

Mémoire de Maîtrise en médecine No 338

# Etude de la technique psychothérapeutique de Paul dans la série “In Treatment”

## **Etudiante**

Elise Ramel

## **Tuteur**

Prof. Jean Nicolas Despland  
Département de psychiatrie, CHUV

## **Co-tuteur**

Yves de Roten PhD PD  
Département de psychiatrie, CHUV

## **Expert**

Prof. Ueli Kramer  
Département de psychiatrie , CHUV

Lausanne, décembre 2016

<b>1. Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Revue de littérature .....</b>	<b>3</b>
2.1 Les écoles.....	4
2.2 Le paradoxe de l'équivalence .....	7
2.3 Les études.....	7
2.4 Les outils.....	9
2.5 In Treatment (En analyse) .....	10
<b>3. Méthodologie .....</b>	<b>11</b>
3.1 Matériel.....	11
3.2 Instrument.....	13
3.3 Procédure .....	14
<b>4. Résultats .....</b>	<b>15</b>
4.1 Répartition générale des résultats .....	15
4.2 La variété des interventions augmente au cours des séances .....	18
4.3 Le type d'intervention, pour une même séance, n'est pas le même avec chaque patient .....	20
4.4 Les changements dans le style d'intervention du psychothérapeute sont en lien avec des difficultés rencontrées par celui-ci dans le processus psychothérapeutique .....	21
4.5 Le type d'intervention de Paul s'inscrit dans le modèle intégratif.....	24
<b>5. Discussion et conclusion .....</b>	<b>24</b>
<b>6. Bibliographie .....</b>	<b>27</b>

## 1. Introduction

Les différentes écoles psychothérapeutiques s'affrontent sur l'efficacité que peuvent avoir les différentes stratégies thérapeutiques de prise en charge. La question de ce que fait réellement un psychothérapeute lors de ses sessions est au cœur de plusieurs débats actuels.

Bien que de nombreuses recherches aient été faites sur la technique psychothérapeutique, moins de travaux ont été réalisés sur la pratique clinique des thérapeutes, et moins encore sur les thérapeutes intégratifs. (1–3)

Comment les psychothérapeutes pratiquent-ils durant leurs sessions ? Que se passe-t-il derrière les portes de leur cabinet ? Un thérapeute n'utilise-t-il que l'école à laquelle il a été formé ? Intègre-t-il d'autres écoles ? A quelles conditions et dans quel contexte ?

Ce travail a pour objectif de mettre en lumière la technique d'un psychothérapeute, Paul, connu du grand public dans une série télévisée appelée « In Treatment » en posant les hypothèses suivantes :

- a. La variété des interventions est différente en fonction de l'évolution du traitement
- b. Le type d'intervention, pour une même séance, n'est pas la même avec chaque patient
- c. Les changements dans la méthode d'intervention du psychothérapeute sont en lien avec des difficultés rencontrées par celui-ci dans le processus psychothérapeutique
- d. Le type d'intervention du thérapeute s'inscrit dans le modèle intégratif

Le fait qu'un média soit utilisé comme matériel de recherche a semblé intéressant. En effet, l'utilisation de médias pourrait, dans le futur, devenir plus présente dans l'enseignement et dans la recherche en psychothérapie puisqu'ils comportent un avantage quant à la confidentialité des données.

La Comprehensive Psychotherapeutic Rating Scale (CPIRS)(4), un instrument permettant de coder les interventions du thérapeute a été choisi pour ce travail, car il possède un grand nombre d'items. Ces items permettent de coder un grand nombre d'écoles thérapeutiques différentes.

## 2. Revue de littérature

Depuis longtemps, la question des différences entre les écoles thérapeutiques se pose, notamment en termes de plus grande efficacité d'une école par rapport à une autre. Le thème de leur pureté a aussi longtemps été au centre des débats, tout comme le thème de l'intégration de plusieurs techniques thérapeutiques ensemble.

## 2.1 Les écoles

Pour pouvoir parler de ces différences, il faut d'abord définir quels sont les principaux courants et les thérapies qui en découlent

Les principaux courants sont : (5)

1) L'approche cognitivo-comportementale : elle prend son essor dans les années cinquante et est basée sur les théories de l'apprentissage, à savoir comment un patient apprend un comportement, traite l'information, etc. Les trois grands thèmes sont :

- Le conditionnement classique (Pavlov) : il apprend au patient à adopter des comportements dans des situations où ils ne se déclenchaient pas auparavant (principe d'association stimulus-réponse).
- Le conditionnement opérant (skinnérien) : il vise à apprendre et/ou modifier les comportements, mais en fonction des conséquences. Une conséquence positive va faire que le comportement se produit plus souvent (renforcement), alors qu'une conséquence négative aura l'effet inverse. Ce conditionnement permet l'apprentissage de nouvelles conduites au patient.
- L'apprentissage social : il se base sur des théories de traitement de l'information et s'intéresse aux troubles émotionnels tels que la dépression.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, le thérapeute, pour travailler, doit obtenir des informations sur la nature du symptôme, sa fréquence son intensité, les déclencheurs et mettre en avant les ressources mobilisables. Il s'agit de l'analyse fonctionnelle. Elle permet de mettre en évidence la dynamique négative adoptée par le patient et de décider conjointement des objectifs du traitement. Le traitement vise à améliorer la capacité d'adaptation du patient et à réorganiser les processus cognitifs dysfonctionnels et, par ce biais, de diminuer les symptômes et d'améliorer le bien-être immédiat.

Le processus thérapeutique consiste à favoriser un apprentissage qui permet un changement stable. Dans ce contexte, le rôle du thérapeute est essentiellement celui d'un coach. Le travail est effectué durant les séances, mais également par des tâches à domicile qui permettent de prolonger l'activité thérapeutique et sont part intégrante du travail. Les techniques de travail sont multiples et peuvent aller de la restructuration cognitive à la relaxation en passant par des techniques d'exposition ou d'entraînement des compétences sociales. Ces thérapies durent généralement de quelques semaines à plusieurs mois, mais le plus souvent entre 15 et 20 séances de 50 minutes à quelques heures, suivant les exercices proposés. On peut donc considérer que la durée globale du traitement est courte, comparativement à une approche psychanalytique. Les indications à ce type de thérapie sont nombreuses mais les domaines de prédilections sont les troubles anxieux et dépressifs.

2) La psychanalyse : elle est née à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Les concepts fondamentaux ont été élaborés par Freud et sont les suivants : l'inconscient, la sexualité, le refoulement,

les résistances et le complexe d'Œdipe. Freud décrit les patients (en fait l'être humain) comme habités de multiples pulsions et désirant accéder au plaisir immédiat. Il caractérise ces pulsions par le « ça ». Ces pulsions sont contrebalancées par le refoulement (le surmoi), qui lui caractérise ce qui ancre le patient dans le « moi » (où résident les mécanismes de défenses). Freud illustre ainsi les conflits intra-psychiques qui peuvent être présents chez un patient.

La psychanalyse vise donc à mettre en évidence les conflits intra-psychiques, à lever les refoulements et les mécanismes de résistances du patient, ainsi qu'à lui permettre d'accéder à son inconscient. Elle postule qu'ainsi les symptômes devraient être soulagés.

L'indication principale à une psychanalyse est une névrose, mais peut être élargie. L'objectif est de permettre au patient de mieux définir à long terme ce qui lui appartient - c'est-à-dire ce qui est de l'ordre de ses représentations et de son monde intérieur - et ce qui est de la réalité.

Le processus de la psychanalyse passe par la notion de transfert. C'est-à-dire la possibilité de littéralement recréer la situation pathologique dans le cabinet, par le biais de la relation thérapeute-patient, permettant ainsi au patient de vivre ses conflits intrapsychiques dans un cadre sécurisé, avec quelqu'un pour le guider et penser avec lui (association libre). Le thérapeute peut, à partir du transfert, accéder à la névrose infantile qui elle est liée à la névrose clinique. Pour cela, le thérapeute doit établir un cadre et poser des règles, sans quoi la relation ne peut être thérapeutique. Dans son attitude, le thérapeute doit être neutre et bienveillant (attention flottante).

La psychanalyse classique se pratique avec le patient allongé sur le divan et le thérapeute assis derrière lui, le patient ne pouvant voir son thérapeute. Les séances durent 45-50 minutes et doivent se dérouler à un rythme soutenu (2 à 3 séances par semaine pour une vraie psychanalyse). La durée de la thérapie varie, mais est généralement de 2 à 3 ans. La psychothérapie psychanalytique se fait face-à-face et sa durée peut être brève (quelques semaines) ou longue (plusieurs mois).

3) La thérapie systémique : elle est née en 1940 et place l'individu au centre d'un système et ses symptômes comme résultante de la dysfonction de ce système. C'est une approche du patient dans son contexte et pas seulement dans son fonctionnement psychique. La famille est considérée comme un système social complexe, dans lequel le comportement de l'individu est fonction de la dynamique du système entier, c'est-à-dire des autres individus, de leurs interactions, de leurs comportements et de leur caractère. L'objectif thérapeutique est une modification des émotions, comportements et des apprentissages cognitifs de l'individu symptomatique, mais aussi des autres individus du système. Il faut d'un côté soulager la souffrance de l'individu symptomatique, tout en préservant ou restaurant l'équilibre et la cohérence du système en tant que famille.

La thérapie peut être pratiquée en famille, couple ou avec un seul individu. Le processus et le cadre sont fonction de la situation présentée au thérapeute et varie

beaucoup d'un patient à l'autre. Le thérapeute doit également établir des hypothèses de travail et une alliance thérapeutique. Il travaille notamment avec les créances et les dettes, ainsi que les croyances et traditions qui se sont transmises de manière transgénérationnelle et constituent l'identité de la famille. La généalogie constitue donc un axe important dans l'intervention du thérapeute. Le rôle du thérapeute est celui d'un observateur, qui fait partie intégrante du système qu'il observe, et donc de son évolution.

