



Dr Frédéric Dionne / Psychologue

Psychologue au Centre d'expertise en gestion de la douleur du Centre hospitalier universitaire de l'Université Laval, le Dr Dionne pratique en bureau privé et est directeur de l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive (www.iftcc.com).

L'alliance thérapeutique dans les thérapies cognitives et comportementales contemporaines

La compréhension des interactions entre le psychothérapeute et le client est au centre des approches humanistes et psychodynamiques, mais a été généralement reléguée au second plan dans les thérapies cognitives et comportementales (TCC) traditionnelles. Les thérapies de la « troisième vague » de TCC (voir Dionne, 2009; Dionne & Neveu, 2010) soulèvent des questions qui concernent autant les thérapeutes que les clients et accordent un rôle plus central à l'alliance thérapeutique. Cette alliance fait référence à la qualité du lien affectif entre le psychothérapeute et le client ainsi qu'à leur accord mutuel sur les tâches et objectifs de la thérapie (Safran & Muran, 2000). À l'aide du cas d'Alain, cet article vise à présenter les façons de concevoir l'alliance thérapeutique en TCC selon trois modèles thérapeutiques contemporains importants.

_LE CAS D'ALAIN

Alain est un homme de 45 ans en traitement pour une lombalgie chronique associée à un épisode dépressif majeur. Ce client présente de surcroît des traits de personnalité évitants. Il a de la difficulté à s'affirmer avec les gens et a un pauvre réseau social. En entrevue, Alain esquive le contact visuel et exprime peu ses émotions. Il a également tendance à se plaindre de sa douleur physique et à ruminer ses difficultés pendant les séances. Ce comportement irrite le psychothérapeute. Dans la vie de tous les jours, sa tendance à ressasser continuellement ses problèmes fait également l'objet de conflits avec sa conjointe qui rapporte en avoir assez de n'entendre que du négatif.

_LA THÉRAPIE ANALYTIQUE FONCTIONNELLE

La Thérapie analytique fonctionnelle (*Functional analytic psychotherapy*, abbréviation « FAP »; Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2008) est une approche hautement interpersonnelle fondée sur le conditionnement opérant de B. F. Skinner, particulièrement appropriée pour les individus présentant une problématique de la personnalité (axe 2). Rappelons que pour le conditionnement opérant, un comportement est déterminé par ses conséquences (p. ex. renforcement, punition). Dans l'interaction entre psychothérapeute et client, en fait, le psychothérapeute constitue à la fois l'antécédent (le stimulus déclencheur ou discriminatif amenant une réponse chez le client) et la conséquence (renforçante ou punitive) des comportements du client. Cette thérapie cherche

ainsi à influencer les comportements du client à partir de principes d'apprentissage comme le façonnement, le renforcement, la généralisation, l'extinction, etc.

La FAP part de la prémisse que le changement se produit à l'intérieur de la relation psychothérapeute-client et vise majoritairement à intervenir sur les problèmes qui se produisent dans la séance au lieu de parler de difficultés survenant à l'extérieur des rencontres. Cette approche s'intéresse aux interventions *in vivo*, par lesquelles le psychothérapeute amène le client à porter attention à ce qu'il fait au moment présent et à ce qu'il pense et ressent au sujet de la thérapie, du psychothérapeute et de la relation thérapeutique.

Les comportements cliniquement significatifs

Les comportements cliniquement significatifs (CCS; *clinically relevant behaviors*) sont de riches opportunités d'apprentissage pour le client. Ces comportements sont susceptibles de se produire dans le contexte de la thérapie et sont étroitement reliés à l'histoire du client. De ce fait, dans l'entrevue d'évaluation initiale, l'anamnèse de l'individu se voit accorder une importance particulière. Trois types de comportements particuliers sont à prendre en considération.

Les CCS1 sont des comportements problématiques dans la vie de tous les jours et qui se manifestent durant la séance. Dans le cas d'Alain, il est probable que ses comportements, ruminer, se plaindre, éviter le contact visuel, font partie de ce registre.

Les CCS2 sont des progrès ou améliorations, c'est-à-dire des comportements ciblés dans le contexte de la thérapie. Faire des demandes au psychothérapeute (affirmation de soi), maintenir le regard et parler des aspects positifs de sa vie constituent certainement des CCS2 pour ce client.

Enfin, les CCS3 sont les interprétations du client quant aux variables affectant ses comportements. Ces interprétations doivent associer les comportements adoptés à l'intérieur de la thérapie avec ceux adoptés à l'extérieur des séances.

Les cinq règles à suivre

La thérapie consiste en l'application des cinq règles fondamentales, présentées au Tableau 1, en lien avec les CCS du client.

