CAIRN

chercher : repérer : avancer

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :
http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYS&ID_NUMPUBLIE=PSYS_092&ID_ARTICLE=PSYS_092_0067

Intégrer clinique et recherche: le modèle de la clarification selon R. Sachse

par Ueli KRAMER, Oliver PÜSCHEL, Janine BREIL et Rainer SACHSE

| Médecine & Hygiène | *Psychothérapies*

2009/2 - Vol. XXIX
ISSN 0251-737X | pages 67 à 74

Pour citer cet article :
— Kramer U., Püschel O., Breil J. et Sachse R., Intégrer clinique et recherche: le modèle de la clarification selon R. Sachse, *Psychothérapies* 2009/2, Vol. XXIX, p. 67-74.

Distribution électronique Cairn pour Médecine & Hygiène.
© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Psychothérapies, Vol. 29, 2009, N° 2, pp. 67-74

INTÉGRER CLINIQUE ET RECHERCHE: LE MODÈLE DE LA CLARIFICATION SELON R. SACHSE

Ueli KRAMER[1], Oliver PÜSCHEL[2], Janine BREIL[3] et Rainer SACHSE[4]

Résumé

Cet article présente une introduction au modèle de la clarification selon Rainer Sachse. Ce modèle s'inspire avant tout des courants psychothérapeutiques centrés sur l'émotion et comprend un certain nombre de notions et de techniques nouvelles et spécifiques. Ainsi, les niveaux de conceptualisation du patient en séance sont présentés et la notion de clarification *(Klärung)* ou d'explicitation des schémas affectifs discutée. Pour certains patients, notamment avec un trouble de la personnalité, le travail d'explicitation du contenu affectif doit être précédé par un travail sur le niveau relationnel, ce qui est conceptualisé par le modèle de la double régulation de l'action. Ce modèle est brièvement présenté, discuté en lien avec les concepts de la clarification et des implications cliniques abordées. Finalement, nous désirons apporter des éléments de validation empirique du modèle de la clarification selon R. Sachse; des implications pour la formation des psychothérapeutes-experts sont proposées.

Summary

This article presents an introduction to the clarification model according to Rainer Sachse. This model is mainly based on emotion-focused psychotherapy approaches and comprises new notions and specific techniques. Thus, we present the conceptualization levels of a patient in session, as well as the notion of clarification *(Klärung)* of affective schemas. For certain patients, in particular with Personality Disorders, relationship work needs to precede clarification work on affective contents. These dynamics are conceptualized in the dual action regulation model, which is briefly presented and discussed with regard to the notion of clarification; clinical implications are added. Finally, we would like to present empirical validation studies of the clarification model by R. Sachse and implications for the training of psychotherapists as experts.

[1] Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologue-psychothérapeute FSP, Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie-CHUV, Université de Lausanne, Suisse.

[2] Dipl.-Psych., psychothérapeute et superviseur, Institut für Psychologische Psychotherapie, Bochum, Allemagne.

[3] Dr. phil., Dipl.-Psych., psychothérapeute et superviseur, Institut für Psychologische Psychotherapie, Bochum, Allemagne.

[4] Prof. Dr. phil., directeur de l'Institut für Psychologische Psychotherapie, Bochum, Allemagne.

Mots-clés

Clarification – Emotion – Psychothérapie – Trouble de la personnalité.

Key-words

Clarification – Emotion – Psychotherapy – Personality disorders.

Greenberg, Rice et Elliot (1993) et Magnavita (2006) ont postulé la centralité de l'émotion en psychothérapie (voir aussi la revue de Philippot, 2007). D'un point de vue clinique, cette notion est pertinente par exemple chez un patient dépressif qui éprouve de la colère en séance, une émotion à laquelle il n'a pas eu accès pendant longtemps, ce qui peut être le point de départ, chez ce patient, d'une nouvelle compréhension et, d'un point de vue théorique, l'émotion est cruciale en vue de l'intégration des processus divergents en psychothérapie. Si la haute spécificité technique de certaines approches thérapeutiques est adaptée aux caractéristiques des états psychopathologiques et tend à donner des effets thérapeutiques satisfaisants, le psychothérapeute désirant *comprendre le processus thérapeutique* d'un point de vue holistique reste avec ces techniques spécifiques largement sur sa faim. De ce fait, nous pensons qu'un psychothérapeute-expert doit disposer à la fois d'un arsenal de techniques spécifiques adaptées, mais aussi d'un modèle validé par la recherche capable de conceptualiser le processus thérapeutique. Un modèle intégratif permettant de mettre en perspective ces concepts et répondant à ces exigences est celui de Rainer Sachse. Dans cet article, nous allons présenter les notions-clés de cette approche et montrer comment elles sont opérationnalisées en termes de

procédures thérapeutiques en nous référant à des exemples cliniques et des études récentes. Nous pensons que ce modèle de la clarification permet avant tout de prendre en compte de manière rigoureuse les enjeux interpersonnels et émotionnels de la psychothérapie.

