

LES ATELIERS  
DU PRATICIEN

MARIELLE SUTTER • LESLIE GREENBERG

# PRATIQUER LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR LES ÉMOTIONS

**GUIDE TRANSDIAGNOSTIQUE  
DES DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES**

*Traduit de l'allemand par Marielle Sutter*

*Conseils et commentaires de Chantal Thévenoz*

**DUNOD**

L'édition originale de cet ouvrage a été publiée en Allemagne aux éditions Ernst Reinhardt sous le titre *Praxis der Emotionsfokussierten Therapie. Ein transdiagnostischer Leitfaden*, 1<sup>st</sup> edition 2021.

Original Titel :  
Praxis der Emotionsfokussierten Therapie  
Ein transdiagnostischer Leitfaden  
© 2021 by Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG  
Kemnatenstr. 46, 80639 Munich, Germany  
[www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de)

© Dunod, 2024

**11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff**

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-087197-1

# Les auteurs

## **Marielle Sutter**

Dr Marielle Sutter est psychothérapeute dans son propre cabinet à Berne et chargée de cours dans des instituts de psychologie et des universités dans les pays francophones et germanophones. Avec le professeur Leslie S. Greenberg, elle dirige l'Institut suisse pour la thérapie centrée sur l'émotion (IEFT) à Berne.

## **Leslie Greenberg**

Professeur émérite. Leslie Samuel Greenberg, Ph.D., est un éminent professeur émérite de recherche en psychologie à l'Université York de Toronto, au Canada, et directeur émérite de la clinique de thérapie centrée sur les émotions à Toronto. Il est le fondateur et le principal développeur de la thérapie centrée sur les émotions pour les individus et les couples.

# Table des matières

## Chapitre 1 – Introduction

## Chapitre 2 – Origine et traitement des difficultés émotionnelles

### 2.1 PERSPECTIVE TRANSDIAGNOSTIQUE

### 2.2 THÉORIE DES ÉMOTIONS

2.2.1 Diagnostic des émotions

2.2.2 Productivité émotionnelle

### 2.3 FONCTIONNEMENT HUMAIN

2.3.1 Les émotions

2.3.2 Schémas émotionnels

2.3.3 Perception du Soi

2.3.4 Émotions inconscientes

### 2.4 PROBLÈMES DE TRAITEMENT DES ÉMOTIONS ET PROBLÈMES PSYCHIQUES

2.4.1 Dérégulation émotionnelle et perception négative de soi

2.4.2 Voir l'invisible

2.4.3 Les quatre difficultés fondamentales de traitement des émotions

### 2.5 LES TROIS PRINCIPES DU TRAITEMENT ET DU CHANGEMENT ÉMOTIONNEL

2.5.1 Ressentir et utiliser les émotions de manière consciente

2.5.2 Réguler les émotions et moduler l'affect

2.5.3 Transformer les émotions

### 2.6 MARQUEURS INDIQUANT DES DIFFICULTÉS DE TRAITEMENT ÉMOTIONNEL

### 2.7 LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

2.7.1 Présence thérapeutique

2.7.2 Empathie

### 2.8 COMPRÉHENSION DU CAS ET MODÈLE MENSIT

2.8.1 Marqueurs (M comme Marqueur)

2.8.2 Souffrance émotionnelle (E comme Emotional pain)

2.8.3 Besoins (N comme Needs)

2.8.4 Émotions secondaires (S comme Secondary Emotions)

2.8.5 Interruption (I comme Interruption)

2.8.6 Thèmes (T comme Themes)

2.8.7 Co-construction de la formulation du cas

### 2.9 INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS POUR LE TRAVAIL AVEC LES ÉMOTIONS

## Chapitre 3 – Pratique de la thérapie centrée sur les émotions

### 3.1 ● TRAVAILLER AVEC LES ÉMOTIONS

### 3.2 ● RENDRE LE RESSENTI ACCESSIBLE

- 3.2.1 Ressentir le vécu
- 3.2.2 Approfondir le ressenti
- 3.2.3 L'empathie comme attitude thérapeutique et intervention d'approfondissement de l'expérience
- 3.2.4 Le focusing pour expliciter un sentiment corporel ambigu ou manquant

### 3.3 ● TRANSFORMER LES ÉMOTIONS

- 3.3.1 Préparation aux mises en acte avec les chaises
- 3.3.2 Tâche sur deux chaises lors de processus autocritiques ou de clivage conflictuel
- 3.3.3 Le dialogue sur la chaise vide pour résoudre les enjeux relationnels non résolus

### 3.4 ● MODULER ET RÉGULER LE RESSENTI

- 3.4.1 Rendre accessibles les émotions sur-régulées et clivées
- 3.4.2 Mise en scène de l'auto-interruption en cas d'émotions surrégulées et interrompues
- 3.4.3 Réguler à la baisse les émotions excessives
- 3.4.4 Le dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement en cas de douleur émotionnelle accablante

### 3.5 ● PSYCHOÉDUCATION AXÉE SUR L'EXPÉRIENCE ET DEVOIRS À DOMICILE

- 3.5.1 Rationnel thérapeutique et psychoéducation
- 3.5.2 Devoirs et exercices

## Chapitre 4 – Gérer les moments difficiles dans la thérapie centrée sur les émotions

### 4.1 ● MARQUEURS DE MOMENTS DIFFICILES

- 4.1.1 Moments difficiles avec des clients fragiles
- 4.1.2 Principes généraux de gestion des moments difficiles

### 4.2 ● « TO BE EFT/TCE » : LA PERSONNE DE LA THÉRAPEUTE

- 4.2.1 Les émotions de la thérapeute
- 4.2.2 L'attitude de la thérapeute

### 4.3 ● « TO DO EFT/TCE » : COMPRENDRE LE CLIENT À UN NIVEAU PLUS PROFOND ET GARDER LE FOCUS

- 4.3.1 Clarification empathique
- 4.3.2 Intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection pour encourager la motivation au changement

## Annexe – Fiches de travail

Fiche de travail n° 1 : Reconnaître les émotions adaptées (colère, tristesse, peur, honte, culpabilité, dégoût, fierté, curiosité, amour)

Fiche de travail n° 2 : Mon émotion est-elle adaptative (« saine ») ou maladaptée (« malsaine ») ?

Fiche de travail n° 3 : Qu'est-ce que je ressens ? Journal des émotions

Fiche de travail n° 4 : Mes émotions sont-elles adaptatives, maladaptées ou secondaires ? Est-ce que je bloque certaines émotions ?

Fiche de travail n° 5 : Exercice : Respiration abdominale et lieu sûr

Fiche de travail n° 6 : Écrire une lettre bienveillante à soi-même

Fiche de travail n° 7 : « Time-Machine Self-Soothing »

Fiche de travail n° 8 : « Clearing a Space »

Fiche de travail n° 9 : Présence thérapeutique

## Bibliographie

# Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude envers Lars Auszra et Imke Herrmann de l'Institut allemand pour l'EFT/TCE. Vous êtes les pionniers de l'EFT/TCE dans les pays germanophones. Je vous remercie sincèrement pour tout ce que j'ai pu apprendre de vous et pour votre soutien précieux durant les années formatrices de l'Institut suisse EFT/TCE. Sans vous, l'EFT/TCE ne serait pas présente en Suisse.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers mon mentor, Leslie Greenberg, pour son soutien bienveillant tout au long de ces années. Merci d'avoir partagé ta sagesse avec moi et de ne pas seulement transmettre ta merveilleuse approche par l'apprentissage, mais aussi de l'incarner dans ta personne et de la rendre tangible.