Règle 1 : Observer les CCS

La première règle consiste à être observateur des CCS lorsqu'ils se produisent en thérapie. Quelques questions clés peuvent aider le psychothérapeute : est-ce que ce comportement est

un problème ou un progrès pour ce client? Quelle est ma réaction en tant que psychothérapeute face à ce comportement? Est-ce que ma réaction risque d'être semblable à celle des proches de mon client (p. ex. la conjointe d'Alain)? Le fait de conscientiser la présence des CCS dans l'ici et maintenant permettra au psychothérapeute de réguler son comportement en fonction de ceux-ci et ainsi apporter un renforcement adéquat. Dans la séance, il arrive fréquemment qu'Alain se plaigne ou rumine à propos de sa situation du moment. Le psychothérapeute, saisissant ces comportements au vol, ajuste sa réponse à ce comportement et choisit de ne pas offrir de renforcement (il évitera par exemple les « hmm, hmm »).

Règle 2 : Susciter les CCS

Une relation idéale entre le psychothérapeute et son client promeut l'émergence de CCS1 afin de favoriser l'apparition de CCS2. Il y a trois façons de susciter ces opportunités d'apprentissage chez le client. D'abord, les éléments inhérents à la thérapie, comme la durée d'une séance, les vacances du psychothérapeute, les coûts, la suggestion d'un devoir, les silences, vont d'eux-mêmes engendrer des CCS. Ensuite, des méthodes thérapeutiques évocatrices comme l'association libre, des exercices d'écriture, la technique de la chaise vide peuvent être utilisées afin de cibler des comportements spécifiques chez le client. Puis, le psychothérapeute utilise sa personne comme instrument de changement en préconisant une relation intense, validante et compatissante, plus profonde qu'une relation thérapeutique habituelle. Une attitude dite « courageuse » décrit le psychothérapeute qui repousse ses propres limites sur le plan émotionnel afin de créer des moments intenses pouvant être thérapeutiques chez le client. Sachant qu'Alain a manqué de reconnaissance et d'affection dans son enfance, le psychothérapeute lui reflète à quel point il l'apprécie comme personne et voit en lui quelqu'un avec un fort potentiel. Cette intervention amène Alain à se refermer sur lui-même (CCS1), ce qui mène aussitôt à une discussion cruciale autour de ce comportement d'évitement (CCS2).

Règle 3 : Renforcer naturellement les CCS2

Lorsqu'un CCS2 (progrès) se présente en thérapie, il faut le renforcer immédiatement et de façon contiguë dans le temps et l'espace (un principe de base du conditionnement opérant). Il est aussi essentiel de renforcer les manifestations d'un progrès de façon naturelle (p. ex. avec de l'attention ou un partage d'émotions de la part du psychothérapeute pour le client), et non artificielle (comme un « bravo » ou tout autre élément extrinsèque), celles-ci ont en effet plus de chances de se généraliser à l'extérieur de la thérapie, puisqu'elles se rapprochent d'une « vraie relation ». À un moment dans la thérapie, Alain refuse un exercice à la maison proposé par le psychothérapeute. Dans une TCC plus traditionnelle, le psychothérapeute choisirait d'interroger le client sur les croyances (dysfonctionnelles) motivant son refus. Dans la FAP, le psychothérapeute juge qu'il s'agit d'un CCS2 (affirmation de soi) et décide alors de renforcer aussitôt ce comportement (règle 3) en approuvant spontanément et respectueusement ce refus (un renforçateur naturel).

Règle 4 : Observer l'effet renforçant de vos interventions

Il importe pour le psychothérapeute d'être conscient de son impact. Ce qui est renforçant pour un client peut ne pas l'être pour un autre. La règle 4 suggère de remarquer l'effet renforçateur du comportement du psychothérapeute en relation avec les CCS. Dans la thérapie comportementale, une intervention est efficace si elle produit un effet désiré chez le client (p. ex. l'amélioration de l'humeur) et une augmentation du comportement cible (p. ex. une meilleure affirmation). Le psychothérapeute remarque qu'au fil des rencontres, Alain parle de plus en plus des aspects positifs de sa dernière semaine, ce qui confirme qu'accorder une plus grande attention à ce comportement donne de bons résultats.

En relation avec les CCS du client, le psychothérapeute a également son propre répertoire de comportements cibles et problématiques, ses T1 (p. ex. éviter la colère du client) et T2 (p. ex. demeurer présent face à des émotions désagréables) desquels il doit être conscient. En fait, les habiletés que le psychothérapeute doit acquérir dans l'application de cette forme de thérapie sont bien plus personnelles et expérientielles que théoriques. Il doit connaître ses propres enjeux interpersonnels susceptibles d'intervenir dans le contexte de la thérapie.