Une particularité du modèle de Sachse est qu'il est basé sur la recherche en psychothérapie actuelle et permet d'intégrer clinique et recherche de manière optimale (Grawe, 1997). Les apports de ce modèle se trouvent donc sur deux niveaux : 1) il apporte une théorie inédite de la psychopathologie et du processus psychothérapeutique ; 2) il met à disposition une série de nouvelles techniques et interventions spécifiques.

ÉLÉMENTS THÉORIQUES

Les manifestations cliniques du patient

Sachse (1986) conceptualise les manifestations du patient en séance de psychothérapie sur trois niveaux : 1) contenu ; 2) processus et 3) relation.

1. Le *contenu* se réfère à ce qui est dit par le patient en psychothérapie, à ses schémas interpersonnels, son expérience, son action résultante, ainsi que ses motifs, buts, valeurs, systèmes de croyances et ses représentations. Des questions comme : « Quels problèmes ce patient présente-t-il ? », « Comment le patient se construit-il la réalité ? » et « Que désire-t-il changer ? » sont pertinentes.

2. Le *processus* se réfère aux stratégies auxquelles le patient s'en remet pour traiter les problèmes, c'est le travail d'élaboration psychique au sujet des problèmes perçus. Des stratégies de coping, des mécanismes de défense, le niveau d'introspection et de motivation à clarifier ses problèmes, ainsi que la capacité du patient de percevoir ses problèmes comme faisant partie de sa propre personne *(perspective internalisée)* ou comme faisant partie de l'environnement *(perspective externalisée)* y sont importants. Les questions s'y référant sont : « Comment le patient gère-t-il ses problèmes ? » ; « Ces processus contribuent-ils à la stabilisation du problème ? » ; « Le patient perçoit-il sa propre émotion en tant que source d'information ? » ; « Le patient évite-t-il des aspects importants de son fonctionnement ? ».

3. La *relation* se réfère à la manière du patient d'entrer en relation, notamment avec le psychothérapeute. Deux éléments sont d'importance : a) la qualité de l'alliance thérapeutique (pour une revue, voir de Roten, 2000), en lien avec la confiance que le patient a envers le thérapeute, la compétence qu'il attribue à ce dernier, ainsi que la compréhension de son rôle en tant que patient, et b) les jeux interactionnels. Ces derniers désignent un arsenal de « compétences » interpersonnelles du patient visant à reproduire des patterns interpersonnels dysfonctionnels, comme la manipulation, le chantage affectif, des menaces répétées et d'autres « jeux interactionnels ». Dans ce cas, la psychothérapie devient l'arène de la mise en scène de ces jeux et le thérapeute est ainsi de parti pris, s'il n'a pas des concepts lui permettant d'identifier ces jeux en tant que tels.

Toute psychothérapie comprend potentiellement ces trois niveaux de manifestation et toute manifestation du patient en séance peut être conceptualisée sur chacun des niveaux. A certains moments et pour certains patients, le contenu est primordial, à d'autres et pour d'autres patients, c'est le processus ou la relation.

Schémas affectifs et clarification

La notion de schémas affectifs (Greenberg *et al.*, 1993) est centrale dans le modèle de R. Sachse. Les schémas affectifs sont des « *condensations des expériences affectives dans la biographie* » (Sachse, 2003, p. 29) ; ils sont activés de manière pré-consciente et très rapide par des situations spécifiques (de manière similaire à l'activation des schémas cognitifs, Beck et Freeman, 2004). Cette activation implique des sentiments diffus de malaise, de menace ou d'insatisfaction et des réactions corporelles de la personne qui signifient « quelque chose », mais dont ce quelque chose n'est pas représenté par la personne. Cet état est appelé *felt senses* par Gendlin (1978). Un objectif de la psychothérapie sera la représentation de ces schémas affectifs. Leur représentation en termes idiosyncratiques les rend accessibles au travail psychothérapeutique, par exemple en visant une réorganisation ou une nouvelle intégration de ces schémas (Sachse, Püschel, Fasbender et Breil, 2008). Il faut noter que ces schémas affectifs ne sont souvent pas corrélés ni directement liés aux schémas

cognitifs (Beck *et al.*, 2004 ; Young *et al.*, 2005), ces techniques issues de la thérapie cognitive ne suffisent donc pas pour leur évaluation précise et idiosyncratique et leur changement durable.

