et le résultat thérapeutique (Greenberg, & Watson, 2006). En comparant au pourcentage d'explication de la variance du résultat thérapeutique par les variables indépendantes, l'approfondissement de l'affect ajoute entre 8 et 16% de la variance expliquée par l'alliance thérapeutique, facteur souvent cité dans les recherches en psychothérapie, et plus spécifiquement portant sur les approches présentées dans cet article. Un résultat similaire, soulignant l'importance de l'approfondissement de l'affect dans la deuxième partie de la psychothérapie, a été montré par Pos et al. (2003). Plus spécifiquement, en plus de l'alliance thérapeutique et l'actualisation de l'émotion en séance, l'approfondissement de l'affect en séance ajoute 21% de la variance expliquée du résultat thérapeutique. Par ailleurs, dans une étude sur des patients présentant un deuil compliqué, Piper, Ogrodnickzuk, McCallum, Joyce et Rosie (2003) ont montré que l'expression nuancée de l'affect dans une psychothérapie de groupe fonctionne en tant que variable médiatrice entre la qualité des représentations des relations et le résultat thérapeutique.

Ces recherches mettent en évidence un lien générique, par exemple sous forme d'une corrélation, voir d'un modèle complet de médiation statistique, entre l'approfondissement de l'affect en tant que facteur médiateur du processus thérapeutique et le résultat. Elles ignorent ce que Stiles, Honos-Webb and Surko (1998) ont appelé le problème méthodologique de la « responsiveness » du thérapeute, c-à-d. la prise en compte en séance *in situ* par le thérapeute des caractéristiques et expressions spécifiques du patient. L'étude de ces éléments implique de se centrer sur le processus moment par moment, en réalisant des micro-analyses du processus d'interaction entre le patient et le thérapeute (Sachse et Elliot, 2001 ; Stiles, 2001).

En adoptant une méthode d'analyse de l'approfondissement de l'affect en séance du point de vue du micro-processus interactionnel, Sachse (1992) a montré un effet d'orientation

(*directing effect*) du thérapeute sur le patient. L'approfondissement de l'affect est opérationnalisé à l'aide de l'échelle sur 7 niveaux présentés ci-dessus. Cet effet d'orientation du thérapeute sur le patient est particulièrement présent si le thérapeute fait une intervention se centrant sur le cœur de la problématique affective du patient (« une trace affective chaude », activée sur le moment en séance), comparé à des interventions thérapeutiques de type générique, des interventions récursives (focalisant sur un contenu évoqué plus tôt dans le processus thérapeutique) et des malentendus (Sachse, 1992). Cet effet d'orientation est encore plus prononcé si le patient a des caractéristiques propices à l'approfondissement de l'affect, c.-à-d. l'inclination à pouvoir réfléchir sur soi (Sachse, 1993). Cet effet d'orientation a été confirmé par d'autres auteurs : Adams et Greenberg (1996) ont montré que le niveau d'approfondissement proposé par le thérapeute avait une influence sur le niveau d'approfondissement et que cette intervention thérapeutique prédisait indirectement le résultat thérapeutique. Une corrélation très élevée ($r = .84$) entre le niveau d'approfondissement des affects (impliquant la profondeur maximale du travail de clarification, les interventions approfondissantes du thérapeute et l'effet de direction sur le patient décrit ci-dessus) et le changement thérapeutique a aussi été rapportée par Sachse et Takens (2004). Finalement, une étude portant sur une population non-clinique a montré que les offres d'approfondissement ont un effet à court terme en cas de proposition par le thérapeute au tout premier entretien de psychothérapie (Reichert et Montini Lirgg, 2006). Même s'il y a un certain consensus à travers l'effet de la variable de l'approfondissement de l'affect sur le résultat thérapeutique, des divergences de résultats peuvent aussi être dues à des opérationnalisations ou méthodologies différentes.

Un autre paradigme, épistémologiquement radical, de l'étude de l'approfondissement de l'affect est celui des études de cas visant la construction d'une théorie. Une méthode de construction d'un modèle, basée sur les études de cas en psychothérapie, servant à construire

un cadre théorique intégratif valide, est le modèle d'assimilation (Stiles, et al., 1992 ; Kramer, soumis). Selon ce modèle, le changement d'un patient doit passer par une série de stades visant l'assimilation des expériences problématiques ou douloureuses du patient en une structure psychique cohérente. Ces stades sont : (0) Expériences problématiques non conscientes, (1) Evitement actif ou suppression des expériences problématiques, (2) Début d'une prise de conscience des expériences problématiques, (3) Formulation et clarification du problème, (4) Acquisition d'une compréhension du problème, (5) Travail sur le problème, (6) Résolution de problème, (7) Généralisation des solutions. Notamment le stade visant l'établissement d'un *meaning bridge* (la construction de sens par rapport à une expérience problématique spécifique du patient, c.-à-d. le passage du niveau 3 au niveau 4) montre que ce processus doit passer par une actualisation progressive des affects impliqués. Des exemples de cas cliniques sont présentés par Brinegar, Salvi, Stiles, et Greenberg (2006) et Kramer et Meystre (submitted). En particulier, le stade 3.2. Conflit ouvert entre les positions (*Rapid cross-fire*) implique une approfondissement des affects. L'exemple suivant montre que le thérapeute et la patiente Lisa contribuent tour à tour à un approfondissement de l'expérience affective de la patiente (Brinegar et al., 2006, p. 176, trad. pers.) :