Règle 5 : Fournir des interprétations au client et favoriser la généralisation des comportements

Contrairement à d'autres formes de thérapies, le psychothérapeute FAP apprend au client à formuler des interprétations avec un langage fonctionnel, c'est-à-dire en abordant les antécédents, réponses et conséquences de ses comportements. Par exemple, Alain pourrait apprendre à formuler une interprétation en ces termes : « Lorsque le psychothérapeute me reflète mes qualités (antécédent), j'ai tendance à me replier sur moi-même (réponse), ce qui m'éloigne de lui et des gens en général (conséquences). »

La règle 5 favorise également la généralisation du comportement cible (CCS2) à l'extérieur de la thérapie. Suite à un comportement d'affirmation de soi, il peut être suggéré à Alain de tenter ces comportements avec les personnes de son entourage.

Tableau 1. Cinq règles de la Thérapie analytique fonctionnelle

Règles	Interventions
1	Observer les CCS (Soyez conscient)
2	Susciter les CCS (Soyez courageux)
3	Renforcer naturellement les CCS2 (Soyez aimant)
4	Observer l'effet renforçant de vos interventions (Soyez conscient de votre impact)
5	Fournir des interprétations et favoriser la généralisation

Une approche intégrative qui optimise les résultats thérapeutiques

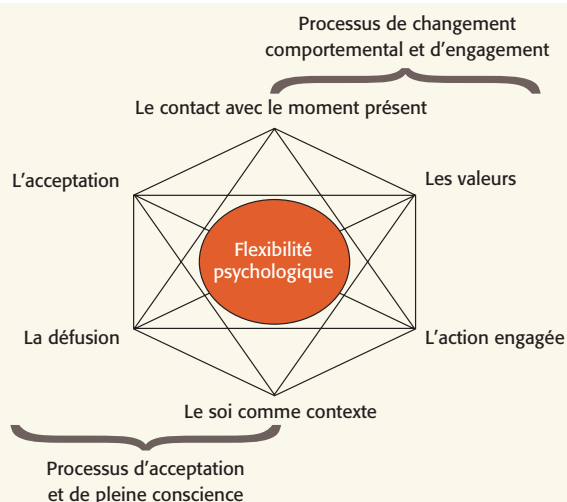
Les principes de la FAP peuvent s'intégrer à la Thérapie cognitive traditionnelle (Beck, Ellis), aux approches de la troisième vague ou à toute autre forme de psychothérapie dans le but d'en optimiser l'efficacité. La FAP présente en ce sens des résultats thérapeutiques

prometteurs (pour une revue, voir Ferro García, 2008). En bref, plus le psychothérapeute effectue des interventions *in vivo*, plus cela améliore les résultats thérapeutiques, notamment le fonctionnement interpersonnel des clients. La FAP procure également une grille d'analyse pour la supervision d'étudiants et de professionnels (Tsai *et al.*, 2008).

_LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT

Parmi les approches de la troisième vague de TCC, la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ou « ACT », à prononcer comme « acte »; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) est prédominante. Depuis la parution du *Piège du bonheur* (Harris, 2009), notamment, elle connaît un essor considérable au Québec. L'ACT vise à développer une meilleure flexibilité psychologique chez le client afin qu'il puisse agir en direction de ses valeurs personnelles. Le modèle de l'Hexaflex, illustré à la Figure 1 (voir Neveu & Dionne, 2009; 2010) résume ses principales cibles d'intervention en sept facettes : l'acceptation, la défusion, le moment présent, le Soi contexte, les valeurs, l'action engagée et la flexibilité psychologique.

Figure 1. L'Hexaflex de la Thérapie d'acceptation et d'engagement



Étant donné que les processus langagiers et cognitifs chez l'humain sont à la genèse de la souffrance et des troubles psychologiques, selon l'ACT, la relation thérapeutique est fondamentalement égalitaire. En d'autres mots, dans ce contexte où la souffrance est normalisée, le psychothérapeute est également aux prises avec ses propres luttes. Ainsi, le modèle de l'Hexaflex s'applique non seulement au client, mais également au psychothérapeute et aux processus impliqués dans la relation thérapeutique (Pierson & Hayes, 2007). Par exemple, dans l'interaction avec Alain, le psychothérapeute doit faire une place (accepter) à ses propres émotions désagréables en réaction aux comportements du client et développer sa capacité à « défusionner » de ses propres pensées

et jugements négatifs à son égard et à l'endroit de son client, et ce, au service de ses propres valeurs en tant qu'aïdant.