La représentation des schémas affectifs, tout comme d'autres déterminants internes du problème de la personne, comme les motifs, les processus et valeurs, se passe à travers le processus thérapeutique de la clarification *(Klärung)* ou de l'explicitation. Le processus d'explicitation est un procédé centré sur le contenu affectif de l'énoncé du patient, défini pas à pas, permettant au patient de former une représentation adéquate des déterminants internes de son problème. Cette procédure est basée sur les travaux sur le focusing (Gendlin, 1978 ; Sachse, Atrops, Wilke et Maus, 1992). Afin que ce processus réussisse, le psychothérapeute doit mettre le patient dans un état affectif impliquant les éléments suivants (Sachse, 2003) :

- le patient doit adopter une perspective interne de son problème ;
- le patient doit centrer son attention sur ces éléments émotionnels centraux ;
- les schémas émotionnels doivent être activés et maintenus en activation ;
- le patient doit formuler une question thérapeutique (par exemple « Qu'est-ce qui fait que je suis triste dans cette situation ? ») ;
- le patient doit être à l'écoute de soi-même impliquant une lenteur dans le processus ;
- le patient doit travailler, ensemble avec le thérapeute, sur la représentation idiosyncratique des déterminants internes et la relation thérapeutique doit être suffisamment stable et empreinte de confiance, c'est-à-dire une alliance thérapeutique stable.

Le modèle propose des techniques spécifiques visant l'établissement chez le patient de ces prérequis à l'explicitation. Le processus d'explicitation est hiérarchiquement ordonné sur une échelle de travail processuel (Sachse et Maus, 1991), en fonction du degré de représentation ou d'intégration des contenus dans les structures cognitivo-affectives du patient. Ainsi, Sachse (2003) distingue sept niveaux d'explicitation : 1. Aucun travail d'explicitation ; 2. Intellectualisation ; 3. Description ; 4. Jugement externalisé ; 5. Jugement internalisé et signification personnelle ; 6. Représentation ; 7. Intégration. En détail :

1. Le patient n'a pas encore défini un problème et l'interaction n'a pas encore de valeur thérapeutique.
2. Le patient formule un problème de manière intellectualisée et abstraite, en utilisant beaucoup d'inférences plus ou moins plausibles, mais sans ancrer cette « théorie explicative » dans son expérience.
3. Le patient formule clairement un problème et perçoit les détails de manière correcte, mais externalise la perspective et n'a pas encore accès à ses *« felt senses »*.
4. Le patient externalise la perspective : « La situation est triste », au lieu de dire : « Cette situation me rend triste, parce que je perds X », ce qui serait un énoncé au niveau 5 et rapporte beaucoup d'émotions liées à cette situation.
5. Le patient internalise la perspective et admet que les affects ressentis ont une signification personnelle pour lui-même. Il n'y a pas encore de questionnement sur l'origine de ces émotions et affects.
6. Le patient formule un questionnement thérapeutique (par exemple « Qu'est-ce qui fait que je supporte mal la critique ? »). Le patient est actif dans le processus d'explicitation visant à mieux comprendre ses déterminants internes et son fonctionnement.
7. Le patient représente les schémas affectifs de manière adéquate, connaît leurs origines et peut s'interroger au sujet de l'effet de ces structures dans des situations multiples. Cette étape lui permet également de restructurer les schémas et de changer les conduites.

Le processus d'explicitation doit se passer étape par étape, idéalement sans sauter un niveau d'explicitation ; il s'agit donc d'un modèle de *stades* (Piaget, 1936), où les stades inférieurs sont impliqués dans les stades supérieurs, dans lesquels le contenu est réorganisé progressivement en vue de la finalité de l'explicitation et de l'intégration.

La double régulation de l'action

Les schémas affectifs déterminent l'action de l'individu en situation, et sont ainsi les déterminants internes

des problèmes de l'individu. D'autres déterminants internes sont également importants : les motifs et les buts interactionnels influençant les jeux interactionnels. Dans le modèle de la double régulation de l'action, Sachse (2001 ; 2004) se réfère aux trois niveaux de manifestations cliniques du patient (contenu, processus et relation) et souligne le primat du niveau relationnel en psychothérapie, si celui-ci est marqué par des jeux interactionnels ; le travail thérapeutique sur les contenus et les processus repose en quelque sorte sur une représentation adéquate du patient des enjeux relationnels. Ce modèle de la double régulation de l'action distingue au moins deux niveaux de régulation de l'action : 1) Régulation de l'action authentique (par les motifs) ; 2) Régulation de l'action par le jeu interactionnel (ou le contrôle relationnel) ; un troisième niveau se situe entre les deux qui regroupe entre autres les schémas affectifs, ayant la fonction de filtre émotionnel des liens multiples entre les deux niveaux principaux.

Illustrons les interactions entre ces niveaux du modèle par un exemple. Les motifs de base d'un individu, par exemple le motif « être important », étant frustrés au cours de la biographie, cet individu s'est approprié des buts et stratégies interactionnels spécifiques (jeu interactionnel), par exemple en demandant au thérapeute une disponibilité hors séance visant à assouvir ces motifs frustrés. Puisque ces stratégies interactionnelles se situent sur le niveau du jeu interactionnel et sont empreintes des schémas affectifs, elles n'arrivent pas à répondre complètement au motif, être important par exemple. Cela provoque dans la vie quotidienne un sentiment de frustration répétée chez cette personne, ressenti comme douleur diffuse. La personne n'ayant aucune conscience de ces processus, elle essaie inlassablement de répondre à son motif d'être importante par le même jeu interactionnel. Et certains patients sont très créatifs dans l'utilisation de ces jeux interactionnels : une patiente du premier auteur a fait part à son thérapeute, à la première séance, du fait qu'elle était capable de contrôler le rythme cardiaque par sa volonté et donc de l'interrompre quand elle le voudra, dans le but interactionnel d'impressionner le thérapeute afin qu'il la prenne au sérieux, et d'attirer son attention sur sa personne, avec le motif de base d'être importante pour ce thérapeute (pour d'autres exemples cliniques, voir chez Sachse, 2004). La personne réussira à répondre à ces motifs par ce jeu interactionnel de manière partielle, ce qui maintient en place ce dernier. Cette dynamique montre que le jeu interactionnel peut constituer une part importante de la personnalité du patient ; les patients souffrant de trouble de la personnalité présentent en effet un jeu interactionnel particulièrement tenace et dévastateur pour toute relation. C'est aussi avec ces patients que la clarification de ces aspects relationnels et interactionnels, visant une représentation valide et adéquate chez le patient, doit former le début du traitement psychothérapeutique, car ces aspects relationnels empêchent le travail collaboratif et constructif sur les contenus et les processus, par exemple la clarification constructive des schémas affectifs. Ce modèle implique que le psychothérapeute doit disposer d'outils de conceptualisation et de traitement à la hauteur des jeux interactionnels de ses patients.

Ces outils doivent être définis de manière différentielle, en fonction de la problématique interpersonnelle de chaque patient. Une attitude thérapeutique de complémentarité différentielle en résulte. Sachse (2003) se réfère ici aux travaux de Grawe (1980 ; 1992) et Caspar (1995 ; Caspar et Moix, 2006) sur la formulation de cas en psychothérapie (selon la méthode de l'Analyse des Plans). L'attitude thérapeutique complémentaire est aussi appelée relation thérapeutique centrée sur les motifs (pour un exemple clinique, voir Kramer, sous presse), ce qui montre bien que le psychothérapeute doit savoir différencier chez le patient le motif (sur le niveau authentique de la régulation de l'action) du jeu interactionnel. Selon Caspar (1995), le thérapeute doit répondre de manière différentielle aux motifs de base du patient, et ainsi créer un espace thérapeutique d'acceptation inconditionnelle du patient lui permettant d'assouvir ses motifs de base, mais le thérapeute doit aussi éviter d'être complémentaire au jeu interactionnel du patient. Cette prescription a deux implications : 1) un patient pour lequel les motifs sont déjà assouvis dans la relation thérapeutique n'aura plus besoin de mettre en œuvre des moyens coûteux (le « jeu interactionnel ») pour tenter soi-même d'y répondre, et 2) la non-complémentarité du thérapeute au niveau du jeu interactionnel devrait représenter une nouvelle expérience d'apprentissage pour le patient et ainsi contribuer au non-renforcement et, finalement, à l'extinction de ces stratégies interactionnelles. Il apparaît que ces deux implications de la relation thérapeutique centrée sur les motifs tendent à atténuer ou effacer la vigueur du jeu interactionnel. Cela représente souvent la première étape du traitement psychothérapeutique chez

les troubles de la personnalité, avant que le patient puisse s'engager à clarifier les contenus et les processus dans le contexte d'une relation de confiance avec le psychothérapeute (Sachse, 2001).