« Lisa (parle du soutien qu'elle devrait apporter à son mari) : Bien, et parfois, je dirais, je me sens coupable, que je devrais faire plus, le soutenir davantage (pause) mais après où sont mes besoins à moi ?

Thérapeute : Oui, restez là, mais après, où sont mes besoins à moi ? OK ?(Lisa : Oui)
De quoi est-ce que j'ai besoin moi ?

Lisa : Oui, c'est vrai, ce que je ressens c'est confortable en moi et pour mes enfants et je dois faire ceci et je suis une personne qui va s'occuper de soi-même (pause), mais je sens comme si je l'abandonne, comme, en tant que sa conjointe, je ne devrais pas faire cela.

Thérapeute : (pause) oui, c'est comme si on vous disait si tu es une bonne conjointe, tu resterais avec lui.

Lisa : Oui, oui, c'est comme si je devrais lui permettre qu'il me traite de cette façon là, me faire ces choses et que je devrais juste être là pour lui (...) (citation lissée en enlevant les hésitations dans le discours et des interruptions sans contenu du thérapeute). »

Conclusions pour la recherche et la clinique

Compte tenu de l'importance du sujet traité, il nous paraît indispensable de continuer à établir des liens entre l'approfondissement de l'affect et le changement thérapeutique, en tenant compte des propositions méthodologiques citées. Ces liens devraient être établis à travers des psychothérapies d'orientation diverses. Cet article nous a également permis de montrer à quel point il est important de mettre l'accent sur la compréhension du processus d'approfondissement de l'affect en soi, un phénomène d'interaction thérapeutique très spécifique, impliquant le patient et le thérapeute. Ce type de recherche permet de générer des nouvelles hypothèses théorico-cliniques à l'aide des modèles de changement thérapeutiques, tels que le modèle d'assimilation : ce dernier nous permet de décrire en de plus en plus de détails les processus d'approfondissement de l'affect, tels qu'ils se produisent en situation clinique. D'autres paradigmes tiennent également compte des problèmes de la responsivenss évoqués ci-dessus, par exemple les travaux de Sachse au sujet des étapes de l'approfondissement de l'affect ont permis de mettre en évidence le rôle d'orientation des interventions thérapeutiques. Plusieurs questions de recherche restent ouvertes : Quelles variables, caractéristiques du patient, du thérapeute, du processus et de la relation thérapeutique, influencent la qualité du processus d'approfondissement ? Est-ce que la qualité de la formation du psychothérapeute, par exemple le degré d'implication personnelle exigé auprès du candidat, a un effet sur la qualité du processus d'approfondissement ? Quels sont

les éventuels effets négatifs de l'approfondissement de l'affect ? Y a-t-il des formes de psychothérapies dans lesquelles le processus de l'approfondissement de l'affect ne présente pas les effets escomptés ?

En ce qui concerne les implications cliniques, nous désirons souligner que les résultats sur l'effet d'orientation des interventions du thérapeute sont à prendre en compte dans les formations à la psychothérapie. Une directivité de processus, où le thérapeute guide le processus d'approfondissement de l'affect chez le patient, en résulte et nécessite que le thérapeute sache l'appliquer dans des situations cliniques diverses – plus ou moins délicates. Ce constat est potentiellement compatible avec les quatre modèles cliniques qui se centrent explicitement sur l'approfondissement de l'affect. Ces résultats impliquent également que la formulation idiosyncratique – et son utilisation individualisée en psychothérapie – des affects et émotions du patient peut être valide et accessible à la recherche empirique. La formulation individualisée va bien plus loin que de simples listes d'émotions, comme c'est par exemple proposé dans certains questionnaires auto-rapportés. Pour la formulation de cas en psychothérapie, une méthode spécifique impliquant une précision allant bien au-delà de ces simplifications est l'Analyse des Plans d'après Grawe et Caspar, dont une étude récente sur les troubles de l'humeur a montré son utilité à repérer de manière idiosyncratique et fiable des événements affectifs dans des premiers entretiens de psychothérapie ; à part trois émotions exprimées de façon prototypique par ces patients, le désespoir, l'angoisse et la colère, plus de 25 émotions différentes ont été trouvées à travers une trentaine de patients (Kramer, Berger, & Caspar, 2009). En ce qui concerne le traitement, il paraît également indispensable de répondre de manière individualisée aux éléments affectifs présentés par le patient en séance (par exemple chez Sachse, 2003 ; Greenberg, 2006; voir aussi Caspar, Grossmann, Unmüssig, & Schramm, 2005). Cette individualisation du traitement nous paraît d'autant plus indispensable, car, rappelons-le, l'approfondissement de l'affect requiert une

indication clinique précise. Ce processus est exigeant pour le patient et ne peut donc pas être pratiqué avec tous les patients à tout moment de leur traitement, dû à des caractéristiques psychopathologiques des patients ou lors de situations aiguës ; par exemple une crise suicidaire en serait une contre-indication. Il ensuit que le clinicien doit disposer d'un modèle précis et individualisé pour pouvoir intervenir de façon compétente et adaptée dans des situations cliniques difficiles.

Références

- Adams, K. E., & Greenberg, L. S. (1996, June). Therapists' influence on depressed clients' therapeutic experiencing and outcome. *Paper presented at the 43rd Annual Convention of the Society for Psychotherapy Research*. St. Amelia Island, FL.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2006). Building a Meaning Bridge: Therapeutic Progress from Problem Formulation to Understanding. *Journal of Counseling Psychology, 53*(2), 165-180.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C., & Schramm, E. (2005). Complementary Therapeutic Relationship: Therapist Behavior, Interpersonal Patterns and Therapeutic Effects. *Psychotherapy Research, 15*, 91-102.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497-504.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Gerl, W. (2005). Vertiefung der Trance. In D. Revenstorf, & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (pp. 204-215). Berlin: Springer.
- Greenberg, L. S. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. K. D. Sulz (Ed.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (pp. 77-110). München: CIP-Medien.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, D. C.: APA.

Kässer, J. (2000). Durch spezifische psychotherapeutische Interventionen zum tiefen Erleben von Affekten. Technik der „Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy“ nach Davanloo und empirische Ergebnisse. In S. K. D. Sulz (Ed.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (pp. 357-406). München: CIP-Medien.

Kramer, U. (soumis). Les méthodes d'études de cas en psychothérapie: perspectives actuelles.

Kramer, U., Berger, T., Caspar, F. (2009). Psychotherapeutic Case Conceptualization using Plan Analysis for Bipolar Affective Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 1-16.

Kramer, U., & Meystre, C. (soumis). Assimilation Process in a Psychotherapy with a Client presenting Schizoid Personality Disorder.

Kramer, U., Püschel, O., Breil, J., & Sachse, R. (in press). Intégrer recherche et clinique : le modèle de la clarification selon R. Sachse. *Psychothérapies*, 29(2), 67-74.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., McCallum, M., Joyce, A. S., & Rosie, J. S. (2003). Expression of Affect as a Mediator of the Relationship between Quality of Object Relations and Group Therapy Outcome for Patients with Complicated Grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 664-671.

Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie*. Bruxelles : Mardaga.

- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1007-1016.
- Reichert, M., & Montini Lirgg, P. (2006). Effekte vertiefender Interventionen beim Erstkontakt – eine experimentelle Analogstudie verschiedener Interventionsformen. In R. Sachse, & P. Schlebusch (Eds.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie* (pp. 207-227). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Revenstorf, D. (2000). Nutzung des Affekts in der Psychotherapie. In S. K. D. Sulz (Ed.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (pp. 191-216). München: CIP-Medien.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (2005). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research, 2*(4), 235-251.
- Sachse, R. (1993). The effects of intervention phrasing on therapist-client communication. *Psychotherapy Research, 3*(4), 260-277.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., & Atrops, A. (1991). Schwierigkeiten psychosomatischer Klienten bei der Klärung eigener Emotionen und Motive: Mögliche Konsequenzen für die therapeutische Arbeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 41*, 155-198.

- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F., & Maus, C. (1992). *Focusing: Ein emotions-zentriertes Psychotherapie-Verfahren*. Bern: Huber.
- Sachse, R., & Elliot, R. (2001). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D. J. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice* (pp. 83-115). Washington, D. C. : APA.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J., & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., & Takens, R. J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G., & Stiles, W. B. (1992). Prescriptive and Exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy integration*, 2, 253-272.
- Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 646-652.
- Sulz, S. K. D. (2000). Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung bei der Symptombildung. In S. K. D. Sulz (Ed.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (pp. 5-76). München: CIP-Medien.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M., & Sloan, W. W. Jr. (1992). Assimilation of Problematic Experiences: The Case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.

Stiles, W. B. (2001). Future directions in research on humanistic psychotherapy. In D. J. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice* (pp. 605-616). Washington, D. C. : APA.

Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998) Responsiveness in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.

Zorn, P., Roder, V., Kramer, U., & Pomini, V. (2007). Activation émotionnelle chez les troubles de la personnalité. *Santé Mentale au Québec*, XXXII(1), 181-194.

Conflit d'intérêt : Aucun.