Je remercie le professeur Ueli Kramer, professeur ordinaire à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, pour son soutien indéfectible à l'EFT/TCE. Ueli, merci pour ton enthousiasme et ton énergie. Tu as écrit le premier livre en langue française sur l'EFT/TCE. Grâce à toi, l'EFT/TCE fait l'objet de recherches en Suisse et est également de plus en plus enseignée et diffusée dans les universités en Suisse romande.

Merci également à Denise Schiffmann, directrice de l'Institut de l'EFT/TCE (IFTCE) à Paris. Merci pour la bonne collaboration, la bienveillance et ton grand engagement pour l'EFT/TCE en France.

Je remercie chaleureusement Jörg, mon mari merveilleux, ainsi que Max, Lucie et Klara pour leur patience lorsque j'étais occupée à écrire ce livre et à le traduire. Jörg, merci de m'avoir toujours soutenue et encouragée. Sans toi, je n'aurais jamais pu mener ce livre à terme.

Merci à France et Irène, vous êtes les meilleures amies du monde. Merci Lisa, tu es toujours là pour moi.

À tous mes clients et aux thérapeutes que j'ai supervisés au cours de ces dernières années, je vous exprime ma gratitude infinie. Vous m'avez tant appris.

Chantal Thévenoz, je tiens à te remercier pour ton aide dans la traduction de ce livre. Merci pour ton travail infatigable, tes commentaires intelligents et valorisants, ton soin et ton talent pour l'écrit. Sans toi, cette traduction n'aurait pas été possible.

Enfin, je dédie ce livre à ma mère, Jeannie Sutter. Merci Maman de m'avoir appris à accepter les gens tels qu'ils sont et à toujours voir le meilleur en eux.

### **Remarques sur l'utilisation de la langue**

Dans les pays germanophones et anglophones, la Thérapie centrée sur les émotions est abrégée en EFT. En français, l'abréviation TCE est plus courante pour distinguer cette approche validée empiriquement de la « Emotion-Freedom Technique ». Dans ce livre, nous avons fait de notre mieux pour respecter toutes les langues en utilisant l'abréviation EFT/TCE.

Lors de l'utilisation de la forme féminine et masculine, nous avons essayé, dans la mesure du possible, d'utiliser un langage neutre en termes de genre. Nous avons choisi d'utiliser le féminin pour les thérapeutes, car il y a plus de femmes que d'hommes psychothérapeutes. Bien entendu, les thérapeutes de tous les sexes sont inclus. Pour les clients, en revanche, nous avons choisi d'utiliser le masculin. Les clients de tous les sexes sont bien entendu inclus.

Marielle Sutter

NDT : dans les approches humanistes telles que l'EFT/TCE ou la thérapie centrée sur le client de Carl Rogers, les patients sont souvent appelés "clients" afin de souligner leur autonomie et leur autodétermination. Le terme "client" implique un rôle actif de la personne dans le processus thérapeutique, par opposition au rôle



plus passif d'un "patient", traditionnellement considéré plutôt comme un récepteur de traitement.

Le terme "client" souligne également l'idée que la personne qui demande de l'aide est experte dans sa propre vie et qu'elle a le contrôle de sa propre progression thérapeutique. Cette terminologie déplace l'équilibre des pouvoirs dans la thérapie du thérapeute vers le client, favorisant ainsi une relation de partenariat entre les deux parties.

De plus, l'utilisation du terme "client" souligne la valorisation de l'unicité et de l'individualité de la personne en ne la considérant pas simplement comme un "cas" ou un "malade", mais comme quelqu'un qui aspire à la croissance et à l'accomplissement personnels.

# Préface

Pourquoi l'EFT/TCE me tient tant à cœur.

À la fin des années 1990 j'ai étudié la psychologie clinique avec le professeur Klaus Grawe à l'université de Berne en Suisse, ce qui m'a conduite à faire un doctorat. Parallèlement, j'ai eu la chance de suivre dans cette même université une formation en thérapie cognitivo-comportementale intégrative axée sur les relations interpersonnelles. Cette formation était marquée par l'idée de Grawe selon laquelle la psychothérapie ne devrait pas être pratiquée conformément à une école spécifique, mais plutôt en intégrant les différentes approches, car l'efficacité de la psychothérapie n'est pas liée à une méthode mais repose sur des facteurs d'efficacité généraux (« *common factors* »).

À mes débuts comme psychothérapeute, influencée par la TCC, je me sentais sous la pression de devoir faire quelque chose pour que mes clients changent. Quelque chose ne va pas chez le patient et il revient au thérapeute de provoquer un changement. J'avais appris que mon rôle était d'être experte dans les interventions qui déclencheront cela chez le patient. Mais je me sentais mal à l'aise dans le déséquilibre de pouvoir / rapport de pouvoir inhérent à cette posture.

Je souffrais aussi de sentir une certaine distance envers mes clients, une difficulté à aller vraiment en profondeur avec eux et à travailler avec leur expérience dans l'ici et maintenant. Mon travail me semblait superficiel, malgré toutes les techniques et les interventions que je connaissais. Je vivais donc un double malaise, malgré mon privilège d'avoir suivi une formation thérapeutique intégrative et transdiagnostique.

En 2008, j'ai participé pour la première fois à un cours avec Leslie Greenberg dans le cadre d'un projet de recherche à l'université et j'ai senti dans la salle quelque chose de nouveau, de différent par rapport à mes expériences précédentes. Ce n'était pas seulement l'expérience fascinante de l'effet puissant du dialogue avec une simple chaise en bois. Ce n'était

pas non plus ma surprise, en parlant à cette chaise vide, d'entrer très rapidement en contact avec mes blessures les plus profondes et de vivre une transformation émotionnelle plus riche et plus significative que de nombreuses prises de conscience vécues jusqu'alors dans le cadre de mon expérience personnelle en TCC. Non, ce qui me touchait le plus, c'était le climat de confiance et de sécurité que Leslie parvenait à susciter par sa simple présence et sa bienveillance. J'étais étonnée de le voir si humain et proche de nous, bien qu'il fut l'un des chercheurs en psychothérapie les plus renommés au monde et qu'il ait 30 ans de plus que nous tous.

C'était donc son attitude humaniste qui était thérapeutique, sa façon modeste de ne pas savoir, d'apprécier et d'accepter tout ce que nous vivions dans le travail de groupe. C'était nouveau et passionnant d'explorer mon for intérieur de manière expérientielle et non cognitive et d'entrer en contact avec des parties de moi restées inaccessibles jusqu'alors. Cette expérience fut le point de départ d'un processus de changement grâce à l'EFT/TCE. Au fil du temps, je suis devenue plus moi-même et suis entrée en contact avec des émotions que j'avais externalisées, oubliées et refoulées au fil du temps. Ce processus de changement a parfois été douloureux, mais j'ai toujours vécu la douleur comme nécessaire et vivifiante. Tout comme un massage profond, qui fait mal mais soulage la tension de muscles profondément noués.

Par cette histoire je souhaite témoigner comment ma propre expérience avec Leslie en tant que thérapeute humaniste et comment l'approche EFT/TCE m'ont profondément touchée et enrichie. J'ai pu faire face à mes peurs et à mes insécurités et accepter des parties vulnérables de moi-même. Cela m'a façonnée en tant que personne et en tant que thérapeute, cela m'a aidée à évoluer.

C'est pourquoi j'ai décidé d'écrire ce livre sur la pratique de l'EFT/TCE, dans l'espoir que l'EFT/TCE soit mieux entendue et diffusée dans les pays francophones. J'espère que le langage de notre livre exprime l'attitude humaniste de cette merveilleuse approche. Nous avons délibérément choisi de ne pas parler du patient, mais du client, pour souligner la relation égalitaire entre celui-ci et le thérapeute et exprimer son rôle actif et son autodétermination dans le processus thérapeutique (voir remarques sur l'utilisation des langes).

J'espère que ce livre inspirera à des collègues d'autres approches et leur transmettra un peu de la saveur de l'EFT/TCE. J'espère encourager d'autres collègues à utiliser cette approche unique, comme j'ai été encouragée à comprendre et transformer les émotions de mes clients et à enrichir ma pratique par la découverte de cette approche centrée sur les émotions.

Bienvenue dans ce voyage de découverte où les émotions sont au premier plan et qui invite chaque psychothérapeute à élargir ses horizons professionnels et à embrasser les nuances profondes du traitement émotionnel dans la guérison psychologique.

Marielle Sutter

# Chapitre 1



## Introduction

*« What is split off, not felt, remains the same. When it is felt, it changes. »*

(Gendlin, 1986, p. 178)

La Thérapie centrée sur les émotions (Emotion-Focused Therapy, EFT/TCE) peut être définie comme une méthode thérapeutique intégrative, validée empiriquement, qui met l'accent *sur le travail centré sur l'expérience et sur le changement des émotions par l'expérience*. Elle s'est développée à partir de la conviction que les émotions jouent un rôle fondamental dans le processus de changement psychothérapeutique et que les changements durables en psychothérapie reposent sur les changements émotionnels (Greenberg, 2017). L'EFT/TCE a pour objectif de rendre accessible et de modifier la douleur émotionnelle qui est à l'origine des troubles psychiques (« change emotion with emotion », Greenberg, 2015 ; 2021). Cela suppose de surmonter les blocages émotionnels et l'évitement des émotions, ainsi que de réguler les affects dérégulés. De plus l'EFT/TCE a pour objectif d'aider les clients à comprendre et à utiliser leurs émotions comme une boussole. Elle les aide à développer leur conscience et leur intelligence émotionnelles (Greenberg, 2015 ; 2017).

L'EFT/TCE trouve ses racines dans les approches humanistes et existentielles. Elle intègre des éléments de la Thérapie centrée sur la personne (Rogers, 1957 ; 1959), de la Gestalt-thérapie (Perls, Hefferline &

Goodman, 1951), de l'approche expérientielle du Focusing (Gendlin, 1962 ; 1996) et des Thérapies existentielles (Frankl, 1959 ; Yalom, 1980). Dans la perspective humaniste de l'EFT/TCE, les êtres humains aspirent à survivre et à se développer. L'évolution nous a dotés d'un système émotionnel qui est le moteur de la survie et de la croissance. C'est pourquoi l'EFT/TCE considère les émotions comme fondamentalement adaptatives. Les émotions adaptées fournissent rapidement et automatiquement à notre organisme des informations importantes et déclenchent des réactions viscérales qui aident l'organisme à répondre rapidement à une situation en fonction de ses besoins. La satisfaction des besoins est corrélée à la santé mentale (Grawe, 1998 ; 2004). Des expériences d'apprentissage défavorables dans l'enfance conduisent au développement de schémas émotionnels inadaptés, qui motivent l'organisme à se protéger contre d'autres expériences douloureuses, mais qui ne l'aident pas à obtenir ce dont il a besoin. Les schémas émotionnels mal adaptés constituent un terrain propice au développement de troubles psychiques (voir [chapitre 2](#)). La thérapie doit les rendre accessibles, les soumettre à l'expérience, les réguler et les transformer par l'activation simultanée d'émotions saines (voir [chapitre 3](#)).

Les émotions sont au cœur de notre condition humaine ou, selon les termes de Damasio, « I feel, therefore I am » (Damasio, 2003). Les émotions sont le moteur de notre activité psychique et elles contrôlent nos pensées, notre comportement, notre expérience de nous-mêmes et notre vision du monde. Lorsque nous sommes tristes, nous avons des pensées tristes. Lorsque nous sommes en colère, nous nous comportons de manière colérique. Si les gens veulent changer leur comportement, ils doivent changer les émotions qui influencent ce comportement. Changer les émotions modifie également les pensées et l'expérience de nous-mêmes. Les émotions sont donc la clé des changements profonds et durables en psychothérapie.

Pour transformer les émotions, il est nécessaire de les accueillir et de les vivre consciemment dans l'ici et maintenant. Seul ce qui est vécu peut être transformé ; ce qui est clivé reste inchangé. Il ne suffit pas non plus de penser, de parler ou d'identifier l'origine des émotions de manière intellectuelle. Le changement nécessite une activation procédurale (Grawe, 1998) ou, en d'autres termes, « You have to feel it, in order to heal it » (Greenberg, 2015). Pour prendre conscience des émotions profondes et les

accueillir, nous devons accepter qui nous sommes et ce que nous ressentons. Le changement ne peut se produire que lorsque nous devenons la personne que nous sommes, et non lorsque nous essayons de devenir la personne que nous ne sommes pas (Beisser, 1970). Encourager ce processus est un autre objectif de la thérapie centrée sur les émotions.

L'EFT/TCE s'est développée à partir des années 1970 dans le but de comprendre *comment les changements se produisent en psychothérapie* et comment les clients changent. Elle est issue de la conviction profonde que les émotions jouent un rôle fondamental dans le développement et le traitement des troubles psychiques et que la psychothérapie traditionnelle survalorise la compréhension, le changement des cognitions et des comportements, et accorde trop peu d'importance aux émotions. Contrairement à l'esprit de l'époque en matière de recherche sur la psychothérapie, qui était marqué par la recherche sur les résultats (l'approche A est-elle efficace ?) et la recherche comparative (l'approche A est-elle meilleure que l'approche B ?), l'EFT/TCE s'est engagée dès le début dans la recherche portant sur les événements (comment et pourquoi une approche est-elle efficace ?). Elle s'est intéressée à l'étude des modèles de changement dans les séances de psychothérapie pertinentes (« Patterns of Change », Rice & Greenberg, 1984).

Les connaissances accumulées au fil des décennies dans le domaine de l'étude des phénomènes cliniques ont été reliées aux théories modernes des émotions (Ekman & Friesen, 1975 ; Frijda, 1986) et enrichies par les connaissances des neurosciences affectives (Damasio, 1999 ; Davidson, 2000 ; Lane, Ryan, Nadel & Greenberg, 2015 ; Schore, 2003 ; Porges, 2011). La recherche en psychothérapie a aidé à comprendre *comment travailler avec les émotions* pour qu'elles se transforment, et les neurosciences affectives ont aidé à comprendre *pourquoi il en est ainsi*. Il en résulte une approche thérapeutique autonome, pratique et centrée sur le processus et l'expérience, initialement appelée « Thérapie centrée sur le processus et l'expérience » (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2013), puis rebaptisée « Thérapie centrée sur les émotions » (Greenberg, 2015 ; Greenberg & Johnson, 1988 ; Greenberg & Paivio, 1997 ; Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Depuis, l'efficacité de l'EFT/TCE a été démontrée par de nombreuses études contrôlées et randomisées (Timulak, Shigeru & Elliott, 2019) et elle est répertoriée par la 12<sup>e</sup> division de l'APA (American

Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice) comme une méthode empirique de traitement de la dépression (APA, 2006).

L'un des développements de l'EFT/TCE, la Thérapie pour couples centrée sur les émotions (EFT-C/TCE-C, Greenberg & Johnson, 1988 ; Johnson, 2004 ; Greenberg & Goldman, 2008), est l'une des méthodes les plus efficaces pour traiter les difficultés de couple et promouvoir la satisfaction conjugale (Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994 ; Johnson & Greenberg, 1985 ; Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999). La Thérapie de groupe centrée sur les émotions (EFT-G) a également fait l'objet de recherches empiriques qui ont donné des résultats probants (Robinson, McCague & Whissell, 2014).

Bien que l'EFT/TCE soit, par ses origines, une méthode transdiagnostique couvrant tous les troubles, elle a été adaptée à différents troubles psychiques et soumise à un examen empirique au cours des dernières décennies, conformément à l'esprit du temps de la psychothérapie. Plusieurs études ont montré que l'EFT/TCE est efficace pour traiter la dépression (Goldman, Greenberg & Angus, 2006 ; Greenberg & Watson, 1998 ; Watson *et al.*, 2003). L'EFT/TCE entraîne une réduction significative des symptômes dépressifs, et les effets se maintiennent dans le temps.

L'EFT/TCE a également démontré son efficacité dans le traitement de divers troubles anxieux, notamment le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les études qui ont examiné l'efficacité de l'EFT/TCE chez les personnes souffrant de troubles anxieux généralisés ont montré une réduction significative des symptômes d'anxiété, une amélioration du traitement et de la régulation des émotions ainsi qu'une augmentation de la conscience et de l'expression des émotions (Timulak & McElvaney, 2017 ; Watson, Chekan et McMullen, 2017). Les études qui ont examiné l'efficacité de l'EFT/TCE dans les troubles d'anxiété sociale ont montré une amélioration significative des symptômes d'anxiété sociale, du traitement émotionnel et de l'expression émotionnelle dans les situations sociales (Elliott *et al.*, 2013 ; Shahar, 2014 ; Shahar, Bar-Kalifa & Alon, 2017). Dans l'étude de Paivio *et al.* (2010), l'efficacité de l'EFT/TCE a été examinée dans le traitement du trouble de stress post-traumatique. Les participants ayant suivi l'EFT/TCE



ont montré des réductions significatives des symptômes de TSPT et des améliorations du traitement et de la régulation émotionnels.

L'EFT/TCE s'est aussi avérée efficace pour traiter les troubles alimentaires (Wnuck, Greenberg & Dolhanty, 2015). L'entraînement aux compétences centrées sur les émotions pour les parents d'enfants souffrant de troubles alimentaires (« Emotion-Focused Skills Training », EFST) indique également des résultats prometteurs (Severinsen *et al.*, 2022). De plus, l'EFT/TCE s'est avérée efficace pour réduire les conséquences des maladies chroniques (McLean, Walton, Rodin, Esplen & Jones, 2013).

# Chapitre 2



## Origine et traitement des difficultés émotionnelles

- 2.1 Perspective transdiagnostique
- 2.2 Théorie des émotions
- 2.3 Fonctionnement humain
- 2.4 Problèmes de traitement des émotions et problèmes psychiques
- 2.5 Les trois principes du traitement et du changement émotionnel
- 2.6 Marqueurs indiquant des difficultés de traitement émotionnel
- 2.7 La relation thérapeutique
- 2.8 Compréhension du cas et modèle MENSIT
- 2.9 Indications et contre-indications pour le travail avec les émotions

La douleur émotionnelle contient le souvenir de besoins existentiels non satisfaits et nous aide à ressentir et à comprendre ce dont nous avons vraiment besoin. C'est pourquoi ressentir une douleur émotionnelle est un état productif. Il faut cependant lui ôter sa connotation de catastrophe.

## 2.1 PERSPECTIVE TRANSDIAGNOSTIQUE

Les systèmes officiels de classification nosologique des troubles mentaux comme le DSM et la CIM définissent la psychopathologie comme des constructions distinctes, indépendantes et catégorielles. Cela implique que les clients ont ou n'ont pas de troubles mentaux (catégoriques), que les catégories diagnostiques ne se recoupent pas (distinctes) et que la présence d'un trouble mental n'augmente pas la probabilité de la présence d'un autre trouble mental. Tant la pratique clinique que la recherche empirique infirment ces hypothèses (Krueger & Eaton, 2015).

D'un point de vue phénoménologique, des processus de traitement émotionnel dysfonctionnels similaires peuvent être observés dans différents types de troubles, par exemple l'évitement des émotions, les difficultés de régulation des émotions (sur- ou sous-régulation) ou une expérience émotionnelle inadaptée, c'est-à-dire que les mêmes problèmes de traitement émotionnel semblent être à la base des différents types de troubles. Typiquement, ces processus de traitement émotionnel prédisent également le développement de stress ou de troubles psychiques. Si les émotions négatives sont mal tolérées, cela peut conduire à des problèmes de régulation des émotions. Ceux-ci sont à leur tour des prédicteurs de l'apparition de troubles psychiques (Barlow *et al.*, 2004, 2017 ; Gross, 2007).

Par conséquent, la psychologie clinique tend actuellement à s'éloigner des systèmes de classification catégorielle (CIM et DSM) au profit de systèmes de classification et d'approches thérapeutiques transdiagnostiques (par exemple Barlow *et al.*, 2004, 2017). Pour les cliniciens, cela présente l'énorme avantage de mieux refléter la réalité et de ne pas devoir apprendre et appliquer un nouveau protocole pour chaque type de trouble, comme c'est la règle aujourd'hui dans la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les approches transdiagnostiques présentent aussi l'avantage, en

cas de troubles comorbides chez un patient, de ne pas devoir choisir quel est le trouble primaire sur lequel se concentrer. L'abondance de différents protocoles – dans une approche par diagnostic – rend difficiles aussi bien la formation que la diffusion et la mise en œuvre d'une psychothérapie efficace. Tous ces problèmes disparaissent dans les approches psychothérapeutiques « transdiagnostiques », c'est-à-dire qui couvrent tous les troubles. Les approches transdiagnostiques fonctionnent de la même manière que les psychotropes. Ceux-ci sont également transdiagnostiques dans une certaine mesure. Par exemple, les antidépresseurs agissent sur plusieurs formes de troubles anxieux, de dépression et de troubles alimentaires (Müller, 2000).

Barlow et ses collègues (2004, 2017) ont développé un manuel transdiagnostique pour le traitement de différents troubles anxieux avec le « Unified Protocol ». L'efficacité de cette thérapie comportementale transdiagnostique a été démontrée dans une étude randomisée et contrôlée. Le « Unified Protocol » offre une vision unifiée de la psychopathologie et du traitement psychothérapeutique. Selon Barlow et ses collègues, une gestion dysfonctionnelle des sentiments négatifs – leur évitement – est à l'origine du développement et du maintien des difficultés psychologiques. Le « Unified Protocol » aide donc les clients à accepter leurs émotions négatives et à réduire l'évitement de celles-ci.

L'EFT/TCE suit une approche humaniste et existentielle. Dès ses débuts dans les années 1980, elle a développé une approche de traitement transdiagnostique. Elle se base sur la simple observation que les clients qui cherchent une aide psychothérapeutique *souffrent de sentiments douloureux récurrents* et ont une *mauvaise gestion de ceux-ci*. On peut en tirer la conclusion simple que des changements dans le ressenti et une relation transformée au ressenti sont la clé d'un changement profond et d'une amélioration du bien-être. Au cours des décennies suivantes, l'EFT/TCE a étudié, à l'aide de recherche sur les processus et les résultats, ce qui se passait pendant des séquences de thérapie pertinentes, c'est-à-dire des séquences au cours desquelles se produisaient des changements profonds dans l'expérience des clients. Différentes variables de processus (par exemple la profondeur du traitement émotionnel ou l'activation émotionnelle du client) ont été isolées et mises en relation avec le résultat de la séance et de la thérapie. Ce type de recherche était exceptionnel à une

époque où les études randomisées contrôlées (« randomized controlled trials », RCT) étaient considérées comme l'étalon-or. Par exemple, Adams et Greenberg (1996) ont étudié le lien entre les interventions thérapeutiques, la profondeur de traitement des clients et le résultat de la thérapie. La focalisation des interventions thérapeutiques (sur l'expérience profonde) influence la profondeur de traitement des clients, qui est à son tour corrélée à un résultat thérapeutique positif. Les résultats de ces recherches ont constitué la base scientifique de l'EFT/TCE.

Un large consensus existe aujourd'hui sur le fait que les troubles psychiques sont liés à l'expérience récurrente d'émotions négatives et à une mauvaise gestion de celles-ci. La plupart des approches de la troisième vague se focalisent sur les émotions et leur gestion, par exemple la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), la Thérapie Dialectique-Comportementale (Dialectical Behavior Therapy, DBT) ou la Psychothérapie Dynamique Accélérée Expérientielle (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, AEDP).

Dans une perspective transdiagnostique, les troubles psychiques se définissent *par quatre caractéristiques* (Greenberg, 2021) :

- 1) expérience récurrente d'émotions négatives intenses ;
- 2) réactions négatives et manque d'acceptation des émotions négatives (peur de perdre le contrôle, peur de ne pas pouvoir les gérer, peur de s'effondrer en les vivant) ;
- 3) évaluation négative des émotions ;
- 4) efforts pour se protéger des expériences aversives, les repousser, les éviter ou les réduire (avant ou après leur apparition).

La clé d'un traitement réussi est d'*améliorer la relation avec son propre vécu*. Si les émotions sont vécues consciemment et tolérées, elles peuvent être traitées, régulées et transformées. C'est l'objectif de l'EFT/TCE. Les difficultés de traitement des émotions qui sont à la base des troubles psychiques sont abordées à la [section 2.4.3](#). La [section 2.5](#) décrit les trois principes fondamentaux de l'EFT/TCE (vivre consciemment les émotions, les réguler et les transformer). Avant cela, nous présentons la théorie des émotions et le diagnostic des émotions.

## 2.2 THÉORIE DES ÉMOTIONS

L'EFT/TCE a été la première approche thérapeutique dans laquelle des catégories d'émotions différentielles ont été décrites à partir de l'observation des processus cliniques. On distingue les émotions primaires, secondaires et instrumentales ainsi que les émotions adaptées ou inadaptées. Aujourd'hui, les termes d'émotions primaires et secondaires sont largement utilisés en psychothérapie (Lammers, 2018).

Le *travail différentiel avec différents types d'émotions* s'est développé à partir de la pratique clinique et de l'étude des instants de changement dans la thérapie (Greenberg, 2015). Reconnaître les différents types d'émotions est l'une des compétences les plus importantes des thérapeutes qui travaillent avec les émotions. Le diagnostic des émotions est un *diagnostic orienté vers le processus*, c'est-à-dire que les thérapeutes suivent l'auto-organisation émotionnelle de leurs clients instant après instant et donnent une direction au travail thérapeutique. Outre le diagnostic des émotions orienté sur le processus, les thérapeutes EFT/TCE se concentrent toujours sur la manière dont les clients gèrent leurs émotions (« productivité émotionnelle », [section 2.2.2](#)). Les émotions sont-elles suffisamment régulées, différenciées et symbolisées ? Le client a-t-il accès à son vécu ? Peut-il percevoir et comprendre ses émotions ? Le traitement des émotions implique que les clients gèrent leurs émotions de manière productive.

Le *diagnostic des émotions* et la *productivité émotionnelle* d'un client sont des systèmes d'orientation importants pour les thérapeutes centrés sur les émotions. Ils se sont avérés être des systèmes de navigation plus précieux pour le processus thérapeutique que les diagnostics cliniques ([section 2.1](#)).

### 2.2.1 Diagnostic des émotions

Le diagnostic des émotions est un guide qui permet aux thérapeutes de s'orienter instant après instant. Les émotions indiquent quelle doit être la prochaine tâche ou intervention thérapeutique. Nous distinguons les émotions *primaires*, *secondaires* et *instrumentales*. Les émotions primaires peuvent être *adaptées* (utiles, elles fournissent de bonnes informations) ou *inadaptées* (pas utiles, elles donnent de mauvaises informations). Les émotions secondaires sont des réactions à une expérience primaire qu'elles

ont pour fonction de masquer. Les émotions instrumentales sont des réactions apprises ayant une fonction interpersonnelle.

### ► Émotions adaptées (primaires)

Les émotions adaptées primaires sont nos réactions automatiques et immédiates face à une situation (un sentiment instinctif immédiat). Il peut s'agir d'émotions biologiques comme la tristesse, la colère ou la curiosité, mais aussi d'émotions complexes comme la jalousie, la gratitude ou l'affection. Les émotions adaptées ne sont ni sur- ni sous-réglées, elles sont adaptées à la situation et déclenchent une *tendance à l'action d'approche* qui nous aide à *gérer une situation en fonction des besoins de notre organisme* (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg, 2015). Un bon accès aux émotions adaptées et leur utilisation sont corrélés avec la santé mentale et le bien-être (Grawe, 1998, 2004). Par exemple, la tristesse après une perte nous aide à aller vers les personnes qui peuvent nous apporter réconfort et sécurité, ou nous aide à nous retirer lorsque nous voulons être seuls avec notre douleur. La colère affirmative est également une émotion adaptée, que nous éprouvons quand nous nous sentons traités injustement ou lorsqu'une personne proche est menacée. La colère affirmative est une énergie puissante qui nous aide à mettre des limites et à nous protéger. Sans colère adaptée, nous ne pouvons pas nous défendre et lutter pour nos droits. Le dégoût est une émotion que nous percevons quand quelqu'un ou quelque chose est toxique ou dangereux pour nous. Lorsque nous ressentons du dégoût, le réflexe est de recracher ce qui est toxique ou de prendre nos distances avec la personne que nous considérons comme dangereuse.

Les émotions adaptées sont des vecteurs d'information importants. Elles nous informent de ce qui est bon pour nous et de ce qui ne l'est pas. Elles nous aident à obtenir ce dont nous avons besoin ou à nous protéger de ce qui nous fait du mal. Si nous parvenons à percevoir et à comprendre nos émotions adaptées, elles nous serviront de boussole importante pour satisfaire nos besoins et mener une vie bonne et épanouie. Les émotions adaptées ne sont pas toujours agréables, elles peuvent aussi être douloureuses et pénibles. La jalousie ou la honte sont difficiles à supporter. Pourtant, si elles sont adaptées à la situation, elles sont des sources d'information importantes. Elles nous disent ce que nous aimerions avoir et

que nous n'avons pas (jalousie) ou que nous avons fait quelque chose de répréhensible. En thérapie de couple, le fait de ressentir et d'exprimer de la honte après une liaison extraconjugale est le principal prédicteur du pardon (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Les émotions adaptées nous aident à faire face de manière constructive à la situation dans laquelle nous nous trouvons et elles se transforment au fur et à mesure que la situation évolue. On les ressent comme neuves et vivantes, même si elles sont douloureuses.

Les émotions adaptées sont nos réactions émotionnelles primaires immédiates dans une situation donnée. Ce sont des émotions « saines » qui nous donnent des informations utiles et importantes sur nos besoins et nos objectifs dans une situation et qui nous fournissent rapidement et automatiquement des tendances à l'action qui nous aident à bien gérer la situation. En thérapie, nous voulons rendre les émotions adaptées accessibles pour qu'elles puissent être utilisées. Elles nous aident également à transformer les émotions inadaptées (« malsaines ») ([section 2.5.3](#)).

### ► Émotions inadaptées (primaires)

Les émotions primaires inadaptées sont également des réactions émotionnelles automatiques et immédiates, mais elles émanent d'expériences d'apprentissage traumatiques dans l'enfance (Greenberg & Paivio, 1997), d'interactions défavorables avec des figures d'attachement ou d'un échec de la régulation dyadique des affects dans l'enfance (Schoore, 2003 ; Stern, 1985) ([section 2.4](#)). Contrairement aux émotions adaptées, elles ne se transforment pas au fur et à mesure de l'évolution de la situation mais constituent des états émotionnels tenaces, récurrents et pénibles, la « same old story » (Angus & Greenberg, 2011), qui se déroule comme un fil rouge tout le long de notre vie (par exemple « je n'ai aucune valeur » ou « je suis seul·e »).

Les émotions inadaptées fournissent des tendances à l'action évitantes qui aident à nous protéger des expériences blessantes (si je me considère comme sans valeur et que je refuse toute proximité, je ne peux pas être



blessé ou déçu). Elles ont donc une fonction de protection importante, mais elles empêchent la satisfaction de nos besoins (établir une relation proche et satisfaisante). Si les émotions inadaptées sont si pénibles à vivre, c'est qu'elles sont fortement liées à notre expérience de nous-mêmes et à notre sentiment d'identité (par exemple « je suis seul·e », « je suis faible et impuissant·e », « je suis insuffisant·e »).

D'un point de vue phénoménologique, on peut distinguer trois organisations de soi-même, qui sont alimentées par des émotions inadaptées (Greenberg, 2015) :

- 1) *une organisation de soi basée sur la honte* (« *bad-me* »), basée sur des expériences identitaires négatives (« je suis différent·e des autres », « il y a quelque chose qui ne va pas chez moi ») ou sur des expériences d'attachement négatives telles que la négligence (« je ne mérite pas qu'on s'occupe de moi », « je ne suis pas important·e ») ;
- 2) *une organisation de soi basée sur la solitude et la tristesse* (« *lonely me* »), (« je suis seul·e », « je ne suis pas connecté·e », « personne n'est là pour moi ») et
- 3) *une organisation du soi basée sur la peur* (« *weak-me* »), dans laquelle le soi est perçu comme faible, incertain et vulnérable. Dans l'organisation du soi basée sur la peur, il y a d'une part la peur résultant d'expériences d'attachement traumatisantes (« je suis sans protection » « je suis accaparé·e par d'autres ») avec l'impulsion de s'éloigner de la source de danger et de prendre de la distance. D'autre part, il y a la peur de manquer de soutien (« je suis faible et je ne peux pas survivre seul·e »), qui déclenche une réaction d'approche envers la figure d'attachement absente.

Du fait que ces émotions sont si douloureuses, elles sont également appelées « core pain » ou douleur centrale. Comme nous essayons de préserver notre organisme de la douleur, nous nous protégeons contre l'expérience d'émotions inadaptées. De nombreux clients ont une peur intense de perdre leur stabilité intérieure, de « s'effondrer » et de ne pas pouvoir gérer la douleur lorsqu'ils sont en contact avec elle (Bolger, 1999 ; Greenberg & Bolger, 2001, Greenberg, 2021). Pour cette raison, les émotions inadaptées sont souvent vécues en même temps que l'anxiété, qui est censée protéger de l'expérience douloureuse (Weston, 2018).

Les émotions inadaptées sont des réactions émotionnelles « malsaines » basées sur des expériences d'apprentissage défavorables dans le passé. Elles sont profondes, douloureuses et souvent menaçantes parce qu'elles se réfèrent au soi et à l'identité (par exemple, « je ne suis pas comme il faut », « je suis faible », « je suis seul-e »). En thérapie, nous souhaitons rendre les émotions inadaptées accessibles afin de les transformer ([section 2.5.3](#)).

## ► Émotions secondaires

Les émotions secondaires sont des réactions émotionnelles à une expérience primaire adaptée ou inadaptée. Elles ont pour fonction de les masquer ou de nous en protéger, si celles-ci sont perçues comme trop menaçantes. Souvent, les émotions secondaires sont elles aussi basées sur des expériences d'apprentissage défavorables (par exemple, un enfant apprend à masquer sa vulnérabilité par la colère s'il ne se sent pas accepté lorsqu'il est vulnérable, par exemple lorsqu'il est triste, inquiet ou apeuré) et elles sont également façonnées par les normes culturelles et les stéréotypes de genre. Dans la socialisation masculine, l'expression de la vulnérabilité est sanctionnée. C'est pourquoi nous observons plus souvent chez les hommes une colère secondaire qui masque la peur, l'insécurité, la tristesse ou l'insuffisance. Les filles, quant à elles, apprennent souvent dans l'enfance qu'il n'est pas souhaitable ni féminin de se mettre en colère. Nombreuses sont donc les femmes qui accèdent plus facilement au désespoir ou à la tristesse qu'à la colère. Les émotions secondaires sont donc des sentiments à propos des sentiments. La peur sur la colère, la honte par rapport à sa propre peur, la colère par rapport à son propre besoin. Les pensées peuvent également être à l'origine d'émotions secondaires.

En EFT/TCE, les émotions symptomatiques telles que la panique dans les troubles anxieux ou le désespoir dans la dépression sont également catégorisées comme des émotions secondaires. La pratique clinique a montré que ces émotions secondaires sont souvent alimentées par des émotions inadaptées douloureuses sous-jacentes : chez les clients déprimés, il y a souvent un profond sentiment d'insuffisance sous le désespoir.

dépressif ; dans les troubles anxieux, il y a souvent un profond sentiment d'impuissance ou de faiblesse sous l'anxiété symptomatique.

Les émotions secondaires sont souvent globales et diffuses (« Global Distress », Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Elles peuvent être un mélange de différentes émotions, comme les plaintes, dans lesquelles se mélangent la colère, la tristesse, l'impuissance et l'ironie. Par exemple, une cliente a une voix furieuse, des larmes coulant sur son visage, tandis qu'elle parle d'une voix étouffée tout en s'interrompant régulièrement pour rire. Les émotions secondaires ne sont donc souvent pas exprimées de manière congruente. Pour nous, thérapeutes, l'un de leurs signes distinctifs est qu'elles ne nous touchent pas de la même manière que les émotions primaires. Les émotions primaires, qu'elles soient adaptées ou inadaptées, déclenchent souvent une réaction empathique chez l'autre ; nous sommes touchés, nous résonnons, nous pouvons nous immerger dans le monde de l'autre, nous savons de quoi il parle. Les émotions secondaires, en revanche, suscitent souvent l'irritation, car elles sont insaisissables. Pour le diagnostic des émotions, nous pouvons donc nous utiliser nous-mêmes comme caisse de résonance.

En EFT/TCE, nous voulons valider les émotions secondaires mais ne pas nous arrêter à elles ; nous voulons continuer à les approfondir de manière empathique afin d'accéder à l'expérience primaire.