Si ce modèle de la clarification est compatible avec un grand nombre d'approches thérapeutiques et propose à la fois une compréhension inédite du fonctionnement du patient et des techniques élaborées, la clarification se distingue conceptuellement et techniquement d'au moins deux autres catégories d'interventions : 1) Interventions visant l'amélioration de la maîtrise et du coping (entraînement des compétences) ; 2) Interventions visant à rendre conscient l'inconscient (interprétation ; *« Deutung »* au sens freudien).

1. Selon Grawe (1998), un des mécanismes d'action thérapeutique responsables de l'effet de la psychothérapie est l'expérience chez le patient de la maîtrise. Celle-ci sous-tend l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux centrés sur l'entraînement des compétences (par exemple interpersonnelles). Un exemple d'étude de cas se trouve chez Kramer et Zimmermann (2009). La clarification en tant qu'autre mécanisme d'action thérapeutique responsable de l'efficacité de la psychothérapie (Grawe, 1998) couvre l'introspection du patient et sa représentation des déterminants internes du patient de manière adéquate et valide. Le modèle de Sachse s'y réfère (par ailleurs, les techniques de clarification et d'explicitation peuvent aussi viser l'amélioration de la maîtrise du patient ; Sachse, 2006a).

2. Les interprétations visant à rendre conscients les éléments inconscients, par exemple les interprétations de transfert et de défenses, surtout pratiquées par les psychothérapeutes analytiques, ont un objectif similaire à celui de la clarification selon Sachse. Pourtant, le niveau d'inférence est très différent : la clarification formule des hypothèses testables et infirmables, basées sur l'observation du comportement verbal et non verbal du patient en séance, tandis que l'interprétation formule des hypothèses génétiques difficilement testables et infirmables dans la réalité *hic et nunc* et vise ainsi plutôt la reconstruction des expériences affectives et relationnelles infantiles telles qu'elles peuvent être rappelées par le patient en séance. Le degré d'inférence de ces interprétations est moyen à maximal, tandis que pour la clarification, il est minimal à moyen. Cette réflexion montre que le modèle de la clarification peut être compris en tant que valeur ajoutée à la fois des approches cognitivo-comportementales, ainsi que des approches psychodynamiques.

RECHERCHE, APPLICATIONS ET FORMATION

Les arguments empiriques d'un modèle centré sur la clarification

Le modèle de la clarification est basé sur les recherches actuelles en psychothérapie et a donné lieu à une série de recherches qui tendent vers une validation des concepts et techniques de cette approche. Ces résultats sont résumés dans un livre récent (Sachse et Takens, 2004). Nous allons d'abord présenter quelques résultats en lien avec le processus de clarification, ensuite nous interroger sur le lien de ce processus avec le résultat thérapeutique. Notons d'abord que tous les instruments évaluant les variables étudiées, notamment au sujet du processus de clarification, ont été l'objet de validations extensives et répétées sur des échantillons indépendants, ce qui a donné des résultats satisfaisants *(ibid.)*. Il est également à noter que nous renonçons à présenter les aspects méthodologiques de ces études, le lecteur intéressé peut se référer aux sources originales.

Le modèle postule un effet d'orientation sur l'activité émotionnelle du patient par les interventions du psychothérapeute. Trois catégories d'orientation sont prévues dans une optique séquentielle : en tenant compte du niveau d'explicitation (cf. les sept niveaux présentés ci-dessus) utilisé par le patient, le psychothérapeute peut à l'aide de son intervention subséquente : a) approfondir ; b) rester au même niveau, ou c) aplatir l'élaboration. Par exemple, l'énoncé du patient : « La personne X est énervante » (niveau 4 d'élaboration : Jugement externalisé) est immédiatement suivi par l'intervention du thérapeute : « Qu'est-ce que la présence de cette personne énervante vous fait à vous ? » (visant le niveau 5 d'élaboration : jugement internalisé et signification personnelle) ; cette séquence est appelée approfondissement. L'intervention peut aussi rester sur le niveau 4 (par exemple : « Qu'est-ce qui est énervant chez la personne X ? ») ou descendre sur le niveau 3 « description » (correspondant à l'aplatissement de l'élaboration, comme par exemple : « Racontez-moi en détail les situations

dans lesquelles la personne X est énervante »). L'approfondissement (« allant vers l'émotion du patient ») étant théoriquement le plus utile, il sera intéressant de savoir si les patients acceptent ces offres approfondissantes. Ceci a été confirmé : dans des séances de psychothérapie centrée sur la clarification, 59.6% de ces offres approfondissantes sont immédiatement suivies par un énoncé du patient sur un niveau plus profond d'explicitation, comparé à son niveau précédent. Il faut noter que des résultats élevés ont également été trouvés pour la stabilité (72.9% des offres thérapeutiques sont suivies par le patient sur le même niveau) et l'aplatissement (78.9% des offres thérapeutiques sont suivies par le patient sur un niveau moins profond). Ces derniers coefficients élevés sont consistants avec les prédictions : les patients ne s'engagent pas spontanément dans un processus d'explicitation, donc n'approfondissent pas leurs contenus et processus de leur propre initiative, mais tendent à éviter ce travail potentiellement douloureux qui les met bien souvent face à leur propre fonctionnement psychique, leurs faiblesses et leurs émotions non reconnues. Ces effets d'orientation en cas d'approfondissement dépendent de la centralité du contenu de l'intervention thérapeutique. Il a été montré (Sachse et Takens, 2004) que les interventions approfondissantes sont le mieux acceptées par les patients si ces interventions se centrent sur le cœur de la problématique du patient (68.4% d'acceptation par le patient), comparé aux cas où ces interventions se centrent sur un aspect périphérique (51.2% d'acceptation par le patient), comparé aux cas où ces interventions reprennent un élément énoncé bien plus tôt dans le processus (« discours récursif » ; 37.5% d'acceptation par le patient), comparé aux cas où le psychothérapeute émet un malentendu (11.8% d'acceptation par le patient). Ces résultats ont été répliqués plusieurs fois.

Ces résultats concernant les effets d'orientation impliquent que le psychothérapeute-expert doit être bien formé dans sa perception de la centralité de la problématique du patient, dans sa perception du niveau actuel d'explicitation du patient et dans la conduite empathique et rigoureuse des interventions approfondissantes. Les patients mettent généralement en œuvre un ensemble de stratégies d'évitement de l'émotion pertinentes, ce qui nécessite chez le psychothérapeute ces compétences spécifiques d'orientation du processus.

Comment ces processus se passent-ils dans différentes formes de psychothérapie, notamment la psychanalyse (PA), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la psychothérapie centrée sur la clarification (PC) ? Des études de cas comparatives ont été présentées par Sachse et Takens (2004) ; il s'agit de 3 cas où les patients, qui sont comparables quant au caractère névrotique de leurs difficultés, bénéficient tous de leur traitement. Les interventions approfondissantes sont le plus souvent pratiquées dans la PC (48.3%), ensuite dans la psychanalyse (26.7%) et sont quasiment absentes en TCC (6.7%). Par contre, les interventions de stabilité sont le plus souvent utilisées en TCC (85.5%), ensuite dans la psychanalyse (56.7%) et dans la PC (38.3%). Finalement, les interventions aplatissantes ne sont pas souvent utilisées dans ces trois traitements qui ont d'ailleurs tous produit un changement positif en termes de symptômes (PA : 16.6% ; PC : 13.4 ; TCC : 8.3%). Le pattern d'acceptation de ces interventions par les patients est similaire à ce qui a été présenté ci-dessus. On peut donc postuler que les interventions allant vers l'émotion sont le plus souvent pratiquées en PC et en PA, et les interventions s'éloignant de l'émotion sont le plus souvent pratiquées en TCC. Des études systématiques devraient confirmer ces hypothèses.

La question cruciale est maintenant de savoir si ces processus d'explicitation sont liés au résultat thérapeutique. Une corrélation globale de $r = .84$ entre une mesure combinée de la clarification (englobant l'impact du patient, du thérapeute et l'interaction) et le changement symptomatique dans la psychothérapie centrée sur la clarification a été rapportée par Sachse (1992). Plus spécifiquement, une étude contrôlée a été conduite (rapportée par Sachse et Takens, 2004) comparant 24 patients entre eux : 6 en PC avec bon résultat, 6 en PC avec mauvais résultat, 6 en TCC avec bon résultat, 6 en TCC avec mauvais résultat. En comparant les thérapies avec bon résultat entre elles, similaire à l'étude de cas, il apparaît que les psychothérapeutes PC utilisent les interventions d'approfondissement plus souvent (40%) que les thérapeutes TCC (8%). Cet effet est absent dans la comparaison parmi les thérapeutes avec mauvais résultat. Ce résultat hautement intéressant implique que les interventions approfondissantes ne sont pas nécessaires au succès de la TCC, mais le sont clairement pour la PC. Un autre résultat allant dans le même sens est l'observation suivante : le travail thérapeutique en PC se situe sur les niveaux profonds (niveaux 5 « internalisation de la perspective » à 7 « intégration », cf. ci-dessus), tandis que le travail thérapeutique en TCC se situe avant

tout sur le niveau 3 « description ». Ces résultats soutiennent l'hypothèse que le mécanisme de changement thérapeutique en PC se situe au niveau de l'explicitation des schémas affectifs (« clarification » ; Sachse, 2003 ; Grawe, 1998), tandis qu'en TCC, il se situe au niveau de l'acquisition de nouvelles compétences de coping avec le problème (« maîtrise » ; Grawe, 1998 ; Kramer, Drapeau *et al.*, 2008). Cette réflexion est compatible avec les étapes d'assimilation des expériences problématiques (Stiles, 2001).

Finalement, le modèle de la clarification a été étudié dans le traitement de différents troubles psychopathologiques, dont les patients psychosomatiques (Sachse et Takens, 2004). Une étude contrôlée sur 80 patients a comparé 40 patients psychosomatiques (diagnostics d'ulcère duodénal, colite ulcéreuse et maladie de Crohn) à 40 patients avec troubles névrotiques (diagnostics de phobie sociale, dysthymie, difficultés en lien avec la vie conjugale ou professionnelle). La moitié de chaque groupe représente des patients ayant bénéficié de la psychothérapie centrée sur la clarification (PC), l'autre moitié des patients ayant moins bénéficié de la PC. Les caractéristiques des clients sont comparables entre les groupes. Selon le modèle de Sachse, le travail thérapeutique sur les processus – si ces processus sont problématiques chez un patient – doit être effectué avant d'expliciter quelque chose au niveau du contenu. Ce travail thérapeutique sur les processus a donc été mesuré en début de thérapie (3e séance) et il apparaît que le travail sur le processus est uniquement pratiqué dans les thérapies face à un patient psychosomatique qui aura bénéficié du traitement plus tard (38.9%), comparé aux trois autres conditions où le pourcentage de travail sur le processus n'a pas dépassé les 6% (patients psychosomatiques avec moins de bénéfices : 5.8% ; patients névrotiques avec bénéfice : 3.2% ; et patients névrotiques avec moins de bénéfices : 5.2%). Au milieu de la thérapie (20e séance), le travail thérapeutique sur l'explicitation a été mesuré. Il apparaît que ces interventions thérapeutiques allant vers l'émotion sont le plus souvent pratiquées par les thérapeutes face à des patients qui bénéficieront de la thérapie (psychosomatiques : 57%, et névrotiques : 60.9%) et moins souvent pratiquées par les thérapeutes face à des patients qui bénéficieront moins de la thérapie (psychosomatiques : 38.2%, et névrotiques : 40.5%). Les réponses des patients à ces interventions d'approfondissement suivent un pattern similaire, un effet d'orientation élevé a donc été trouvé. On peut conclure que pour les patients psychosomatiques, le travail précoce sur le processus est nécessaire pour l'engagement ultérieur dans un travail constructif sur le contenu allant vers l'émotion – l'explicitation – et pour le succès thérapeutique dans cette forme de psychothérapie.

Les champs d'application

Le modèle de la clarification permet de comprendre les problèmes du patient, ainsi que les processus thérapeutiques, en adoptant un point de vue inédit. Des expériences particulièrement satisfaisantes ont été rapportées pour les troubles psychiatriques suivants : troubles de la personnalité (Sachse, 2001), troubles somatoformes (Sachse, 1998), troubles anxieux et de l'humeur, en thérapie de couple et en addictologie (Schlebusch *et al.*, 2006).

La formation

Comme suggéré ci-dessus, la formation au modèle de la clarification doit être à la hauteur des difficultés spécifiques aux niveaux relationnel et du processus des patients en psychothérapie. De ce fait, la formation est intense et se base sur une implication personnelle maximale du candidat. Idéalement, ce candidat a déjà accompli une formation de base en psychothérapie, par exemple d'orientation cognitivo-comportementale, centrée sur la personne ou psychodynamique. Des jeux de rôles enregistrés par les candidats sont analysés à l'aide des concepts du modèle et des commentaires spécifiques quant à la conduite de l'entretien en tenant compte du matériel amené par le patient, avant que le candidat ré-essaie une nouvelle fois de mettre en œuvre ses interventions. Dans ce sens, il s'agit d'un entraînement d'interactions types qui permettent au psychothérapeute d'être réellement compétent dans des situations cliniques délicates (Sachse, 2006b) et en même temps lui permettent de comprendre, sur un niveau méta, le processus thérapeutique à l'aide de notions théorico-cliniques pertinentes.

Notes : *Nous tenons à remercier Yves de Roten pour ses remarques au sujet d'une version antérieure de cet article.*

Bibliographie

BECK A.T., FREEMAN A. (2004): *Cognitive Therapy of Personality Disorders.* New York, Guilford Press.