Les indications à une thérapie systémique sont larges. Tout patient formulant la volonté d'être compris et traité dans son contexte - et pas uniquement centré sur son psychisme - est un patient pour qui une thérapie systémique est indiquée. Ces thérapies sont toutefois surtout indiquées lors de souffrance interpersonnelle marquée, d'abus, de violence.

Il existe également un courant qui n'est pas, du moins pas encore, considéré comme une école thérapeutique à part entière. Il s'agit de la psychothérapie intégrative. En effet, lorsque un thérapeute mélange les outils des différentes thérapies mentionnées plus haut, on parle de thérapie intégrative. Le courant intégratif se divise en quatre théories qui correspondent à quatre façons de travailler : (6)

a) L'intégration assimilative : le psychothérapeute utilise surtout une théorie, mais intègre sélectivement des techniques d'intervention d'autres théories. Concrètement il utilise simultanément différentes techniques de prise en charge compatibles. Il vise ainsi les synergies que la complémentarité des approches offre. C'est une manière, pour les thérapeutes, de commencer à intégrer de nouvelles théories et à élargir l'horizon, pour ensuite partir sur d'autres styles d'intégration.

b) L'éclectisme théorique : le thérapeute va chercher des données dans des études et articles, pour un patient donné avec un problème donné, portant sur ce qui a le mieux fonctionné. Cette démarche se rapproche de l'Evidence Based Médecine. Il consulte les résultats de la recherche pour identifier les traitements qui ont été le plus efficaces et l'applique par analogie dans la prise en charge. Le thérapeute ne prétend pas qu'on peut faire un rapprochement direct ou que les éléments de l'étude vont porter les mêmes fruits dans la situation qui les concerne, mais cette démarche vise à ouvrir la réflexion sur ce qui a été fait et donc permettre d'établir des perspectives. Il s'agit d'une démarche plus empirique que théorique, en cela qu'elle se base sur des expériences.

c) les facteurs communs : il s'agit de trouver les facteurs communs entre les théories, par exemple l'alliance thérapeutique, la catharsis, acquérir et pratiquer de nouveaux comportements. Puis de les utiliser de manière synergique pour en faire une nouvelle façon de traiter, basée sur les similarités. Cette approche postule que les facteurs communs ont un effet plus important que les facteurs spécifiques lors de la thérapie.

d) L'intégration théorique : cette approche est davantage théorique. Le thérapeute intègre deux théories ou d'avantage, en espérant que le résultat sera meilleur. Par exemple, intégrer la psychanalyse et le behaviorisme.

Les conflits entre les différentes écoles ont poussé les recherches à s'intéresser aux résultats sur les patients, chacun essayant de prouver que sa pratique était la meilleure. Les résultats obtenus par certaines recherches ont approfondi encore le débat.

## 2.2 Le paradoxe de l'équivalence

Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, Rosenzweig compare les différentes écoles thérapeutiques et met en avant des similitudes entre elles. Il va plus loin en observant que, quelle que soit la thérapie utilisée, le résultat sur le patient est le même.(7) C'est cette constatation qui prendra le nom du « Dodo bird verdict », ou paradoxe de l'équivalence, en référence à une citation tirée d'Alice au pays des merveilles, « Everybody has won and all must have prizes ». (7)

De plus il remarque que ce ne sont pas les éléments spécifiques d'une théorie mais plutôt les facteurs communs à ces différentes théories qui ont le plus d'effet thérapeutique (7).

Ces constats ont alors soulevé les questions suivantes : qu'est-ce qui fait qu'une thérapie est efficace et quels sont les facteurs déterminant le succès thérapeutique ? Question complexe puisqu'elle touche non seulement aux bases théoriques de la psychiatrie, mais aussi à l'analyse de la relation entre le patient et le thérapeute et à ce qui compose le lien. Ces paramètres restent difficilement mesurables.

On s'interroge alors également sur la pratique du psychothérapeute : que fait-il réellement lors de ses sessions de travail avec un patient et quelle est son « adhérence » à la technique qui lui a été enseignée ?

## 2.3 Les études

Les recherches actuelles confirment que, quelle que soit la thérapie utilisée, le résultat est identique (8,9), même si certaines de ces études montrent une différence de résultat thérapeutique notamment dans l'objectif primaire ou pour certaines pathologies ciblées, par exemple lorsque on utilise la thérapie cognitivo-comportementale. (9)

De la même manière, les premiers résultats qui avaient été mis en évidence par Rosenzweig sur le rôle des facteurs communs dans ce qui crée le changement chez le patient se sont plutôt confirmés avec les années (7,10,11) bien qu'il soit difficile de mesurer l'impact d'un facteur spécifique ou d'un facteur commun. D'une part parce qu'il est très difficile de définir ou s'arrête l'intervention spécifique et où commence le facteur commun et d'autre part parce que ce ne sont pas des éléments scientifiquement quantifiables. (12–14) Dans ce contexte, la recherche sur ce qui initie

le changement chez le patient s'est intensifiée, en étudiant, par exemple, ce que fait le thérapeute lors de ses sessions.

Certaines études ont montré que certains thérapeutes suivent le prototype thérapeutique établi. Cela semblerait plus fréquent pour les thérapies brèves, bien que des libertés soient prises pour certains aspects. (15)

Parallèlement à ces découvertes, le courant de la psychothérapie intégrative se développe, posant l'hypothèse d'un certain éclectisme dans les techniques psychothérapeutiques.

Les études faites sur ce sujet montrent des résultats très divergents. Certaines d'entre-elles (1,3,16,6) ont démontré que les thérapeutes utilisent effectivement des techniques provenant d'autres écoles que celle dont ils sont issus, pratiquant ainsi une psychothérapie pragmatique plutôt que spécifique à une école thérapeutique.

L'étude faite par Norcross (1,17) aux USA sur 187 thérapeutes et qui consistait à les suivre sur plusieurs années montre que la majorité des thérapeutes se disent éclectiques ou intégratifs. Ce qui est intéressant, c'est qu'ils disent s'être attribué cette étiquette eux-mêmes, car insatisfaits de ce que pouvait leur apporter l'unique école dans laquelle ils avaient étudié en terme de stratégie thérapeutique. En effet, avec les années d'expérience et les premiers échecs thérapeutiques, beaucoup se sentent limités avec la théorie qu'ils ont apprise et manifestent le besoin d'élargir leur palette d'outils thérapeutiques en allant chercher ces outils dans d'autres écoles.

Dans cette même étude, Norcross montre aussi qu'ils utilisent davantage de techniques provenant d'autres écoles que leur propre technique initiale. L'analyse réalisée grâce à la répétition de son étude à travers les années montre quelles sont les tendances thérapeutiques, c'est à dire quelles thérapies sont les plus mélangées entre elles et de quelle manière cela évolue avec le temps. Les résultats démontrent ainsi que les thérapeutes qui mélangent le plus fréquemment les techniques sont les thérapeutes psychanalytiques ainsi que les comportementalistes et les cognitivistes. Thoma, dans son article « Is integrative use of techniques in psychotherapy the exception or the rule », (16) arrive également à la conclusion que les thérapeutes utilisent plus de techniques en dehors de celle qu'ils ont appris mais surtout, que ce qu'ils utilisent le plus sont les facteurs communs aux différentes thérapies. Dans ces deux études, aussi bien Norcross que Thoma arrivent à la conclusion que l'approche assimilative, l'intégration théorique et les facteurs communs sont les techniques d'intégration les plus utilisées.

Kuprian (3) s'est également intéressée à la pratique des psychothérapeutes en voulant vérifier à quel point ils étaient intégratifs. Les résultats de son étude aux USA avec 9 thérapeutes ont montré qu'ils sont tous relativement intégratifs et qu'ils intègrent plutôt des théories qui sont proches des leurs. L'étude explique également que les thérapeutes utilisent beaucoup de facteurs communs et qu'entre les quatre possibilités de techniques d'intégration (citées plus haut), il n'y a pas de différence notable en pratique. Ces différentes techniques ne s'excluent pas et peuvent cohabiter.



Selon Kuprian, il s'agirait plutôt d'une différence sémantique puisque dans la pratique les quatre façons d'intégrer se chevauchent beaucoup. Les résultats de cette étude ont donc corroboré ce qui avaient été dit quelques années auparavant dans un article de Norcross, « A primer on psychotherapy integration ». (6)

## 2.4 Les outils

Dans ce contexte d'analyse de ce que fait le thérapeute dans ses séances, de nombreux outils permettant de coder son activité ont été développés. Notamment le Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS) (4), le Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) (18), et le Psychotherapy Process Q-Set (PQSET) (19). Ces trois instruments ne sont pas les seuls existants, mais sont intéressants du fait de leur diversité. En effet la plupart des autres outils de mesure disponibles contiennent des items de codage qui n'appartiennent qu'à une seule thérapie voire deux ou trois tout au plus. (20,21). Si l'on considère le fait que la majorité des psychothérapeutes se disent intégratifs, ce type d'instruments de codage peut être considéré comme limitant la portée des résultats, puisqu'il ne permet d'analyser qu'une partie de ce qui se passe lors d'une séance.

Les 3 instruments mentionnés ci-dessus ont justement été construits pour combler cette lacune, avec des items qui permettent de coder les interventions ou comportements du thérapeute pour un grand nombre de techniques thérapeutiques. La différence entre ces trois instruments réside surtout dans la façon de les utiliser.

En effet le CPIRS met l'accent sur les interventions du thérapeute donc ce qui est dit lors des sessions, alors que le PQSET et le MULTI ont des items permettant de coder à la fois des interventions, mais aussi des comportements du thérapeute et mettent davantage l'accent sur l'intention du thérapeute plutôt que sur ce qui est dit lors des sessions. La manière de coder est également différente. Avec le CPIRS, on code la présence ou l'absence d'une intervention, alors qu'avec les deux autres instruments on doit préciser non seulement si l'intervention ou le comportement sont présents, mais aussi à quel degré de fréquence. Le MULTI comporte une spécificité de plus, c'est celle d'être utilisable par n'importe qui. En effet il a été construit dans le but de pouvoir être utilisé sans entraînement par les thérapeutes mais aussi par les patients et les profanes. Leurs auteurs considéraient que l'analyse de ce qui se passe lors des séances est faussée si les codeurs sont formés et uniquement issus de milieux spécialisés.

Les études menées par Ablon, aux USA avec le PQSET en 1998 puis en 2006, (22,23) visaient à analyser le processus thérapeutique dans des séances de psychothérapie cognitivo-comportementale et psychanalytique, afin d'étudier ce qui initie le changement chez les patients. Les résultats montrent que les thérapeutes psychodynamiciens utilisent des interventions TCC dans leur session, alors que les thérapeutes cognitivo-comportementalistes n'utilisent presque pas d'interventions psychanalytiques et suivent de manière rigoureuse le protocole d'intervention TCC établi. Ablon formule alors l'hypothèse de la thérapie cognitivo-comportementaliste comme étant une sous-branche de la psychanalyse. L'outcome est corrélé au processus et est bon dans les thérapies psychodynamiques, alors que l'outcome dans les

thérapies cognitivo-comportementales n'est pas satisfaisant. Ablon pose alors la question de l'outcome positif en TCC qui serait peut être dû à l'utilisation de techniques psychodynamiques.

Peu d'études avec le MULTI et le CPIRS ont été trouvées dans la littérature. Ceci peut refléter la complexité du questionnement de l'analyse du processus thérapeutique et de ce qui sous-tend le changement chez le patient, ou, être à l'origine d'un manque d'intérêt pour la question

Les interventions utilisées dans le CPIRS ont été choisies selon le processus suivant. La littérature publiée après 1980 a été passée en revue pour trouver les échelles psychométriques et les questionnaires existants et sélectionner un premier groupe d'interventions. Puis des études empiriques sur les mesures trouvées dans la première phase de sélection ont été utilisées pour valider le choix.

Ces études étaient soit des études analytiques dont les interventions avaient un high loading pour les facteurs prédéfinis, soit des études comparatives, dans lesquelles les interventions qui avaient la plus grande différence entre elles étaient choisies comme représentant une école thérapeutique.

Une fois les interventions sélectionnées, elles ont été testées dans 3 différentes études qui vérifiaient quelle était la fidélité interjuge et la validité du CPIRS, et qui évaluaient si la technique des thérapeutes était intégrative. Ces études ont soumis à une dizaine d'étudiants en psychologie, des extraits vidéos ou audios de simulations de séances, ainsi que des séances réelles représentatives de psychothérapies spécifiques.

Pour ce faire, ils étaient entraînés pendant 18 heures pour apprendre à utiliser le CPIRS. Les étudiants devaient également tester la qualité psychométrique du CPIRS en déterminant si les interventions étaient suffisamment discriminantes entre elles pour être rattachées à une thérapie plutôt qu'à une autre. Par ailleurs, ils devaient également évaluer les questions de structure de l'instrument.

La fidélité interjuge est considérée comme bonne pour autant que les juges aient au minimum effectué 3 heures d'entraînement avec l'outil. Puis plus les heures d'entraînement augmentent, plus la fidélité interjuge augmente.

Les qualités psychométriques des autres instruments (MULTI et PQSET), elles sont aussi bonnes de par leur fidélité interjuge, ainsi que leur validité de contenu et de construction. (24,25)

## **2.5 In Treatment (En analyse)**

Le présent travail vise à observer la technique thérapeutique d'un professionnel, en lien avec les interrogations posées ci-dessus. Cependant, en lieu et place de l'observation de séances réelles de psychothérapie, la séance télévisée « In treatment » a été choisie, dans la mesure où elle est jugée comme représentative par de nombreux psychiatres et

professeurs de psychothérapie.(26,27) Il faut noter qu'elle a été écrite par des gens ayant été en thérapie et que le script a été co-dirigé par un psychiatre. (28)

Cependant, cette série a soulevé de vifs débats puisque beaucoup de professionnels la trouvent peu représentative du travail des psychiatres. Certains considèrent même qu'elle pourrait donner une image délétère de la psychothérapie. (28) En effet, le personnage de Paul, le psychothérapeute de la série et acteur principal, ne s'approche pas vraiment de la réalité d'un thérapeute dans son cabinet, dans le sens ou en l'espace de quelques saisons, il lui arrive ce qui arrive en l'espace d'une vie à un thérapeute réel. Sa manière de réagir et d'être très accessible au patient ne reflète pas vraiment la position enseignée par l'école psychanalytique, à laquelle il appartient, mais permet peut-être au spectateur de mieux s'identifier à lui, ses erreurs le rendant très humain. (26)

La série a également été utilisée pour l'enseignement (26,29), d'une part pour montrer ce qu'il ne faut pas faire, mais aussi pour illustrer des moments difficiles que peuvent vivre les thérapeutes et donner des clés aux élèves, ou simplement pour montrer à quoi peut ressembler une thérapie de manière ludique et interactive. En effet, l'utilisation d'un média à ce genre de fin, tout comme à des fins de recherche, permet d'éviter un certain nombre de problèmes relatif à la confidentialité du patient.

C'est donc sur cette base que des épisodes de la série ont été choisis comme matériel pour ce travail, considérant qu'ils constituaient une représentation intéressante et solide pour analyser ce qu'il se passe au cours d'une psychothérapie.

### **3. Méthodologie**

#### **3.1 Matériel**

« In Treatment » est une série américaine produite par Rodrigo Garcia. Elle a été créée en 2008 et produite jusqu'en 2010. Elle est constituée de trois saisons et est dérivée de la série israélienne « Be tipul ».

Le concept d'« In Treatment » est le suivant : nous suivons Paul Weston, un psychothérapeute psychodynamicien dans son cabinet à New York. Chaque épisode représente une séance de thérapie avec un patient, que nous suivons ensuite tout au long de la saison. Plusieurs patients sont ainsi introduits en début de saison, puis les psychothérapies de chacun se déroulent en parallèle. A chaque nouvelle saison les patients changent et un nouveau suivi redébut.

La série a été essentiellement tournée dans le cabinet du psychothérapeute. Les incursions dans la vie privée du thérapeute ainsi que les scènes à l'extérieures sont rares et restent toujours en lien avec le métier de Paul ; par exemple ; lorsqu'il va rendre visite à un de ses patients à l'hôpital ou lorsque le spectateur suit Paul dans sa propre psychothérapie. Il n'y a également quasiment pas de bande sonore et les scènes sont presque toutes tournées en plans fixes. Cette mise en scène très épurée et très en

contraste avec ce qui se fait aujourd'hui dans le monde des séries souligne l'intention du réalisateur de filmer une série sur le quotidien des psychothérapeutes.

La série a eu un grand succès par le fait qu'elle est très convaincante, chacun semblant s'y retrouver. Les thérapeutes vis à vis de Paul, et les spectateurs vis à vis des patients.

Notre analyse porte sur deux patients : April et Walter, qui ont été suivis pendant 6 séances par Paul.

## **April**

April est une étudiante en architecture de 23 ans. Elle souffre d'un lymphome relativement grave dont elle vient d'apprendre le diagnostic et ne souhaite pas en parler à sa famille pour le moment. Elle vient consulter Paul pour pouvoir parler à quelqu'un de neutre et prendre un peu de temps pour réfléchir à sa situation. April, qui s'est quasiment élevée toute seule, l'attention de ses parents étant accaparée par son frère autiste, n'est pas une personne qui s'ouvre facilement.

Paul va devoir aller chercher la plupart des informations sur elle et tout au long de sa thérapie, et elle va conserver une attitude ambivalente en ce sens qu'elle n'estime pas avoir besoin d'aide, tout en venant consulter de son plein gré. April n'arrive pas à faire confiance aux gens autour d'elle. Appeler ses parents et les informer de sa maladie serait prendre le risque que personne ne vienne l'aider et qu'elle soit déçue. On apprend également, au cours de la thérapie, qu'elle sort d'une rupture amoureuse.

April relate ce qui la concerne de manière froide et détachée, prétendant qu'elle n'a besoin de l'aide de personne. Elle va jusqu'à refuser tout traitement et interdit à Paul d'alerter ses parents. Elle met donc Paul dans une situation délicate : ne rien faire, c'est accepter de mettre April en danger, appeler ses parents, c'est trahir le lien de confiance que Paul a tissé avec April.

## **Walter**

Agé d'une soixantaine d'année, Walter est PDG d'une grande multinationale. C'est d'ailleurs une des premières choses qu'il dit à Paul sans même que celui-ci ne lui l'ait demandé. Walter vient consulter parce que sa femme ou son docteur, on ne saura jamais lequel des deux, le lui ont conseillé. Il a des problèmes d'insomnies depuis longtemps qui se sont aggravés dernièrement. On apprendra plus tard qu'il fait également des attaques de panique depuis un certain temps. Il vient pour recevoir une solution rapide et efficace, c'est –à-dire, une médication, car comme il le répète sans arrêt lors de la première session, les sonneries incessantes de son cellulaire corroborant ce postulat : « il n'a pas le temps ».

Se définissant par son travail et doté d'un ego important, Walter a un rôle à tenir, celui d'un homme quasiment invincible qui ne se fatigue jamais et porte les gens autour de lui à bout de bras. Tout au long du traitement il se comporte de manière directive avec Paul, remet en question son diplôme et ses compétences, rendant la création d'un lien

de thérapeutique proche de l'impossible. Paul réussit à faire prendre conscience à Walter du lien existant entre le début de ses attaques de panique avec le décès de son frère aîné, noyé par accident. Il réussit également à le faire réfléchir sur la manière extrêmement directive avec laquelle il mène ses relations, y compris ses relations familiales, ainsi qu'à son enfance teintée du sentiment constant de devoir remplacer son frère décédé, de ne pas être à la hauteur et de devoir soigner ses parents.

## **Paul**

Paul Weston est un psychothérapeute psychanalytique new-yorkais d'une cinquantaine d'année. Il est l'acteur principal de la série. Son personnage fait preuve d'une grande capacité d'écoute et d'empathie. Il jouit d'une bonne réputation.

Malgré le fait que la série soit surtout axée sur la psychothérapie des patients, la vie de Paul est dévoilée aux spectateurs au fil des épisodes notamment lors de sa propre psychothérapie, qui constitue elle-même une partie des épisodes de la série. On le voit parler de son enfance, plutôt malheureuse, dans un cadre familial difficile. Ses problèmes avec sa femme, de laquelle il finira par divorcer, sont évoqués. Paul emménage alors temporairement dans son cabinet confondant espace personnel et espace de travail.

Ces traits de personnalité le rendent touchant aux yeux des spectateurs mais le poussent à certaines erreurs. Au fil des épisodes, il déclare son amour à une de ses patientes, se bat avec un autre et fournit sans le vouloir des cachets de somnifère pour la tentative de suicide d'une jeune patiente. Ses déboires et succès mettent en lumière certaines difficultés et interrogations inhérentes au métier de psychothérapeute.

## **3.2 Instrument**

Le CPIRS est un instrument créé par R.W Trisjburg (4) qui permet d'analyser ce que fait un thérapeute pendant une séance de psychothérapie, par la présence ou l'absence de certaines interventions, ainsi que par leur distribution. Ceci est rendu possible grâce au fait que le CPIRS intègre un grand nombre de psychothérapies différentes.

Il fait partie des échelles de mesure psychothérapeutique utilisant la « thought unit », c'est à dire se basant sur les phrases dites par le thérapeute comme outil d'analyse et non pas sur le dialogue thérapeute-patient dans sa globalité. Chaque intervention du psychothérapeute peut être mise en rapport à une intervention du CPIRS et donc à un type de psychothérapie.

L'instrument est constitué de 81 interventions dans 5 types de thérapies différentes (cf annexe 1):

1. comportementale
2. cognitive
3. expérientielle
4. psychodynamique
5. systémique

Toutes ces interventions ont été classées par thérapies, à part deux catégories : celle des « facteurs communs » à l'ensemble des thérapies et celle des « autres interventions ».

La catégorie « facteurs communs » est divisée en plusieurs sous-catégories :

- coaching
- facilitateur
- soutien éclairé
- processus directif
- structuring

La catégorie « autres interventions » représente toutes les interventions qui n'ont pas pu être apparentées à un style de thérapie, mais qui sont indispensables dans le dialogue entre le thérapeute et le patient et qui font partie de la construction de la psychothérapie.

### **3.3 Procédure**

Deux patients de la saison deux ont été choisis : April et Walter. Leur première séance de thérapie, celle du milieu (3<sup>ème</sup>) et la dernière séance (6<sup>ème</sup>) ont été analysées. Cela constitue donc le début, le milieu et la fin de leur psychothérapie.

Un chercheur expérimenté (YdR) a formé l'auteur du travail au CPIRS pendant environ 6 heures sur des verbatim de vraies séances de psychothérapie. L'auteur a ensuite codé, avec le CPIRS, les verbatim des épisodes choisis de la manière suivante : chaque intervention de Paul dans l'épisode a été interprétée comme correspondant à une proposition d'intervention du CPIRS. Puis le chercheur a vérifié l'entier du travail de l'auteur, doublant le temps de codage.

Cet instrument étant relativement facile à utiliser et laissant peu de place à différentes interprétations, il n'est pas apparu nécessaire de calculer une fidélité interjuge.

Une fois les épisodes corrigés, les données en valeurs absolues ont été classées dans un tableau contenant toutes les catégories du CPIRS afin de voir quelles interventions avaient été le plus utilisées. Elles ont ensuite été converties en pourcentage et analysées dans différents tableaux comparatifs afin de répondre aux hypothèses posées, c'est-à-dire : est-ce que la variété des interventions augmente, est-ce que le type d'intervention est le même avec chaque patient, est-ce que les changements dans la méthode du thérapeute sont en lien avec des difficultés, est-ce que le thérapeute est intégratif ?

Les interventions qui n'ont jamais été utilisées ont été supprimées du tableau final pour alléger la présentation. Les catégories « psychanalytique » et « psychodynamique » ont été fusionnées, ainsi que les catégories « cognitive » et « comportementale ».

Par ailleurs, les interventions dénommées « autres interventions » dans le CPIRS n'ont pas été considérées comme du dialogue thérapeutique, puisqu'elles n'appartiennent pas à un modèle thérapeutique.

Les interventions considérées comme du dialogue thérapeutique ont été divisées en deux groupes : interventions non spécifiques et interventions spécifiques. Les interventions non spécifiques sont toutes les interventions appelées « facteurs communs » dans le CPIRS. Elles ont été classées sous « non spécifique » parce qu'elles n'appartiennent pas à une école thérapeutique en particulier, mais se retrouvent dans plusieurs modèles thérapeutiques. Les interventions spécifiques sont toutes les interventions qui appartiennent spécifiquement à un modèle thérapeutique.

L'interprétation de ce que fait le thérapeute pendant une session ne s'est pas basée uniquement sur les tableaux de résultats, mais a aussi été effectuée directement grâce aux dialogues de la série. Les verbatims des sessions ont en effet permis d'identifier dans quel contexte les interventions étaient utilisées - et donc dans quel contexte le thérapeute utilisait un modèle thérapeutique plutôt qu'un autre, ou changeait de modèle en cours de séance.

## **4. Résultats**

Les résultats sont présentés d'abord de manière générale puis au fur et à mesure des hypothèses posées dans l'introduction.

### **4.1 Répartition générale des résultats**

Le tableau 1 présente toutes les interventions, en pourcentage, observées au cours de la totalité des entretiens et pour les deux patients. Les interventions qui n'ont pas été utilisées ont été supprimées du tableau. Un tableau contenant toutes les interventions par patient et par séance est disponible sur demande.

Les interventions que le thérapeute a le plus utilisées avec les deux patients sont des interventions non spécifiques. Elles correspondent aux facteurs communs (77.27%). Les facteurs communs étant divisés en plusieurs catégories dans le CPIRS, la même présentation a été gardée pour les résultats. La sous-catégorie la plus utilisée est « coaching » (25.11%). Vient ensuite dans leur ordre d'utilisation : « processus directif » (23.16%), « facilitateurs » (17.32%), « soutien éclairé » (11.69%).

La deuxième catégorie d'intervention la plus utilisée est celle du dialogue non thérapeutique, c'est-à-dire les « autres interventions » dans le CPIRS. Ces interventions ont été utilisées à hauteur de 14.94 %.

Catégories		Interventions utilisées	Total April (%)	Total Walter (%)	Pondération sur toutes les séances (%)	Totaux par catégories (%)
Facteurs communs	Facilitateur	1. Empathie	0.83	0.91	0.87	17.32
		2. Acceptation	0.83	1.36	1.08	
		3. Implication	14.46	13.18	13.85	
		4. Chaleur	0.41	1.36	0.87	
		5. Rapport	0.41	0.91	0.65	
	Soutien éclairé	6. Collaboration	3.31	10.00	6.49	11.69
		7. Rassurance directe	2.89	0.91	1.95	
		9. Reformulation du problème	4.13	2.27	3.25	
	Coaching	10. Encouragement visant le soutien	0.41	0.00	0.22	25.11
		12. Explication de la méthode thérapeutique	0.00	0.91	0.43	
		13. Guidance explicite	21.90	24.55	23.16	
		14. Contrôle actif	0.41	0.00	0.22	
	Processus directif	15. Conseils et guidance	1.65	0.45	1.08	23.16
		17. Dévoilement	9.50	13.18	11.26	
21. Challenging		14.05	9.55	11.90		
Approche cognitive		31. Thèmes cognitifs	0.41	0.91	0.65	1.52
Approche expérientielle		40. Chercher des explications alternatives	1.65	0.00	0.87	
		44. Mettre l'emphase sur les sentiments	1.24	2.27	1.73	2.82
		46. Interventions se référant à des signaux non verbaux	0.00	0.45	0.22	
		59. Interprétations de souhaits, de sentiments ou d'idées refoulées	0.83	0.45	0.65	
		60. Interprétation de transfert	0.41	0.00	0.22	
Approche psychodynamique		61. Confrontation	1.24	2.73	1.95	3.46
		62. Patterns dans le comportements ou l'expérience	0.41	0.45	0.43	
		63. Patterns dans les relations	0.83	1.36	1.08	
		78. Demander davantage d'informations ou à élaborer	13.22	7.27	10.39	14.94
Autres interventions		79. Clarification, reformulation dans d'autres mots	3.72	4.09	3.90	
		80. Reformulation d'un comportement d'une manière auparavant non reconnue explicitement	0.41	0.45	0.43	
		81. Utilisation de métaphores	0.41	0.00	0.22	

Tableau 1 : Pourcentage des interventions utilisées par patient, puis sur l'entier des séances, puis par catégorie.



Les interventions spécifiques sont celles que Paul a le moins utilisées (7.80%). Néanmoins, les interventions psychodynamiques (3.46%) ont été plus utilisées que les interventions expérientielles (2.82%) et cognitives (1.52%) et cela chez les deux patients.

Les facteurs communs et le dialogue non thérapeutique représentent donc 92.2% du dialogue entre le thérapeute et le patient, pour les deux patients et pour l'ensemble des séances. Ils sont davantage utilisés au début de la thérapie puis leur utilisation diminue. Ceci est valable avec les deux patients. L'utilisation des interventions spécifiques, varie d'un patient à un autre et d'une séance à une autre mais les catégories d'interventions (c'est-à-dire l'école thérapeutique) sont les mêmes d'un patient à un autre. Les tableaux 2 et 3 illustrent ces différents éléments.

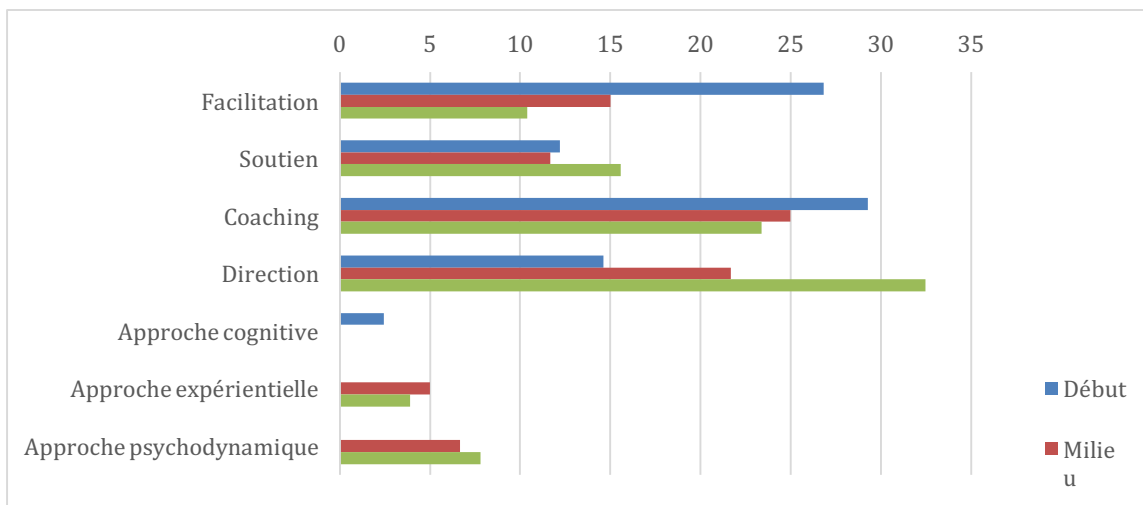


Tableau 2 : Proportion des différentes catégories d'interventions de Walter en fonction du moment de la thérapie

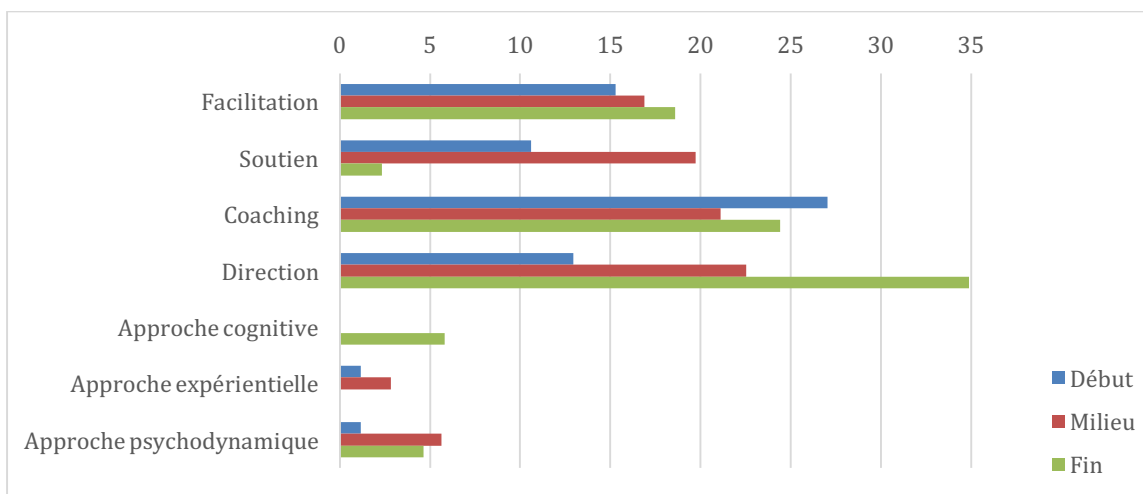


Tableau 3: Proportion des différentes catégories d'interventions de April en fonction du moment de la thérapie

## 4.2 La variété des interventions augmente au cours des séances

Pour répondre à cette hypothèse, le nombre d'interventions différentes utilisées par séance a été compté. Puis les résultats ont été comparés d'une séance à une autre, et cela pour les deux patients.

La variété des interventions augmente dès le début de la thérapie, pour arriver à son maximum lors de la séance du milieu, puis diminuer jusqu'à la fin de la thérapie. Pour arriver à cette conclusion, après avoir codé les épisodes, le nombre d'interventions différentes par séance a été compté. Puis les résultats ont été comparés d'une séance à une autre, et cela pour les deux patients (cf. tableau 4).

Le schéma est le même pour les deux patients. Le fait que la variation du nombre d'interventions utilisées soit la même pour les deux patients fait penser à une sorte de schéma répétitif. Le thérapeute commencerait, lors de la première séance, par établir une hypothèse diagnostique et explorer les plaintes du patient. Pour cela, il utilise surtout des interventions de type facteur commun et dialogue non thérapeutique, qui pourraient favoriser l'établissement d'un lien thérapeutique.

En fonction du processus qui se déroule, le thérapeute utiliserait alors d'autres types d'interventions à mesure qu'il est confronté aux spécificités de son patient, ou à d'éventuelles difficultés. Le thérapeute devrait alors tester différentes approches afin d'apprendre à connaître son patient. C'est peut-être par le biais de cette approche d'« essais-erreurs », que se forgerait ou se consoliderait la relation thérapeute-patient.

Pour les deux patients, le moment où le thérapeute utilise la plus grande variété d'interventions correspond au milieu de la thérapie. Puis la thérapie s'acheminant vers la fin, la variété des interventions diminue de nouveau.

Bien que la variété des interventions utilisées diminue vers la fin de la thérapie, le nombre de celles qui sont spécifiques (cf. tableau 5) augmente par rapport au début, et cela pour les deux patients. Cet état de fait confirmerait l'hypothèse « essais-erreurs » mentionnée plus haut, selon laquelle une sorte de schéma d'intervention se mettrait en place. Le thérapeute connaissant de mieux en mieux le patient, il n'a plus besoin d'utiliser une aussi grande variété d'intervention, mais peut se concentrer sur celles dont il a expérimenté qu'elles ont l'effet désiré. On peut aussi considérer que le patient a lui aussi progressé et que l'utilisation de certaines méthodes plutôt que d'autres devient possible.

La variété des interventions n'augmente donc pas de manière linéaire au cours des séances, mais est plutôt fonction de moments précis dans la thérapie, reflétant le cheminement du patient à travers ses problèmes, mais également celui de la relation thérapeute-patient qui se construit au fil des séances. Concrètement c'est le travail conjoint du patient et du thérapeute qui conduirait aux résultats.

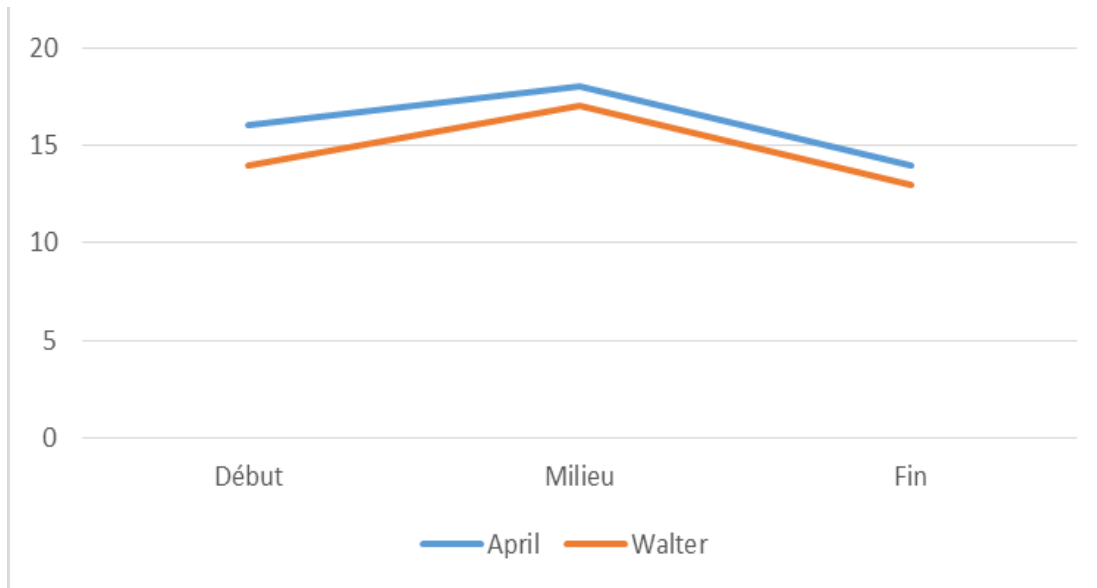


Tableau 4 : Evolution du nombre d'interventions différentes par séance pour les deux patients

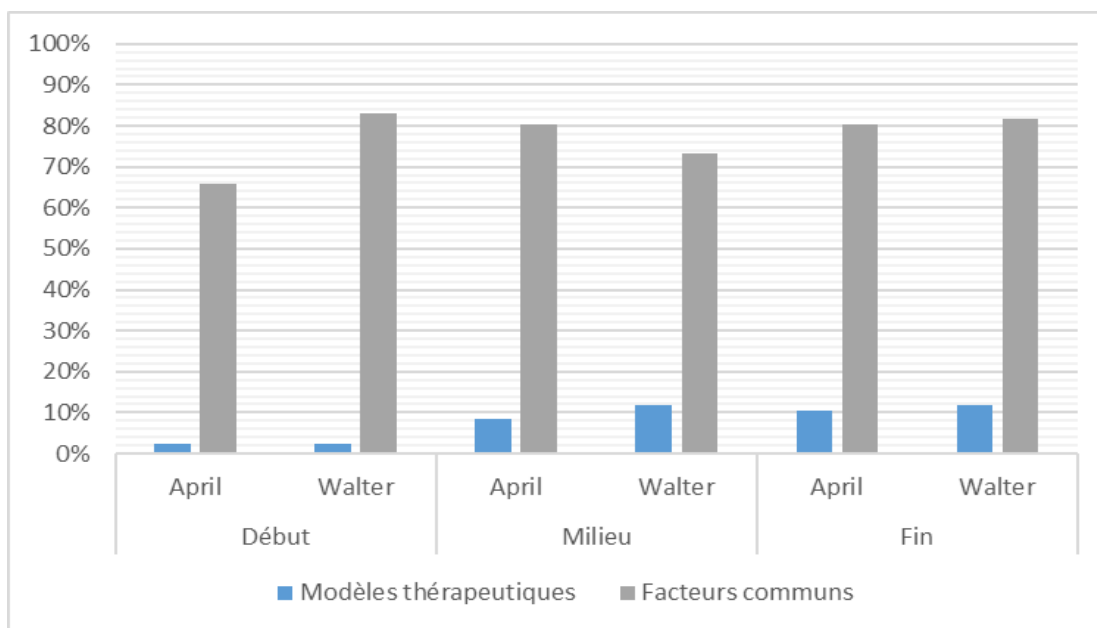


Tableau 5 : Proportion des interventions spécifiques et non spécifiques de Walter et April en fonction du moment de la thérapie

### 4.3 Le type d'intervention, pour une même séance, n'est pas le même avec chaque patient

Chaque séance a été comparée avec une séance équivalente chez l'autre patient ; en d'autres termes, la première séance de Walter a été comparée avec la première séance d'April et ainsi de suite pour toutes les séances. Pour ce faire, les épisodes ont été codés avec le CPIRS, ce qui a permis de mettre en évidence quel type d'intervention a été utilisé, mais également à quelle fréquence. Le test du Chi carré a été appliqué aux valeurs des fréquences d'utilisation des interventions.

Pour cette hypothèse, les interventions retrouvées lors du codage ont été classées comme suit ; une division entre facteurs communs et thérapie spécifique a été faite. Les thérapies spécifiques ont été regroupées sous une même entité, puisque le codage des épisodes avait mis en évidence que Paul utilisait les mêmes écoles thérapeutiques pour les deux patients.

Parmi les résultats obtenus, (séance 1 : Chi2 (4) = 1.318, p = 0.858, séance 3 : Chi (4) = 2.327, p = 0.676)) c'est la comparaison de la dernière séance d'April et de Walter (séance 6 : Chi2 (4) = 10.271, p = 0.036)) qui est la plus intéressante, le test du Chi carré montrant une différence significative entre ces deux séances. (tableau 6)

	Type d'intervention					Total
	Facilitateur	Soutien	Coaching	Direction	Thérapie	
April	16 (20,51%)	2 (2,56)	21 (26,92%)	30 (38,46%)	9 (11,53%)	78
Walter	8 (11,11%)	12 (16,66%)	18 (25%)	25 (34,72%)	9 (12,5%)	72
Total	24	14	39	55	18	150

Tableau (6) : Fréquence et type d'interventions utilisées pour la dernière séance de thérapie de Walter et d'April

Le tableau montre que les variations d'interventions d'un patient à l'autre pour une même séance résident plutôt dans leur fréquence que dans leur type lorsqu'il s'agit des facteurs communs. Le tableau met aussi en évidence que les facteurs communs sont ce qui est le plus utilisé lors des séances.

Concernant les interventions spécifiques, leur fréquence d'utilisation d'un patient à l'autre est similaire pour la séance étudiée.

Par contre, ce que le tableau ne montre pas, c'est que bien qu'il utilise les mêmes techniques thérapeutiques pour les deux patients, Paul n'utilise pas les mêmes interventions au sein de celles-ci. (on dirait donc qu'il a un style de prédilection, mais qu'il l'adapte en fonction du patient et du contexte de la séance).

En résumé, les facteurs communs constituent une partie importante de la thérapie. Ils constituent l'essentiel du dialogue puisqu'ils permettent entre autre de construire la relation de confiance thérapeute-patient, mais aussi de faire progresser suffisamment

le patient dans ses réflexions pour ensuite pouvoir utiliser des éléments de la thérapie spécifique.

Les facteurs communs constituant dès lors la plus grande part du dialogue, il n'est pas surprenant de constater que c'est entre eux que résident les plus grandes différences

Celles-ci résident probablement dans le fait que les besoins des patients diffèrent et que ce qui est en jeu d'une séance à l'autre diffère également. La variation d'utilisation de facteurs communs pourrait alors être interprétée comme une capacité du thérapeute à s'adapter d'un patient à l'autre et à être à l'écoute, ainsi qu'à entrer dans un dialogue avec le patient et à le suivre au fil de ses émotions et réflexions

En conclusion, le type d'intervention que Paul utilise reste relativement similaire d'une séance à l'autre, dans le sens où il utilise presque toujours les mêmes techniques thérapeutiques. Leur fréquence d'utilisation varie, tout comme varie leur contexte d'utilisation, montrant à quel point le thérapeute s'adapte à son patient.

#### **4.4 Les changements dans le style d'intervention du psychothérapeute sont en lien avec des difficultés rencontrées par celui-ci dans le processus psychothérapeutique**

Pour discuter cette hypothèse, des passages de séances durant lesquels Paul n'utilisait pas une technique psychodynamique ont été analysés. Un seul exemple avec chaque patient a été retenu et illustré par des extraits des verbatim des épisodes. Il s'agit d'exemples d'utilisation d'interventions expérientielles et cognitives, seules utilisées par Paul, hors de l'approche psychodynamique.

##### Séances avec April

Lors des séances avec April, les approches cognitives et expérientielles ont été utilisées par moment. En ce qui concerne l'approche cognitive, Paul ne l'utilise que lors de la dernière séance. Le verbatim de la dernière séance montre que cette approche est utilisée à un moment très important du dialogue : Paul essaie de faire réfléchir April sur son frère Daniel et sur sa famille. Il a essayé de le faire à chaque session précédente, mais sans grand succès. Les numéros en marge correspondent aux interventions du CPIRS.

##### *Dialogue Paul-April : semaine 6, dernière séance*

<i>Paul - Voilà comment je l'avais vu moi, si vous dites non vous êtes parfaite, si vous dites oui, vous êtes humaine ! Pourquoi croyez-vous que votre mère vous a dit de garder vos sentiments pour vous, pour vous-même.</i>	21- Challenging
<i>April - Elle voulait m'éviter d'être blessée.</i>	
<i>Paul - Selon vous est-ce qu'il pourrait y avoir un rapport avec Daniel ?</i>	13 - Guidance explicite
<i>April - A quoi pensez-vous ?</i>	
<i>Paul - Daniel ne pouvait pas contrôler ses émotions alors il devenait très violent quand il était contrarié. Oui. Alors peut-être que, que des réactions</i>	40 - Chercher des explications

<p><i>émotionnelles exacerbées venant de vous, et même si c'était une réaction appropriée face à des circonstances données, alors peut-être que votre mère repensait à, à Daniel et d'une certaine manière ça l'effrayait.</i></p> <p><b>April</b> - <i>Cette terre est un sacré bazar. Elle, elle a seulement voulu m'apprendre à me protéger.</i></p> <p><b>Paul</b> - <i>Peut-être ne vous a-t-elle pas donné le temps pour que vous appreniez à vous connaître d'abord. Pour savoir qui vous allez devoir protéger.</i></p> <p><b>April</b> - <i>Vous croyez que je ne sais pas qui je suis ?</i></p> <p><b>Paul</b> - <i>Je pense que vous avez fonctionné pendant longtemps en réaction à votre mère.</i></p> <p><b>April</b> - <i>À l'hôpital elle était si furieuse qu'elle n'osait pas me regarder. Elle n'arrêtait pas d'entrer et de sortir de la chambre, donnant des ordres aux docteurs et je, je voulais partir de là.</i></p> <p><b>Paul</b> - <i>Peut-être n'était-elle pas furieuse. Peut-être avait-elle peur.</i></p> <p><b>April</b> - <i>Je m'en moque !</i></p>	<p>alternatives</p> <p>40 - Chercher des explications alternatives</p> <p>21- Challenging</p> <p>40 - Chercher des explications alternatives</p>
--	--

Cet extrait montre qu'à un moment de la séance, le thérapeute pose une question fermée, très claire (« *Selon vous est-ce qu'il pourrait y avoir un rapport avec Daniel?* »), à laquelle April répond par une question (« *A quoi pensez-vous ?* »). C'est le moment-clé où la séance tourne, puisque le rapport semble s'inverser, dans la mesure où c'est le patient qui renvoie le thérapeute à sa propre réflexion, en lui posant une question. Toutefois, la position d'April pourrait relever davantage de l'évitement, que d'une stratégie consciente de confrontation du thérapeute.

A ce stade de la séance, Paul dispose de plusieurs options : rester dans une démarche psychanalytique (au risque de perdre le dialogue avec son patient), qui consiste plutôt à ne pas donner lui-même des interprétations avant que le patient n'ait commencé à établir des réflexions et des liens sur les sujets présents dans la séance. Ou passer à d'autres outils thérapeutiques, comme il le fait ici en utilisant une approche cognitive (40 – chercher des explications alternatives).

Cela confirme qu'un thérapeute, même issu d'une certaine école thérapeutique, se donne la possibilité de passer à un autre outil pour provoquer une réaction chez le patient ou surmonter lui-même une difficulté lors du traitement.

### Séances avec Walter

Lors des séances avec Walter, Paul a également utilisé d'autres approches thérapeutiques par moment. Les interventions cognitives ont été utilisées uniquement dans la première séance et les interventions expérientielles sont présentes de manière dégressive de la séance du milieu à la dernière séance.

*Dialogue Paul- Walter : semaine 3, séance du milieu*

**Walter** - Oh, pff, elle a au moins le mérite d'avoir été claire. J'ai reçu un mail d'elle quand je suis retourné à mon hôtel, selon elle je suis un dominateur, que j'ai des tendances obsessionnelles, que je suis la cause de toutes ses angoisses, qu'il est impossible de s'épanouir ou de grandir à côté de moi, et heu c'est pour ça qu'elle a dû s'éloigner et que là j'avais, j'avais gâché son unique chance de se libérer de moi. Vous voyez pourquoi je suis ici. Je l'ai senti venir dans les derniers mails qu'elle m'a envoyés.

**Paul** - Mhm, mhm. Vous savez en entendant le contenu de ce mail ça m'a, pouvons nous parler de la façon dont vous êtes arrivé aujourd'hui ? Complètement absorbé avec vos deux portables. Et en me tendant vos sacs comme si j'étais un garçon d'étage, mais, enfin, presque comme ça.

**Walter** - Je suis désolé si je vous ai blessé.

**Paul** - Non, non vous ne m'avez pas blessé mais ça a attiré mon attention. Nous avons, nous savons tous les deux que vous êtes un excellent directeur, de classe mondiale. Mais, mais dans d'autres rôles, que vous ne maîtrisez pas entièrement comme par exemple être un patient ici, ou peut-être quand vous avez rendu visite à Nathalie, dans ces cas là, vous n'êtes pas dans votre élément.

**Walter** - Mais que dites-vous ! Je n'ai jamais contrôlé Nathalie, je lui ai donné tout ce qu'elle voulait !

**Paul** - Bien sûr. Vous lui avez donné ce qu'elle voulait. Et ça c'est quelque chose de difficile à faire pour d'autres parents, mais pas pour vous. Croyez-vous qu'il soit possible que la chose difficile à faire pour vous serait de la laisser faire ce qu'elle veut ? La laisser aller où elle veut. Est-ce que vous trouvez qu'elle, qu'elle s'éloignait de vous dans tous ses mails ? Et puis, quand vous l'avez vue dans ce camp, avez-vous pris peur ? Avez-vous été effrayé de la perdre et avez-vous éprouvé le besoin de lui dire de préparer ses affaires et de rentrer à la maison ?

**Walter** - Ça alors ! Est-ce qu'un père ne peut pas s'inquiéter pour sa fille ?

46 -  
Interventions  
se référant à  
des signaux  
non verbaux

63 - Patterns  
dans les  
relations

44 - Mettre  
l'emphase sur  
les sentiments

Le fait que Walter arrive en séance avec un sujet de discussion, ici le mail qu'il a reçu, permet à Paul de partir d'un exemple concret pour aborder le schéma relationnel répétitif de Walter.

On peut poser l'hypothèse que Paul utilise la méthode expérientielle pour deux raisons. La première est que de ne pas réagir à ce que le patient apporte en séance ne serait pas stratégique. La deuxième raison est que, avec un patient comme Walter, qui donne peu de prise au thérapeute - de par le peu d'éléments et d'informations qu'il apporte habituellement dans les séances - et avec qui Paul a de la difficulté depuis le début de la thérapie à nouer une simple discussion, l'utilisation de cette technique permet de se concentrer sur des situations concrètes et sur ce que le patient ressent.

Pourtant Paul ne parvient pas à amener Walter à parler de la façon dont il se comporte, puisque Walter fait diversion : « *je suis désolé si je vous ai blessé* ». Paul indique alors de façon plus confrontante qu'il souhaite aborder le sujet du schéma relationnel, en émettant une hypothèse sur la manière dont Walter fonctionne dans ses relations. Pour

cela il utilise une intervention psychodynamique. Cela semble être trop direct pour Walter, puisqu'il réfute très vivement ce que Paul avance, et surtout semble ne pas comprendre où Paul veut en venir.

Comme s'il était allé trop loin, Paul revient alors à une approche expérientielle. En effet, il semble que rester sur des sujets de discussions concrets comporte moins de risque de rupture de dialogue que d'adopter une démarche psychodynamique, qui, elle, est apparemment trop confrontante.

D'une manière générale, en analysant les verbatims des séances, l'utilisation des écoles autres que celle dans laquelle Paul est formé a presque systématiquement lieu à des moments de difficultés pour le thérapeute. Les ruptures de communication ainsi que les mécanismes de défense des patients semblent obliger le thérapeute à sortir de sa zone de confort, c'est-à-dire la technique pour laquelle il a été formé, pour en utiliser une autre. On peut alors se demander si cela est fait de manière intuitive ou si le thérapeute décide consciemment d'utiliser une autre technique.

#### **4.5 Le type d'intervention de Paul s'inscrit dans le modèle intégratif**

Un thérapeute intégratif est un thérapeute utilisant des méthodes de travail provenant de plusieurs écoles thérapeutiques. Il y a théoriquement quatre courants d'intégration : l'intégration assimilative, l'intégration théorique, l'éclectisme théorique et les facteurs communs.

Les résultats des codages des verbatims montrent que Paul utilise d'autres méthodes que celle de la psychanalyse. La méthode de travail de Paul correspond donc bien au modèle intégratif, puisqu'il utilise un mélange d'interventions spécifiques provenant de différentes écoles thérapeutiques.

Il est difficile d'identifier à quel courant d'intégration Paul s'apparente, mais au vu de la majorité de facteurs communs utilisés, on peut dire qu'il utilise surtout des facteurs communs. Cette observation reste cependant banale car la majorité des thérapeutes intégratifs utilisent beaucoup de facteurs communs et cela peu importe de quel courant d'intégration ils se revendiquent. D'autre part les manières de pratiquer les différentes méthodes d'intégration se révèlent être assez semblables. La pertinence d'assimiler une pratique intégrative à un courant précis semble donc vaine.

## **5. Discussion et conclusion**

Notre travail s'est intéressé à la variété des interventions d'un psychothérapeute travaillant selon le modèle psychanalytique avec deux patients, April et Walter, et sur un processus de six séances. Pour ce faire le CIRS a permis de décrire la variété d'interventions que Paul a utilisées au cours des six séances.

Les résultats ont montré que le thérapeute utilise majoritairement des interventions relevant des facteurs communs. Pour le reste, il utilise d'autres approches



thérapeutiques en plus de la psychanalyse. Ces résultats ne sont pas surprenants et corroborent ce que la littérature dit sur ce thème. (1,3,16,6)

Notre première hypothèse s'intéressait à observer si la variété des interventions augmentait au cours des séances. Elle a été confirmée puisque la variété des interventions atteint son maximum en milieu de thérapie, puis diminue. En plus d'utiliser beaucoup de facteurs communs, Paul utilise des interventions thérapeutiques principalement psychodynamiques, mais aussi expérientielles et cognitives. Ce résultat va à l'inverse de ce que la littérature postule sur les thérapeutes intégratifs, (1,16) c'est-à-dire que les thérapeutes intégratifs utilisent majoritairement des approches thérapeutiques autres que celle à laquelle ils ont été formés.

La deuxième hypothèse énonce que le type d'intervention, pour une même séance, n'est pas le même avec chaque patient. Cette hypothèse a également été confirmée, les variations résidant surtout dans l'utilisation des facteurs communs et pouvant être interprétées comme une capacité du thérapeute à s'adapter à différentes situations thérapeutiques.

La troisième hypothèse postulait que les changements dans la méthode d'intervention du psychothérapeute sont en lien avec des difficultés rencontrées par celui-ci dans le processus psychothérapeutique. Cette hypothèse s'est confirmée dans l'observation des différentes séquences lors desquelles les blocages du patient ont poussé le thérapeute à adopter d'autres schémas.

Finalement, ce travail visait également à définir si le type d'intervention du thérapeute s'inscrivait dans le modèle intégratif. Nous considérons que c'est le cas puisque la définition de ce qu'est un thérapeute intégratif donnée par la littérature (6) correspond à la pratique de Paul dans la série.

Il est étonnant que l'étude de ce que font les thérapeutes pendant leurs sessions et de ce qui initie le changement chez le patient intéresse si peu les professionnels, chercheurs et cliniciens si l'on dénombre les études consacrées à ce thème. On peut attribuer ce manque d'intérêt à la complexité du sujet abordé, puisque cela impliquerait de mesurer des paramètres tels que la personnalité du thérapeute, celle du patient, ainsi que la relation thérapeute – patient.

D'une manière générale, ce travail d'analyse au moyen du CPIRS est intéressant et fructueux. Il a en effet permis de discuter les hypothèses posées et de constater que le thérapeute est intégratif puisqu'il utilise plusieurs écoles thérapeutiques. Ce résultat était attendu puisque Norcross (1), et d'autres (3,16), ont montré au cours de ces dernières années que la majorité des psychiatres aux USA se définissaient comme intégratifs. Le script d'« In Treatment », malgré certaines extravagances du thérapeute, pourrait être un miroir de la pratique thérapeutique américaine romancée et peut être aussi de la pratique européenne.

L'intérêt de ce travail tient aussi à l'observation d'une méthode propre à un thérapeute. En d'autres termes, cette méthode est la somme de la formation reçue, des affinités

pour certaines autres techniques, de la personnalité du thérapeute et de celle du patient et enfin de l'interaction entre les deux. Cependant, pondérer l'importance de chacun de ces éléments semble difficile et complexe.

Sur le plan technique, cette analyse d'extraits de la série « In Treatment » montre l'intérêt du CPIRS comme instrument d'observation de la technique psychothérapeutique. En effet le grand nombre d'items issus de plusieurs thérapies différentes qu'il possède a permis de confirmer qu'il est un instrument approprié à l'analyse de ce que fait le thérapeute. En effet ce travail portant sur l'analyse de verbatim et d'une série télévisée, il aurait été peu judicieux de choisir un instrument davantage orienté sur l'intention et le non verbal du thérapeute.

Ce travail comporte plusieurs limitations. Tout d'abord, il faut noter que « In Treatment », bien que proche de la réalité, contient une dimension romancée, puisqu'il s'agit d'une fiction télévisée. Il faudrait, pour être plus pertinent, pouvoir analyser des séances réelles. Cela pose la question de la pratique réelle des thérapeutes sur le terrain hors champs de la caméra. On observe en effet que le thérapeute, dans la série, s'implique beaucoup et parfois de manière inappropriée, pour satisfaire la nécessité de donner une certaine dynamique au scénario.

Il conviendrait également de disposer d'un échantillon plus important de patients mais aussi de thérapeutes. Il pourrait également être intéressant d'étudier des séances avec des thérapeutes provenant d'écoles thérapeutiques autre que la psychanalytique.

Sur la base de ce travail, il serait aussi intéressant de pousser la réflexion dans plusieurs directions : le thérapeute utilise-t-il d'autres techniques, de manière consciente ou pas, utilise-t-il diverses techniques uniquement lorsqu'il est très à l'aise avec celles-ci. Il serait également intéressant de tenter d'analyser la personnalité du thérapeute et du patient et leur manière d'interagir lors de la thérapie.

## 6. Bibliographie

1. Norcross JC, Karpiak CP, Lister KM. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *J Clin Psychol.* 2005 Dec;61(12):1587–94.
2. Castonguay LG, Eubanks CF, Goldfried MR, Muran JC, Lutz W. Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychother Res.* 2015 May 4;25(3):365–82.
3. Solomonov N, Kuprian N, Zilcha-Mano S, Gorman BS, Barber JP. What do psychotherapy experts actually do in their sessions? An analysis of psychotherapy integration in prototypical demonstrations. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2016;26(2):202–16.
4. Trijsburg RW, Lietaer G, Colijn S, Abrahamse RM, Joosten S, Duivenvoorden HJ. Construct validity of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale. *Psychother Res.* 2004 FAL;14(3):346–66.
5. Collectif, Duruz N, Gennart M. *Traité de psychothérapie comparée.* Genève: Médecine & Hygiène; 2002. 425 p.
6. Norcross JC, Goldfried MR. Norcross, J.C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. In: *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed). New York: Oxford University Press; 2005. p. 3–24.
7. Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn HN. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, all must have prizes". *Psychol Bull.* 1997 Nov;122(3):203–15.
8. Luborsky L, Rosenthal R, Diguer L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, et al. The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well-Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2006 May 11;9(1):2–12.
9. Marcus DK, O'Connell D, Norris AL, Sawaqdeh A. Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clin Psychol Rev.* 2014 Nov;34(7):519–30.
10. Luborsky L. Are Common Factors Across Different Psychotherapies the Main Explanation for the Dodo Bird Verdict That Everyone Has Won so All Shall Have Prizes. *Clin Psychol-Sci Pract.* 1995 SPR;2(1):106–9.
11. Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology.* 2001;48(3):251–7.
12. Butler SF, Strupp HH. Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 1986;23(1):30–40.
13. Pfammatter M, Tschacher W. Common and Specific Factors of Psychotherapy - a Review of the Current Position. *Z Psychiatr Psychol Psychother.* 2012;60(1):67–76.
14. Tschacher W, Junghan UM, Pfammatter M. Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy- Results of an Expert Survey. *Clin Psychol Psychother.* 2014 Jan;21(1):82–96.

15. Kramer U, de Roten Y, Despland J-N. Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques Psychologiques*. 2005 Dec;11(4):359–70.
16. Thoma NC, Cecero JJ. Is Integrative Use of Techniques in Psychotherapy the Exception or the Rule? Results of a National Survey of Doctoral-Level Practitioners. *Psychotherapy*. 2009 Dec;46(4):405–17.
17. Norcross J, Prochaska J. A Study of Eclectic (and Integrative) Views Revisited. *Prof Psychol-Res Pract*. 1988 Apr;19(2):170–4.
18. McCarthy KS, Barber JP. The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): Initial report. *Psychother Res*. 2009;19(1):96–113.
19. Jones EE, Pulos SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(2):306–16.
20. Barber JP, Liese BS, Abrams MJ. Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychother Res*. 2003 SUM;13(2):205–21.
21. Hilsenroth MJ, Blagys MD, Ackerman SJ, Bonge DR, Blais MA. Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy*. 2005 FAL;42(3):340–56.
22. Ablon JS, Jones EE. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res*. 1998 SPR;8(1):71–83.
23. Ablon JS, Levy RA, Katzenstein T. Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy*. 2006 SUM;43(2):216–31.
24. McCarthy KS, Keefe JR, Barber JP. Goldilocks on the couch: Moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychother Res*. 2016 May 3;26(3):307–17.
25. Meystre C, Pascual-Leone A, De Roten Y, Despland J-N, Kramer U. What interventions facilitate client progress through the assimilation model? A task analysis of interventions in the psychodynamic treatment of depression. *Psychother Res*. 2015 Jul 4;25(4):484–502.
26. Barnett L. How realistic is In Treatment? [Internet]. *the Guardian*. [cited 2015 Feb 24]. Available from: <http://www.theguardian.com/society/2011/apr/26/in-treatment-british-psychotherapists>
27. Greenberg HR. In Treatment : Doctor Paul Weston - Psychotherapist or cinetherapist. *The Psychoanalytic Review*. 2011;98:121–34.
28. Kahr B. Dr Paul Weston and the bloodstained couch. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2011 Aug 1;92(4):1051–8.
29. Gabbard G, Horowitz M. Using Media to Teach How Not to Do Psychotherapy. *Acad Psych*. 2010 Feb;34(1):27–30.

Annexe 1 : catégories du CPIRS

Facteurs communs	Facilitateur	1. Empathie
		2. Acceptation
		3. Implication
		4. Chaleur
		5. Rapport
	Soutien éclairé (réassurance)	6. Collaboration
		7. Rassurance directe
		8. Responsabilité à l'extérieur du patient
		9. Reformulation du problème
	Coaching	10. Encouragement visant le soutien
		11. Thérapeute comme expert
		12. Explication de la méthode thérapeutique
		13. Guidance explicite
		14. Contrôle actif
		15. Conseils et guidance
		16. Approche didactique
	Processus directif	17. Dévoilement
		18. Exploration d'activités à essayer hors thérapie
		19. Explication de la direction donnée à la séance
		20. Résumer
		21. Challenging
	Structuring	22. Déterminer et suivre l'ordre du jour de la séance
		23. Donner des tâches à faire à la maison
		24. Passer en revue les tâches faites à la maison
		25. Planifier / Structurer les tâches à faire
		26. Self-monitoring
Approche comportementale	27. Explorer de nouvelles manières de se comporter avec les autres	
	28. La relation thérapeutique comme modèle	
	29. Entraînement des compétences	
	30. Procédure comportementale	
Approche cognitive	31. Thèmes cognitifs	
	32. Relation entre pensées et sentiments	
	33. Compte-rendu des cognitions	
	34. Explorer la signification personnelle de pensées	
	35. Reconnaître les erreurs cognitives	
	36. Identifier les convictions (assumptions) sous-jacentes	
	37. Distanciations des croyances	
	38. Examen des preuves disponibles	
	39. Mise à l'épreuve (prospective) des croyances	
	40. Chercher des explications alternatives	
	41. Conséquences réalistes	
	42. Valeur adaptative/fonctionnelle des croyances	
	43. Mise en pratique des réponses rationnelles	
Approche expérimentale	44. Mettre l'emphase sur les sentiments	
	45. Guidance subtile	
	46. Interventions se référant à des signaux non verbaux	
	47. Se focaliser sur l'expérience émotionnelle présente	
	48. Reconnaître et nommer des sentiments non exp	

	49. Obtenir un feedback du patient
	50. Déroulement (evocative unfolding) des réactions problématiques
	51. Utiliser la relation thérapeutique pour expliquer des réactions
Procédure expérientielles	52. Two-chair dialogue
	53. Empty-chair dialogue
	54. Silence
Interventions psychanalytiques	55. Pointer l'attention sur des sentiments inacceptables
	56. Exploration d'expériences passées
	57. Lier le présent au passé (de manière descriptive)
	58. Interprétation des défenses
	59. Interprétations de souhaits ou d'idées refoulées
	60. Interprétation de transfert
Approche psychodynamique	61. Confrontation
	62. Patterns dans le comportement ou l'expérience
	63. Patterns dans les relations
	64. Lier des hypothèses (de manière descriptive)
Approche stratégique	65. Interventions paradoxales
	66. Appliquer un rituel
	67. Tâches ambiguës
Interventions dynamiques de groupe	68. Approfondir l'expérience individuelle en relation au groupe
	69. Stimuler la communication interpersonnelle
	70. Feedback personnel dans l'ici-et-le-maintenant
	71. Clarifier les interactions et les processus de groupe
	72. Fournir de l'espace
Interventions systémiques (de groupe)	73. Intervention centrée sur des participants autre que le « patient »
	74. Donner forme à des pratiques parentales
	75. Coacher les interactions entre les multiples participants durant la séance
	76. Préparer un participant aux interactions en séance à venir
Autre interventions	77. Indépendance
	78. Demander davantage d'informations ou à élaborer
	79. Clarification, reformulation dans d'autres mots
	80. Reformulation d'un comportement d'une manière auparavant non reconnue explicitement.
	81. Utilisation de métaphores