## ► Émotions instrumentales

Les émotions instrumentales apparaissent dans les situations interpersonnelles et ont pour fonction de déclencher une certaine réaction chez l'autre. Sachse (2018, 2019) parle de « jeux interactionnels ». Certaines personnes n'ont pas appris à exprimer leurs besoins de manière adéquate et cherchent à les satisfaire à un « niveau de jeu secondaire ». L'expression des émotions instrumentales est un comportement appris dans la petite enfance en raison d'un environnement émotionnellement invalidant. Dans le passé, elles constituaient donc une stratégie de survie fonctionnelle. À l'âge adulte, les émotions instrumentales sont la meilleure solution dont dispose le client à ce moment-là pour faire face à des

situations difficiles. Toutefois ces émotions, parce qu'elles sont instrumentales, ont des conséquences négatives à moyen et long terme et produisent souvent l'effet contraire de ce qui était souhaité ou nécessaire. Par exemple la colère intimidante suscite à court terme la peur et un comportement de soumission chez l'autre. Les larmes de crocodile (des larmes inauthentiques) et la démonstration ostentatoire de son besoin incitent l'autre, à court terme, à traiter la personne avec ménagement. Les expressions suicidaires peuvent également être instrumentales. Mais à la longue, l'effet sur l'autre de ces émotions instrumentales risque de s'émousser.

Les émotions instrumentales ne sont souvent pas conscientes. Dans le cadre de la thérapie, nous essayons de les nommer comme telles et d'identifier leur fonction. Il est utile d'adopter une attitude congruente et d'exprimer avec transparence ce que l'émotion instrumentale déclenche chez nous (voir [chapitre 4](#)).

Les émotions instrumentales sont un comportement ou une expression émotionnelle appris dans le but de déclencher une réaction ou un comportement émotionnel spécifique chez l'autre personne. Dans le cadre de la thérapie, les émotions instrumentales sont marquées et nommées, et l'on s'efforce ensemble de mettre en évidence leur fonction.

## 2.2.2 Productivité émotionnelle

Outre le diagnostic des émotions, la productivité émotionnelle (Auszra *et al.*, 2013, 2017 ; Greenberg *et al.*, 2007) des clients est le deuxième aspect important du diagnostic du processus. La productivité émotionnelle décrit la façon dont le traitement émotionnel doit avoir lieu dans la thérapie pour qu'il y ait un changement. En effet il ne suffit pas d'activer les émotions pour transformer. La productivité émotionnelle s'est avérée dans la recherche un prédicteur important du succès de la thérapie (entre autres Auszra *et al.*, 2013). Ce concept comporte trois dimensions :

- 1) La première dimension concerne l'activation émotionnelle. Les clients *doivent ressentir leurs émotions de manière consciente* afin de

pouvoir les traiter et les modifier. Ce principe correspond à un processus commun à toutes les écoles en psychothérapie : « l'activation processuelle » (Grawe, 1998, 2004). Seul ce qui est ressenti peut être transformé. Parler d'un sentiment ne suffit donc pas.

- 2) La deuxième dimension se rapporte à la nature de l'émotion. Des changements profonds et durables dans le vécu se produisent lorsqu'on travaille avec des *émotions primaires* (et non pas secondaires ou instrumentales). Vous ne pouvez pas quitter un endroit tant que vous ne l'avez pas atteint. Pour transformer une honte inadaptée (émotion primaire inadaptée), il faut la rendre accessible et la ressentir, même si cela est extrêmement douloureux. L'une des tâches les plus importantes et les plus difficiles pour un thérapeute EFT/TCE est d'approfondir les émotions secondaires et instrumentales pour atteindre la douleur fondamentale.
- 3) La troisième dimension concerne *la façon dont les clients gèrent* leurs émotions afin qu'elles puissent être traitées.

Sept caractéristiques jouent un rôle dans cette gestion émotionnelle ([figure 2.1](#)), décrites ci-dessous (Auszra & Greenberg, 2007 ; Greenberg *et al.*, 2007 ; Auszra *et al.*, 2013).

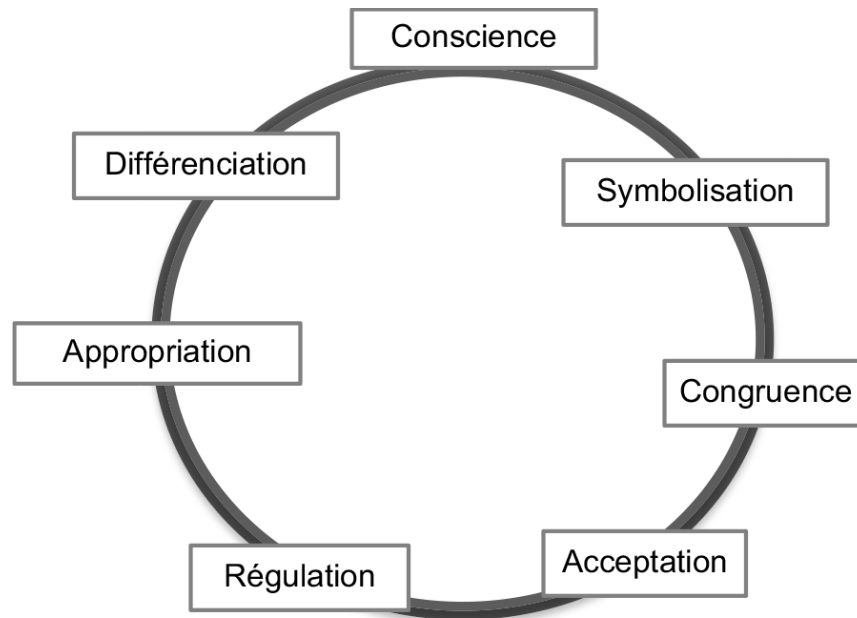


Figure 2.1. Aspects de la productivité émotionnelle (adaptée selon Auszra & Greenberg, 2007 ; Greenberg *et al.*, 2007 ; Auszra *et al.*, 2013).

### ► Se tourner consciemment vers l'émotion

Pour qu'un changement émotionnel puisse se produire, les clients doivent se tourner consciemment vers leur expérience, se focaliser sur leur corps, adopter une attitude curieuse et autoriser l'émotion ou la tendance à l'action. Dans la pratique quotidienne de la thérapie, il arrive souvent que les clients soient activés émotionnellement sans s'en rendre compte. Par exemple, un client peut raconter un incident de manière relativement neutre, sans prendre conscience que la colère résonne dans sa voix ou que son regard est triste. La tâche de la thérapeute est, à ce moment-là, d'aider le client à se tourner vers ce ressenti implicitement activé, somatiquement manifesté, jusqu'ici non verbalisé et préconscient, pour en identifier les éléments constitutifs, les formuler de manière congruente et leur attribuer une signification. Dans cet exemple, la thérapeute qui observe ce processus pourrait expliciter l'invisible dans les termes suivants : « Pendant que vous dites cela, quelque chose change dans le ton de votre voix. Il y a quelque chose de dur et je vois que votre corps se tend. Pouvez-vous vous arrêter un instant et vérifier ce que vous ressentez au moment où vous dites cela ? »

### ► Symbolisation

Le changement thérapeutique peut se produire lorsque le ressenti est mis en mots. Ressentir sans symboliser ne mène pas au changement. Le ressenti sans symbolisation n'est pas productif. Par symbolisation, on n'entend pas seulement que les clients labellisent leur émotion (par exemple « je suis en colère »), mais qu'ils expriment une tendance à l'action (« c'est ce sentiment désagréable de vouloir devenir tout petit et me cacher ») ou qu'ils trouvent une métaphore pour leur vécu (« c'est comme si j'étais suspendu·e contre un mur par une corde sans jamais être capable de grimper en haut du mur »). Le travail de la thérapeute consiste alors à explorer davantage le ressenti et à élaborer la symbolisation. L'EFT/TCE est basée sur le principe du constructivisme dialectique ([section 2.3.3](#)). Le ressenti est symbolisé et une signification lui est attribuée. Cette signification influence le ressenti.