CASPAR F. (1995): *Plan Analysis. Towards optimizing Psychotherapy.* Seattle, Hogrefe.

CASPAR F., MOIX E. (2006): L'Analyse des Plans: une approche intégrative de conceptualisation des cas. *J. Thér. Comp. Cogn., 16*(4): 151-156.

DE ROTEN Y. (2000): Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies, 20*(4): 243-248.

GENDLIN E.T. (1978): *Focusing.* New York, Everest House.

GRAWE K. (1980): Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen, *in:* Grawe K. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie in Gruppen* (pp. 88-223). München, Urban & Schwarzenberg.

GRAWE K. (1992): Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung, *in:* Margraf J., Brengelmann J.C. (Hrsg.): *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 215-244). München, Röttger-Verlag.

GRAWE K. (1997): Research-informed psychotherapy. *Psychother. Res., 7*(1): 1-19.

GRAWE K. (1998): *Psychologische Therapie.* Göttingen, Hogrefe.

GREENBERG L.S., RICE L., ELLIOT R. (1993): *Facilitating Emotional Change: The Moment-to-Moment-Process.* New York, Guilford.

KRAMER U. (in press): Individualizing exposure therapy for PTSD: A case study. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy.*

KRAMER U., DRAPEAU M., PERRY J. C., DESPLAND J.-N., MICHEL L., DE ROTEN Y. (2008): Defense and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy. Paper presented at the *Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR),* Barcelona, June 18-21.

KRAMER U., ZIMMERMANN G. (2009): Fear and anxiety at the basis of adolescent externalizing and internalizing behaviors: A case study. *Int. J. Offender Ther. Comp. Crim., 53*: 113-120.

MAGNAVITA J.J. (2006): The centrality of emotion in unifying and accelerating psychotherapy. *J. Clin. Psychol.: In Session, 62*(5): 585-596.

PHILIPPOT P. (2007): *Emotion et psychothérapie.* Wavre, Mardaga.

PIAGET J. (1936): *La naissance de l'intelligence chez l'enfant.* Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

SACHSE R. (1986): *Gesprächspsychotherapie.* Kurseinheit zum Kurs « Formen der Psychotherapie » im Projekt « Wege zum Menschen » der Fern-Universität Hagen.

SACHSE R. (1992): *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption.* Göttingen, Hogrefe.

SACHSE R. (1998): Goal-oriented Client-Centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders, *in:* Greenberg L., Watson J., Lietaer G. (Eds.): *Handbook of Experiential Psychotherapy,* pp. 295-327. New York, Guilford.

SACHSE R. (2001): *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen.* Göttingen, Hogrefe.

SACHSE R. (2003): *Klärungsorientierte Psychotherapie.* Göttingen, Hogrefe.

SACHSE R. (2004): *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die psychologische Psychotherapie.* Göttingen, Hogrefe.

SACHSE R. (2006a): Klärungsorientierte Psychotherapie, *in:* Sachse R., Schlebusch P. (Eds.): *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie,* pp. 15-45. Lengerich, Pabst Science Publishers.

SACHSE R. (2006b): Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung, *in:* Sachse R., Schlebusch P. (Hrsg.): *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie,* pp. 306-324. Lengerich, Pabst Science Publishers.

SACHSE R., ATROPS A., WILKE F., MAUS C. (1992): *Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapieverfahren.* Bern, Huber.

SACHSE R., MAUS C. (1991): *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart, Kohlhammer.

SACHSE R., PÜSCHEL O., FASBENDER J., BREIL J. (2008): *Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern.* Göttingen, Hogrefe.

SACHSE R., TAKENS R.J. (2004): *Klärungsprozesse in der Psychotherapie.* Göttingen, Hogrefe.

SCHLEBUSCH P., KUHL J., BREIL J., PÜSCHEL O. (2006): Alkoholismus als Störung der Affektregulation – Ein Störungsmodell auf der Basis der PSI-Theorie, *in:* Sachse R., Schlebusch P. (Hrsg.): *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie* (pp. 60-118). Lengerich, Pabst Science Publishers.

STILES W.B. (2001): Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy, 38*: 462-465.

YOUNG J.E., KLOSKO J.E., WEISHAAR M.E. (2005): *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité.* Bruxelles, De Boeck.

Adresse du premier auteur:

Dr Ueli Kramer
Psychologue-psychothérapeute FSP
Institut Universitaire de Psychothérapie
1008 Prilly
Suisse
Courriel: Ueli.Kramer@chuv.ch