_LA THÉRAPIE COGNITIVE FONDÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

La méditation en pleine conscience (présence attentive ou *mindfulness* en anglais), définie comme l'habileté à porter attention délibérément, sur le moment présent sans porter de jugement (Kabat-Zinn, 2009), connaît une popularité indéniable en psychothérapie. Dans un sondage récent mené aux États-Unis, 41,4 % des psychothérapeutes rapportent effectuer, au moins à l'occasion, de la thérapie fondée sur la pleine conscience (Simon, 2007).

La Thérapie fondée sur la pleine conscience pour la réduction du stress (MBSR; Kabat-Zinn, 2009) et la Thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience pour la dépression (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2006) sont les interventions de groupe (d'une durée de huit semaines) les plus connues. Ce sont des approches validées empiriquement dans le traitement de divers troubles psychologiques et physiques (voir en outre la méta-analyse de Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010). La pratique de la méditation en pleine conscience est certes bénéfique pour les clients, mais cette pratique est-elle bénéfique pour le psychothérapeute (ou enseignant)? Est-ce qu'un psychothérapeute pleinement conscient (*mindful therapist*) peut augmenter l'efficacité thérapeutique?

Pour plusieurs, les qualités cultivées par la pratique de la méditation en pleine conscience ont le pouvoir de solidifier l'alliance thérapeutique (p. ex. Hick & Bien, 2008). Parmi ses qualités, on retrouve la capacité à diriger son attention, la compassion, l'empathie, la présence « moment après moment », l'acceptation, l'attitude de non-jugement, la distanciation par rapport aux pensées, la tolérance à la détresse et le non-attachement à un résultat (Fulton, 2005). Des approches thérapeutiques comme la MBCT et la MBSR recommandent d'ailleurs fortement que le psychothérapeute ait une pratique personnelle de méditation (voir Crane, Kuyken, Hastings, Rothwell & Williams, 2010). Cet accent sur le psychothérapeute représente un changement de paradigme considérable dans la formation professionnelle en TCC.

Actuellement, la pratique de la méditation en pleine conscience chez le psychothérapeute bénéficie d'un appui qui est plus théorique qu'empirique. Il existe néanmoins quelques travaux de recherche dans le domaine. En outre, au sein d'une étude randomisée, des psychothérapeutes en formation (N=18) sont divisés en deux groupes : l'un pratiquant la méditation avant les séances de psychothérapie et l'autre ne la pratiquant pas. Avec environ 60 patients par groupe, le groupe de psychothérapeutes pratiquant la méditation obtient une plus grande diminution de symptômes chez leurs patients (Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, Rother & Nickel, 2007).

_CONCLUSION

L'importance des facteurs reliés au psychothérapeute et à l'alliance dans l'efficacité thérapeutique ne fait nul doute. Cet article présente un regard « behavioral » nouveau sur des questions soulevées traditionnellement par d'autres écoles de pensée. Un tel intérêt n'est pourtant qu'une continuité logique en thérapie cognitive et comportementale, car les interactions entre le psychothérapeute et le client sont nécessairement soumises aux mêmes principes d'apprentissage fondamentaux qui la sous-tendent.

_Bibliographie

Crane, R. S., Kuyken, W., Hastings, R. P., Rothwell, N., Williams, M., F. (2010). Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. *Mindfulness*, 1, 74-86.

Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26 (6), 20-24

Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 15-36.

Ferro García, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.

Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 55-72). New York: Guilford Press.

Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients : A randomized double-blind, controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76, 332-338.

Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New-York: Guilford Press.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.

Hick, S. F., & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.

Kabat-Zinn (2009). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience*. Paris: De Boeck.

Kolhenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New-York: Plenum Publishers.

Neveu, C., & Dionne, F. (2009). La thérapie d'acceptation et d'engagement : une approche novatrice. *Psychologie Québec*, 26 (6), 29-31.

Neveu, C., & Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.

Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. Dans P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 205-228). London: Routledge.

Safran, J., & Muran, C. J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Belgique: De Boeck.

Simon, R. (2007). The top ten. *Psychotherapy Networker*, March/April, pp. 24,25,37.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B. S., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2008). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

Santé, spiritualité et thérapies

Venez réfléchir à ces questions en compagnie de spécialistes, notamment, d'anthropologie médicale, de psychosomatique et de psychologie religieuse.

École d'été du 2 mai au 10 juin 2011
Formation intensive de 2^e cycle

USherbrooke.ca/fater/ecole-ete

Quel est le rôle de la spiritualité dans la guérison?

Comment est-elle intégrée à la thérapie?

Où se situe la responsabilité du malade? Celle du thérapeute?

Inscrivez-vous à la séance d'information

Campus de Longueuil

Le lundi 21 mars 2011 à 18 h 30

1 800 267-8337, poste 63512



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE