

# ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES

## SIX POSTULATS POUR RESTER CRÉATIF

Fabienne KUENZLI

Notre époque est, entre autre, celle de l'avènement d'une certaine maturité pour penser la diversité des approches psychothérapeutiques. Familiale de la précieuse littérature anglo-saxonne sur ce sujet difficile et nécessaire, Fabienne Kuentzli en a pensé les implications concrètes pour les praticiens. Stimulant !

« La réflexion sur soi et le développement personnel ne devraient pas être factuels pour un clinicien, étant donné l'exigence que nous plaçons sur l'autre de se développer. » Lavender

clients, aux commandes du volant, ce qui est une fort bonne nouvelle. Nouvelle qui tombait sous le sens commun : ce sont les cliniciens qui font de la psychothérapie et non des modèles ni des interventions qui font le succès de la clinique.

## POSTULAT 1. LA PSYCHOTHÉRAPIE EST-ELLE EFFICACE ?

Le premier postulat nous procure la voie royale pour argumenter la suite du présent article. La psychothérapie est ainsi utile, efficace ; elle fait une différence. Le traitement par psychothérapie est deux fois plus efficace qu'un traitement placebo, et quatre fois plus utile qu'une absence de traitement (Miller et al. 2006 ; Lambert et Bergin, 1994 ; Assay et Lambert, 1999). Bergin (1971), Bergin et Lambert (1978), Smith et Glass (1980) mettent en exergue l'efficacité des traitements psychothérapeutiques. Des milliers de patients présentant des symptomatologies multiples ont été pris en compte. Aucune place n'est laissée au doute.

Suite à ce postulat, une attitude socratique nous semble utile, puisqu'il soulève une ribambelle de questions corollaires :

- En quoi réside l'efficacité du traitement ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent son succès ?
- Comment assurer la qualité d'une psychothérapie ?
- A quoi faudrait-il faire attention en tant que clinicien ?
- Que peut faire le clinicien dans sa consul-

FABIENNE KUENZLI  
Docteure en Psychologie, Psychothérapeute  
FSP-AVP et Licensed Marriage, Family, Child  
and Couples Therapist.

www.reflexivepractices.com  
fk@reflexivepractices.com



tation pour améliorer la qualité de ses pratiques (simplement, modestement) ? - Comment évaluer la qualité d'un traitement en psychothérapie ? Quand et à quelle fréquence serait-il approprié, recommandé de le faire ?

« Si nous devons appliquer envers nos collègues la distinction si importante avec nos patients entre ce qu'ils font et ce qu'ils

dit le « *dodo* verdict » de la psychothérapie, ainsi que l'a appelé Luborsky (1995) : à savoir que, puisque toutes les approches semblent équivalentes, il devrait y avoir des facteurs *panthéoriques* qui dépassent ou anticipent les différences entre les proches. Luborsky, pour définir le verdict du *dodo* (par la référence à Lewis Carroll dans *Alice au pays des merveilles*), qui

*Un psychothérapeute ne peut rien offrir d'autre que lui-même.*

disent qu'ils font, nous trouverions que l'accord est plus grand en pratique qu'en théorie. On est souvent d'accord sur le fait que nos techniques ne peuvent ni être unifiées, ni rigides, mais devraient varier en fonction de l'âge, des problèmes, des potentialités de nos clients et de l'unique personnalité du thérapeute... *Un psychothérapeute ne peut rien offrir d'autre que lui-même.* » (Rosenzweig, 1936, p.29)

Frank et Frank (1991) offrent une analyse perspicace du facteur commun. Selon eux, la psychothérapie devrait être analysée comme une « entité » ; les facteurs qui en font son efficacité sont communs à tous les modèles. Bien avant eux, dans les années 1930 déjà, les articles de Rosenzweig furent remarquablement avant-gardistes. C'est avec génie et bravoure qu'il y a près de soixante-dix ans, cet auteur avait pré-

comme celle-ci fait l'effet d'une allumette sur une trace de poudre. En tout cas, rares sont aujourd'hui les cliniciens qui ignorent ces recherches. L'alliance peut être évaluée, et seul le client est en mesure de décider de sa qualité. Certes, les deux parties en peuvent évaluer la qualité, mais avec des enjeux et des effets différents. Eu égard au succès du traitement, l'opinion du client est prépondérante. L'alliance est à peu près sept fois plus importante que le modèle ou la technique employée par le clinicien. Si l'on en croit les recherches, lorsqu'une difficulté apparaît en clinique, le thérapeute aurait tout intérêt à réparer

*... un engagement empathique, positif, collaboratif et congruent avec soi...*

d'abord l'alliance plutôt que de changer d'intervention ou de questionner la nature ou la forme de telle ou telle autre interprétation. En appliquant ce postulat à la lettre, nous suggérons, lorsqu'on rencontre une impasse clinique ou un risque de rupture d'alliance, de tourner son attention directement et respectueusement vers son client et de lui demander son avis. Une telle démarche a pour but d'améliorer la qualité de l'alliance et de réparer ainsi ce qui peut l'être.

Ces recherches suggèrent l'établissement d'un travail dialogique et collaboratif avec nos clients, dans le but d'amé-

liorer et de contrôler la qualité de l'alliance créée.

Changer la manière dont on approche et enseigne la psychothérapie sont des conséquences déroutantes mais certainement prometteuses découlant de ces massives découvertes issues du champ de la recherche. Comprenons-nous bien : nous défendons avec verve l'importance d'une position théorique cohérente, élaborée et structurée. Cette théorie devrait être construite en *progression*, en *alliance* et en *rapport* avec ce qui se passe dans la salle de thérapie. L'important est de questionner l'objet méthodologique et de le ren-

dre sensible à l'objet que l'on veut découvrir. Dans le récent champ de la psychothérapie centrée sur le processus (Duncan, Miller et Sparks, 2004), la méthodologie est plus sensible à l'évolution constante d'une alliance.

« La qualité de la participation en psychothérapie est le déterminant le plus important pour prédire le succès... La contribution du thérapeute pour arriver au succès est obtenue par un engagement empathique, positif, collaboratif et congruent avec soi... Ces relations entre processus et buts de la thérapie, basées littéralement sur des centaines de recherches empiri-

riques, peuvent être considérées comme des faits établis depuis plus de quarante ans de recherches. » (Orlinsky, Crawe et Parks, 1994).

### L'essentiel d'une définition : l'alliance

Bordin (1979), l'un des plus célèbres théoriciens de l'alliance, la définit comme « un partenariat entre client et thérapeute pour atteindre l'objectif du client ». Retenons les termes suivants : partenariat-entre-client-et-thérapeute-pour obtenir l'objectif-du client. Un partenariat implique que la raison présentée par le client

2002). » Il s'ensuit, ajoute Norcross, que la qualité de l'alliance est une puissante indicatrice de succès en psychothérapie, « incroyablement consistante », certainement bien plus que la différence entre les approches.

Comment centrer nos pratiques et nos enseignements sur l'essence de ce qui est le plus solide prédicteur de succès ? Il nous faut co-construire avec nos clients des alliances solides, nous inquiéter de ce qui, à leur avis, les inquiète, les écouter d'une manière qui leur permette de se sentir entendus, adapter nos approches, nos mé-

## Comment votre meilleur ami pourrait-il nous dire que vous avez changé ?

est a priori valide. Le thérapeute choisit de l'écouter dans une attitude collaborative (Goolishian et Anderson, 1992 ; Anderson, 1997). Simplement dit, il est fondamental de prendre en considération la raison pour laquelle un client consulte. C'est de cela que dépend le succès obtenu en psychothérapie. Pour beaucoup de professions orientées vers les services, la mesure de la satisfaction et de la pertinence des services est la base nécessaire, mais non suffisante, pour créer une relation d'aide. Tout récemment encore, Norcross (2010) souligne que : « Ayant analysé 89 études sur l'alliance et l'efficacité du traitement pour des adultes, il en ressort que la corrélation moyenne est de 21, une modeste mais solide association (Horvath et Bedi,

hélas à ce jour l'un des rares services qui, depuis des décennies, a souvent occulté aux yeux des clients leur nature, celles de ses interventions, de ses méthodes, de ses approches, et l'efficacité de ses pratiques. Nos clients sont parfaitement en droit de demander et de comprendre la manière

dont nous pourrions leur être utiles avant de s'engager dans une quelconque démarche de traitement. Le thérapeute peut, par exemple, utiliser des métaphores qui permettent au client de comprendre en quoi une psychothérapie pourrait lui être utile. Pour parler à nos historiques managements, nous suggérons de favoriser ces questions. C'est le rôle du clinicien, à notre avis, d'être clair sur ce qu'est la psychothérapie, à quoi elle sert, pourrait ser-

vir, a déjà servi, en quoi elle soulage et comment elle le fait. Toutes ces précisions permettent au client de se positionner plus clairement, d'effectuer un choix éclairé sur le type de travail et de psychothérapie qui pourrait lui convenir.

### Les buts du client sont-ils les buts du thérapeute ?

Accepter les buts du client ne sous-entend pas suivre aveuglément la piste

proposée. Cette dernière peut être l'objet d'un processus de déconstruction.

Tout but devrait correspondre à trois critères de bases :

1) Il doit être défini en termes clairs, non équivoques. Par exemple : « Si l'on pouvait, dans un mois, montrer une vidéo de

## Décrivez-moi, s'il vous plaît, une journée où vous seriez heureux...

vous qui prouverait à vos amis que vous avez changé, qu'est-ce qu'on y verrait de différent ? Qui le verrait ? Comment le verraient-ils ? Comment votre meilleur ami pourrait-il nous dire que vous avez changé ? En quoi nous dirait-il que vous avez vraiment changé ? Qui d'autre pourrait le dire ? Comment le remarquerait-il ? » Nous essayons d'obtenir avec nos clients des comportements (plus de sourires, plus (ou moins) de paroles, des actions spécifiques,

## Qui le remarquerait en premier ?

i.e., des gestes, des comportements observables par des tiers) pour définir un but.

2) Le but doit être atteignable. Par exemple : « Vous me dites, Monsieur, que si la thérapie était efficace pour vous, vous seriez heureux ? Comment votre femme le remarquerait-elle ? Qu'est-ce qui serait différent ? Décrivez-moi, s'il vous plaît, une journée où vous seriez heureux, une journée inoubliable. Sur une échelle de 1 à 10, à combien seriez-vous aujourd'hui

sur l'échelle de bonheur ? A combien seriez-vous quand vous n'avez plus besoin de venir ? » Autre exemple : « Si la thérapie était efficace, ben... on arrêterait constamment de se quereller. » « Bien ! Que feriez-vous de différent ? Qui le re-

## Qui en serait le plus touché ?

marquerait en premier ? Quelle activité feriez-vous alors au lieu de vous quereller ? Qui en serait le plus touché ? Qui en serait le moins surpris ? Qui en serait le plus surpris ? Comment penseriez-vous alors à votre conjoint(e) différemment ? » L'important est de remarquer et de permettre à vos patients de souligner avec quelle fréquence le but articulé par nos clients dans un premier temps se note par l'absence de comportements indésirables. C'est le travail du clinicien pour entrer dans l'espace du possible, de permettre aux patients d'articuler ce but en termes

## ... des pourcentages, des escaliers, des disques...

positifs, descriptibles, objectivables. On trouve comme but, au lieu d'une absence de comportements indésirables, la présence de comportements souhaitables. Plus loin, on pourrait souligner que la possibilité du comportement souhaitable intervient dans le champ de l'expérience, en tout cas au niveau rhétorique, puisque la personne, au lieu de s'imaginer des impossibilités, commence à articuler ce qu'il faudrait qu'il se passe

pour qu'elle aille mieux. Elle arrive ainsi déjà à les aménager dans la représentation de ce qui pourrait se passer différemment.

3) Le but doit être mesurable. Par exemple : « Sur une échelle allant de 1 à 10, 10

étant que vous avez atteint votre but, où vous placeriez-vous aujourd'hui ? Où étiez-vous sur cette même échelle avant votre premier coup de fil ? Où vous placeriez-vous aujourd'hui sur cette même échelle ? Où pensez-vous que vous pourriez être dans trois semaines, dans un mois, dans six mois ? Si vous progressiez d'un demi-point sur cette échelle, qui le remarquerai(en)t en premier ? Comment le remarquerai(en)t-il(s) ? Si vous aviez obtenu votre but, comment le sauriez-vous ? Qui le remarquerait en premier ? Comment le remarquerait-il ? »

ont nécessairement la perception d'une possibilité de changement et parfois l'impression qu'ils s'évaluent mieux que là où ils pourraient être. Les questions sur échelles permettent d'évaluer la progression du travail thérapeutique. Pour les enfants ou même les adultes, les échelles peuvent devenir des pourcentages, des escaliers, des disques dont on compte ou noircit la partie qui convient. L'utilisation de questions sur échelles peut et devrait rester flexible et modifiable selon l'intérêt du client, de la famille, du couple. Certaines personnes avouent avoir de la peine à quantifier leurs expériences. Il est important de proposer, de suggérer avec délicatesse ce processus complexe de questionnement, et en aucun cas de le contraindre.

Le clinicien doit apprendre à construire précocement lors du processus thérapeutique des buts clairs. En prenant pour boussole l'alliance, nous retrouvons souvent la direction à prendre. Cliniquement, cela signifie mesurer fréquemment avec ses patients les paramètres suivants :

- 1) Evaluons les buts de la séance de manière collaborative : « Est-ce que nous avons parlé de ce dont vous vouliez parler aujourd'hui ? »
- 2) Evaluons la qualité de l'alliance : « Si vous pouviez évaluer aujourd'hui le plus honnêtement possible, et librement, comment vous avez ressenti le travail avec le thérapeute sur une échelle allant de 1 à 10 (1 étant que vous vous ne vous êtes pas senti entendu, respecté, et 10 que vous vous



IGB

INSTITUT  
GREGORY  
BATESON

IGB-MRI.COM

"FORMATION COMPLÈTE À LA PSYCHOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE ET STRATÉGIQUE"

- LES DERNIÈRES ÉVOLUTIONS DU MODÈLE DE PALO ALTO  
- PRINCIPES ET APPLICATIONS DU

"DIAGNOSTIC OPÉRATEUR SYSTÉMIQUE ET STRATÉGIQUE"

AU TRAITEMENT DES DIVERS GRANDS TROUBLES PSYCHIQUES ET RELATIONNELS :

ATAQUES DE PANIQUE, PHOBIES, TOC, STRESS POST-TRAUMATIQUE

TROUBLES ALIMENTAIRES, DÉPRESSIONS, PSYCHOSES PRÉSUMÉES,

PROBLÈMES DE COUPLE, RELATIONS PARENTS - ENFANTS, BURN-OUT,

WWW.IGB-MRI.COM

3 RUE DU CHERA 4000 LIEGE - BELGIQUE

TEL : +32 (0) 4 229 38 11 - FAX : +32 (0) 4 229 38 03

CENTRE DE CONSULTATION À PARIS : 132 RUE LA FAYETTE 75010

M<sup>o</sup> GARE DU NORD - TÉL. : 01 40 39 98 80

êtes senti entendu, respecté), où vous situeriez-vous ? »

3) Évaluons ce qui a été accompli durant la séance en fonction du temps à disposition. « Sur une échelle allant de 1 à 10, 1 étant que vous n'avez pas du tout l'impression d'avoir accompli quelque chose aujourd'hui, et 10 étant que vous avez l'impression, qu'étant donné le temps disponible, vous avez vraiment bien travaillé aujourd'hui, où vous placeriez-vous aujourd'hui sur cette échelle ? »

Cette approche se démarque de la classique « analyse de la demande » qui sous-entend une dichotomie entre savoir et

non-savoir, entre soignant et soigné. Dans l'écoute des buts du client comme dans celle des *a priori* considérés comme valides, il y a un saut épistémique énorme d'avec celle-ci. Les positions d'analyse de la demande sont souvent à l'opposé d'une démarche herméneutique qui cherche à comprendre la réalité de l'autre en s'imprégnant de sa perspective, et qui tente de se mettre dans les souliers de son client pour approcher son « horizon » (Heidegger) et construire un « cercle herméneutique ».

### Comment faire comprendre l'utilité du thérapeute ?

qui n'évoquent aucun changement rapidement ne montrent en général aucune amélioration durant la totalité de la thérapie. Et finalement, les clients qui présentent tôt des détériorations sont à haut risque d'abandonner le traitement ou de n'obtenir aucun résultat thérapeutique (Miller, 2006). Les changements mesurés par les clients sont plus influents qu'une quelconque variation dans l'utilisation d'un outil ou intervention thérapeutique, ou même les changements naturels que vivent nos clients (Lambert et Hill, 1994).

En 1996, le psychologue Ken Howard a trouvé une relation linéaire entre le nombre de séances et la probabilité d'amélioration (Howard, Moras, Brill, Martinovitch et Lutz, 1996). Cela signifie que l'impression subjective d'un patient par rapport

à ses symptômes et sa perception de l'alliance sont d'excellents prédicteurs de succès. Les clients devraient donc rapidement avoir l'impression que les symptômes sont moins aigus<sup>3</sup>.

#### POSTULAT IV. EFFET DE HALO ET ALLIANCE. DE L'IMPORTANCE CRUCIALE DES PREMIÈRES MINUTES DE RENCONTRE AVEC SON CLIENT

L'effet de halo, ou effet de notoriété (Thorndike, 1920) est un biais cognitif qui cimente les premières minutes d'une rencontre, créant une empreinte forte. Celle-ci colore et affecte notre perception d'autrui. Une caractéristique jugée positive à propos d'une personne a tendance à rendre plus positive les autres caractéristiques attachées à cette personne, même sans la connaître (et inversement pour une caractéristique négative). Il s'agit, connaissant l'impact des premières minutes d'une rencontre, de savoir les utiliser, de les *essentialiser*. L'utilisation (Erickson, 1980) des premières minutes d'une rencontre en psychothérapie peut s'avérer décisive dans l'établissement d'une alliance solide. Cette rencontre se marque bien au-delà de ce qui est dit parfois, dans l'impression par exemple que peuvent avoir les clients de se savoir en de bonnes mains (certains clients soulignent l'importance de se sentir accueillis par une poignée de main, un franc sourire ou la proposition d'un verre d'eau, sans faire pourtant l'économie de l'importance des premiers mots échangés). Rappelons-nous la notion analytique intéressante d'al-

liance *implicite*, ou d'alliance inconsciente. Comment relever le défi des quelques premières minutes de l'entretien initial pour favoriser l'établissement d'une alliance positive ? Comment faire comprendre l'utilité du thérapeute ?

#### POSTULAT V. IL N'Y A PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE EN TERMES D'EFFICACITÉ ENTRE LES APPROCHES THÉORIQUES UTILISÉES

L'efficacité des traitements a longtemps été attribuée aux seules interventions. Une série de recherches a essayé de mettre en évidence qu'une approche théorique pouvait être meilleure qu'une autre. Sans succès. Une étude conduite par *Human Affairs International* sur plus de 2 000 psychothérapeutes et quelque 20 000 clients, ne révèle aucune différence en termes d'efficacité parmi 13 approches incluant les approches comportementales, les médicaments psychotropes et les thérapies de famille (Brown, Dreis et Nace, 1999). Que tirer d'une telle étude ? Manifestement, les effets ne sont pas spécifiques des orientations théoriques ni des techniques. Il est impossible de clamer la supériorité d'une approche ou d'une orientation sur une autre. Cette étude réfute la possibilité d'affirmer la supériorité d'une technique quand deux (ou plus) traitements sont comparés *bona fide*.

Messer et Wampold (2002) présentent des études qui suggèrent que 70 % des effets d'une approche sont dus à l'allégeance du psychothérapeute à son (ses) modèle(s),

c'est-à-dire à la croyance et l'intégration de celui-ci à ses modèles de référence. Ces éléments de recherches sont importants. Aujourd'hui, toute une partie du monde scientifique s'articule en essayant d'attribuer pour un symptôme donné un traitement X ou Y comme dans le modèle médical.

#### POSTULAT VI. IL N'EXISTE AUCUNE CORRÉLATION ENTRE L'ÉTABLISSEMENT D'UN DIAGNOSTIC ET LE SUCCÈS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

En 1990, puis en 1999, deux études de la plus grande importance montrent qu'aucune corrélation n'existe entre l'établissement d'un diagnostic et le succès psychothérapeutique. (Brown et al, 1999 ; Beutler et Clarkin, 1990). Pourtant, un des axes fondamentaux du corps théorique du modèle médical se base sur l'établissement de diagnostics (DSM IV) comme point de départ d'une prise en charge thérapeutique. Les recherches mettent en évidence que la position herméneutique semble bien plus

simplifier, voici en résumé les six postulats proposés :

1. La psychothérapie est efficace.
2. L'alliance est le premier prédicteur de succès. (Il est 7 fois plus important que le modèle ou la technique choisie.)
3. Le deuxième prédicteur de succès est l'amélioration rapide des symptômes.
4. L'effet de halo ou l'effet de prégnance des premières minutes d'une rencontre devrait être pris en compte dans l'établissement de l'alliance.
5. Il n'y a pas de différence significative entre les méthodes et approches en termes d'efficacité (même en incluant les psychotropes).
6. Il n'existe pas de corrélation entre l'établissement d'un diagnostic et le succès psychothérapeutique.

Ces postulats, fondés sur des récentes recherches, peuvent porter nos pratiques de la psychothérapie vers d'autres horizons plus prometteurs et plus efficaces.

### *La forêt est accessible et il fait si bon y respirer.*

prometteuse : « La connaissance intrinsèque des circonstances et du contexte spécifiques à un patient est un meilleur indicateur de direction pour le traitement que ne l'est le diagnostic » (Beutler & Clarkin).

Pour clore notre argument, il semble important de modérer une apparence grande quantité d'informations que l'on pourrait hélas et bien ironiquement résumer par une apologie du bon sens. Pour

Erikson disait que notre rôle, comme cliniciens, est d'en planter en espérant qu'un jour, quelque part, une forêt puisse croître et donner à son tour des fruits, de l'oxygène, et générer d'autres semis qui seront ailleurs replantés. La masse d'informations récoltées par ce courant de trente années de recherches pourrait donner matière à des améliorations structurelles, tangibles, qualitatives profondes de nos pratiques. Au même titre que chaque patient est unique, il nous faudrait, comme nous le suggérait le maître Milton Erickson, créer une nouvelle psychothérapie pour chaque patient. Les recherches sur l'alliance ramènent sur le devant de la scène les thèmes essentiels de co-création d'une relation thérapeutique, d'un travail en mouvement, moment par moment, sensible aux aléas de chaque contexte et aux réponses de nos clients.

La forêt est accessible et il fait si bon y respirer.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, H. (1997). *Conversations. Language and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Basic Books. Trad. Fr. *Conversations. Langues et possibilités*. Satas, Bruxelles, 2005.
- Anker, M.G., Duncan, B.L. & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple outcomes. A randomized trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 77, pp. 693-705.
- Assay, T.P., Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy?* (pp. 36-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.) *Hand-*

*book of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 821-830).

Bergin, A.E., Lambert, M.J. (1978). The evaluation of the therapeutic outcomes. In Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2th ed., pp. 139-189).

Beutler, L. & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner-Mazel.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Research and Practice*, Vol. 16, pp. 252-260.

Brown, J., Dreis, S. & Nace, D.K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy research outcome? Why does manage care want to know? In Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy?* (pp. 36-56). Washington, DC: American Psychological Association.

Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J. (2004). *The heroic client. Principles of client-directed, outcome-informed therapy* (Rev. Ed.). San Francisco, Jossey-Bass. Trad. Fr. *Le client héros de la thérapie*. Satas, Bruxelles.

Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (2010). (Eds.) *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. American Psychological Association, Washington, DC (2<sup>nd</sup> ed.).

Erickson, M. (1980). *L'Intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose*. Vol. 1-5, E.L. Rossi. Satas, Bruxelles.

Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing*. (3rd ed.) Baltimore: John Hopkins University Press.

Goolishian, H. & Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nonintervention: A matter of theory. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 18, pp. 5-16.

Greenberg, L.S. & Pincus, W.M. (1986). Process research: Current trends and future perspectives. In Greenberg, L.S. & Pincus, W.M. (Eds.). *The psychotherapeutic Process. A Research handbook*. New York: Guilford, pp. 3-20.

Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (1978). Technology, methodology, and the result of family therapy. *Family Process*. Vol. 17, n° 4, pp. 275-281.

Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.

Horvath, A.O., Symonds B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy. A



## Diplôme Universitaire



## Objectifs du D.U.

- ✓ Acquérir une formation complète et de qualité à la pratique de l'hypnose, particulièrement dans le domaine de la psychothérapie (hypnothérapie)
- ✓ Apporter aux praticiens des connaissances scientifiques précises sur les phénomènes mis en jeu en hypnose et ses modalités d'action
- ✓ Transmettre des compétences d'évaluation et de modalité d'intervention hypnothérapeutique selon le type de trouble présenté

## Unités d'enseignement

- ❖ **MODULE 1 - 28h**  
1- Technique et méthode hypnotique.
  - ❖ **MODULE 2 - 14h**  
1- La dépendance  
2- Les addictions
  - ❖ **MODULE 3 - 14h**  
1- Les troubles anxieux  
2- la perte et la dépression
  - ❖ **MODULE 4 - 14h**  
1- La psychosomatique  
2- Etats dissociatifs
  - ❖ **MODULE 5 - 14h**  
1- Douleur aiguë  
2- Douleur chronique
  - ❖ **MODULE 6 - 14h**  
1- Le trans-générationnel  
2- La sexothérapie
- ❖ **MODULE 7 - 21h**  
Etudes de cas / Supervision
  - ❖ **MODULE 8 - 7h**  
Conférenciers invités
  - ❖ **MODULE 9- 14h**  
1- Mémoire  
2- Soutenance théorico-clinique
- Le premier module est consacré aux bases de la pratique de l'hypnose : historique, méthode, techniques nécessaires à la pratique. Sont abordées à la fois la pratique Ericksonienne et l'hypnoanalyse.
- Une fois ces bases données, les sessions suivantes abordent des situations cliniques spécifiques.
- L'enseignement allie des acquisitions théoriques et pratiques (démonstrations, exercices inter-participants), ainsi que des élaborations à partir de la clinique de chaque participants (supervisions).

## ENSEIGNEMENT

- 140H d'enseignement, de novembre à juin
- D.U. obtenu par assiduité et validation d'un mémoire.

## PUBLIC

- Psychologues, psychiatres, psychothérapeutes
- Étudiants en fin de cycle psychologie ou psychiatrie

## LIEU

- Université de Bourgogne (Dijon)

## INSCRIPTION

- 30 places
- Sélection sur dossier comprenant : une attestation de titre professionnel, CV et lettre de motivation

## TARIF

- individuel : 1100 euros
- institution : 2200 euros
- + droits universitaires

## CONTACT

- Dossier complet sur demande auprès de [laure.bernard@ub.dijon.fr](mailto:laure.bernard@ub.dijon.fr)



change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>e</sup> ed., pp. 370-390). New York: Wiley.

Pinsof, W.M. & Wynne, L.C. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 26, n°1, pp. 1-8.

Pope, K.S. & Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences problems and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 25, n°3, pp. 247-258.

Rosenzweig, S. (1933). The experimental situation as a psychological problem. *Psychology Review*, vol. 40, pp. 337-354.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 40, pp. 412-415.

Rosenzweig, S. (1937). School of Psychology: a complementary pattern. *Philosophy of science*, Vol. 4, pp. 96-106.

Rosenzweig, S. (1938). A dynamic interpretation of psychotherapy oriented toward research. *Experimental situation as a psychological problem. Psychiatry*, Vol. 1, pp. 521-526.

Shoham, Salomon, V. (1990). Interrelating research and process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 58, n°3, pp. 295-303.

Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Thorndike, E.L. (1920). A constant error on psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 4, pp. 25-29.

Toukmanian, S.G. & Rennie, D.L. (1992). *Psychotherapy, Process, Research, Paradigmatic and Narrative Approaches*. Newbury: Sage.

Worthen, V. & McNeill, B.W. (1996). A phenomenological investigation of "good" supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 43, n°1, pp. 25-34.

Notes

1. Le dodo (ou dronte de l'île Maurice) est un oiseau disparu depuis plusieurs siècles, proche du dindon (NDLR).
2. Nous vous suggérons de consulter à ce propos l'échelle de mesure d'alliance de Scott Miller (ORS, SRS) sur [www.scottmiller.com](http://www.scottmiller.com).
3. L'impression d'avoir été entendu, compris et d'obtenir ce que l'on attendait, d'avoir plus d'espoir, de ressentir du soulagement peut exemplifier ce que l'on entend par amélioration rapide des symptômes.

meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 38, pp. 139-149.

Hutchinson, S. & Wilson, H. (1994). Research and therapeutic interviews: a poststructuralist perspective. In Morse, J.M. (Ed.), *Issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 310-317.

Howard, K. Moras, K. Brill, P.L. et al. (1996). Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, Vol. 51, n° 10, pp. 1059-1064.

Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change. What works in therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.

Kuenzli, F. (2006). *Inviting reflexivity into the therapy room: How therapists think in practice*. University Press of America, 463 p.

Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: Wiley & Sons, pp. 664-700.

Lambert, M.J. & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: Wiley & Sons, pp. 72-113.

Lavender, T. (2003). Redressing the balance: the place, history and future of reflective practice in clinical training. *Clinical Psychology*, Vol. 27, July, pp. 11-15.

Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "everyone has won so all must have prizes"? *Clinical Psychology, Science and Practice*, Vol. 2, pp. 106-109.

Messer, S. & Wampold, B. (2002). Let's face the fact: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology, Science and Practice*, Vol. 9, pp. 21-25.

Miller, S.D., Duncan, B.L. & Sparks, J. (2006). *The heroic client*. New York: Jossey-Bass.

Norcross, J.C. (Ed.). (2001). Empirically supported therapy relationship. Summary of the Division 29 Task Force (Special Issue). *Psychotherapy*, Vol. 38 (4).

Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C. (2010). The therapeutic relationship. In Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold et al. (Eds.), (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in Therapy*. (2<sup>nd</sup> ed.) American Psychological Association, Washington, DC, pp. 129.

Orlinsky, D.E., Røhnestad, M.H. & Willitski, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: continuity and

## Intervenants

Dr Sonia Abeau-Bahout (Dijon), Nathalie Baste (St Etienne), Dr Antoine Bioy (Dijon) Isabelle Celestin-Lhopiteau (Paris), Sophie Cohen (Chatillon), Marion Delmas (Paris), C Claudine Gagneret-Chagué (Dijon), Isabelle Ignace (Paris), Dr Brigitte Lutz (Paris), Auréli Maingnet (Dijon), Lolita Mercadié (Dijon), Dr Thierry Sage (Dijon), Dr Phiip Zindel (Bâle).

Et des invités annuels, praticiens et/ou chercheurs.

## Responsabilité

Antoine Bioy, Maître de Conférences HDR (Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale, Dijon), docteur en psychologie intervenant sur le centre de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs du CHU Bicêtre.



## La thérapie provocatrice

Voyant que ses patients ne changent pas, un thérapeute oublie ce qu'on lui a enseigné et sort des sentiers battus. Par ses interventions audacieuses, il obtient rapidement des résultats étonnants! Lorsqu'il travaille avec un client, F. Farrelly joue sur trois registres à la fois. Tout d'abord, il est rassurant: puissant, carré, professionnel et c'est dans ce cadre qu'il introduit deux autres registres parfaitement contradictoires, d'une part un discours outrageant et outrageant au cours duquel il affirme par exemple que son client est stupide, vieux, ridicule ou indigne d'être aimé (lui «confirmant» ainsi ses pires craintes); d'autre part, une communication analogique qui est la négation même de ses propos: en étant chaleureux, malicieux, physiquement proche, il démontre l'importance qu'il accorde à la personne.

## Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie

«Je ne suis pas le seul praticien en hypnose à avoir attendu fébrilement ce livre. Il était temps que l'on dispose d'un point de vue nouveau sur l'importance des phénomènes hypnotiques en psychothérapie. Heureusement, les Edgette ont été sensibles à cette lacune et ils l'ont comblée de façon exemplaire. Le Manuel des Phénomènes Hypnotiques en Psychothérapie est un exposé complet et magistral, d'une très grande valeur, et qui devrait satisfaire tous les hypnotérapeutes, quelles que soient leurs approches thérapeutiques.»  
Jeffrey Zeig, Directeur de la Fondation Milton H. Erickson, Phoenix, Arizona.



**satas**  
www.satas.com

**Le Germe**

# HYPNOSE & THÉRAPIES BRÈVES

REVUE INTERNATIONALE DE LANGUE FRANÇAISE

**RESTER CRÉATIF ?  
SIX POSTULATS ET...**  
leurs implications pratiques

**HYPNOSE INFIRMIÈRE ET  
MALADIE DE PARKINSON**

**LA MÉTAPHORE  
EFFICACE**  
Comment la construire

**L'HYPNOSE ORIENTÉE  
MULTIMÉDIA!**

**LA TECHNIQUE  
ORDALIQUE**  
Ou la thérapie par l'épreuve