## ► Congruence

Pour qu'un changement émotionnel puisse se développer dans le cadre d'une thérapie, les clients doivent pouvoir exprimer leurs émotions de manière congruente. Il arrive qu'ils expriment leur ressenti de manière incongruente : ce qu'ils disent ne correspond pas à la manière dont ils le disent. Par exemple, ils racontent quelque chose de triste et en rient. Ou ils ont une voix limitée (étouffée) alors qu'ils racontent quelque chose de contrariant. La voix limitée indique que les clients répriment et retiennent leurs émotions. C'est une voix étouffée, faible et plate (Rice & Wagstaff, 1967). Cela peut indiquer que l'expérience n'est pas encore pleinement accueillie ([section 2.3.4](#)), que des éléments de celle-ci sont ressentis, mais encore interrompus, inhibés ou incomplets. Le vécu peut être bloqué ou fragmenté pour différentes raisons ([section 2.4.3](#)). Parfois, il s'agit de la peur d'être balayé par l'émotion si elle est ressentie. Le rôle de la thérapeute est de soutenir l'expression congruente d'une émotion précédemment réprimée, scindée ou bloquée. La condition la plus importante pour cela est un contexte thérapeutique sûr et bienveillant dans lequel le client se sent invité à être courageux et à entrer dans l'œil du cyclone.

## ► Régulation

Pour qu'il puisse y avoir des changements dans la thérapie, nous devons travailler avec des émotions régulées. Une émotion régulée peut être utilisée, traitée et transformée. Dans les séquences thérapeutiques productives, les clients ressentent leurs émotions, mais ils disposent également d'une distance de travail suffisante qui leur permet de réfléchir à ce qu'ils vivent et de le symboliser. La régulation des émotions est une tâche importante pour les thérapeutes EFT/TCE. Nous aidons les clients à régler le radiateur à la bonne température. Si le radiateur est trop froid et que les émotions ne sont pas accessibles, elles doivent être régulées à la hausse. Si le radiateur est trop chaud, les émotions doivent être abaissées ([section 2.5.2](#), [section 3.4](#)).

## ► Acceptation

Une autre caractéristique d'une gestion productive des émotions est leur acceptation. Celle-ci doit être encouragée, en particulier pour les émotions pénibles, douloureuses, subjectivement ressenties comme désagréables ou menaçantes. Les indices d'un manque d'acceptation sont les commentaires évaluatifs des clients (« je déteste me sentir si faible » ou « je n'aime pas pleurer devant les autres »), les expressions de peur ou de malaise face à l'expérience (« si j'entre dans cette émotion, je n'en sortirai jamais ») ou l'observation d'une tension physique (nuque raide, jambes croisées, bras croisés, respiration retenue) et d'une voix limitée. L'une des tâches les plus importantes en EFT/TCE est d'encourager le client à s'approcher de plus en plus près du ressenti douloureux, d'identifier la douleur centrale et de « suivre la boussole de la douleur ».

### ► Appropriation

Une approche productive de l'expérience signifie également que les clients se perçoivent comme les auteurs actifs de leurs émotions et non comme des victimes passives. Cela signifie qu'ils prennent la responsabilité de leur expérience et qu'ils reconnaissent celle-ci comme une construction d'eux-mêmes et de leur réalité subjective (Greenberg, 2015) ([section 2.3.3](#)). Une focalisation externe (« c'est la société qui est responsable de mon échec ») dénote souvent un manque d'appropriation de ses émotions par le client. Les clients qui ne montrent aucune motivation à travailler sur eux-mêmes ou sur leurs émotions, mais qui voient la solution à leurs problèmes dans le changement de l'autre (« si mon mari apprenait enfin à être plus empathique, ma dépression disparaîtrait en un clin d'œil ») ou dans le changement des circonstances (« dès que j'aurai un nouveau travail, je me sentirai sûre de moi ») montrent également un déficit d'appropriation de leurs émotions. Enfin, le manque d'appropriation se manifeste également chez les clients qui traitent leurs émotions comme des symptômes dont ils aimeraient se débarrasser (« quoi que je fasse, dès que je rentre chez moi le soir, je me sens comme emporté par cette solitude » ou « je me suis senti comme ça toute ma vie, ça ne changera jamais »). Une tâche importante de la thérapie consiste à encourager la prise d'initiative, afin que les clients se sentent sujets de leur expérience. Cela se fait, par exemple, par la reformulation active des déclarations. Au lieu de dire « il me met en colère



», nous invitons les clients à utiliser le langage à la première personne, « je suis en colère ».

### ► Différenciation

Pour que les émotions puissent être utilisées, traitées et transformées, elles doivent être ressenties de manière suffisamment différenciée. Souvent, les clients arrivent en thérapie avec un sentiment global et indifférencié (« global distress », Pascual-Leone & Greenberg, 2007). La première tâche consiste à différencier ce sentiment confus et à faire ressortir tous les aspects du ressenti. Les émotions sont un condensé d'informations importantes. Pour pouvoir les décoder, les comprendre et les utiliser, les différentes émotions doivent être différenciées et traitées individuellement.

Pour qu'il y ait des changements dans la thérapie,

- 1) les clients doivent ressentir leurs émotions (activation émotionnelle),
- 2) les émotions ressenties doivent être primaires (adaptatives ou mal adaptées) et
- 3) les clients doivent se tourner consciemment vers ces émotions, les symboliser, les exprimer de manière congruente, les réguler, les accepter, les différencier et se les approprier.

## 2.3 FONCTIONNEMENT HUMAIN

Dans cette section, nous décrivons ce que sont les émotions et comment elles affectent notre condition humaine et notre expérience de nous-mêmes. Nous abordons également l'aspect des émotions conscientes et inconscientes.

### 2.3.1 Les émotions

Les émotions sont à la base et au cœur de notre humanité. Nous sentons, donc nous sommes. « Emotions are the fundamental datum of human

expérience » (Greenberg *et al.*, 2019, p. 109). Elles sont le moteur de notre activité psychique, elles constituent le système de référence primaire auquel nous nous référons, elles influencent notre expérience de nous-mêmes et celle du monde qui nous entoure, elles colorent nos processus d'évaluation et nos attentes et elles nous disposent au niveau somatique à réagir rapidement et facilement. Le fait que nous soyons prêts à réagir à quelque chose (par exemple un sourire) ou à nous en éloigner (une expression de colère) est influencé par l'aspect implicite des émotions, sans que nous en soyons conscients. Les émotions agissent dans notre vie comme des agents secrets en mission ou, comme l'a dit Van Gogh, « n'oublions pas que les petites émotions sont les grands capitaines de notre vie. Nous leur obéissons sans nous en rendre compte » Van Gogh, 1988, p. 517).

Les êtres humains cherchent à survivre et à s'épanouir. L'évolution nous a dotés d'émotions parce qu'elles nous aident à accomplir des tâches existentielles. La curiosité nous motive à apprendre, à comprendre et à maîtriser la nouveauté, elle nous motive à progresser dans la vie. Sans l'attraction, le désir, l'affection et les soins, nous n'aurions pas de relations ni de descendance. Les émotions nous motivent à créer des liens et à construire une identité, qui sont si importants dans la vie (Blatt, 2008). Elles représentent des liens incarnés avec nos besoins (Frijda, 1986).

Tous les êtres humains ont une connaissance intuitive des émotions et de leur importance. Cependant, la complexité du concept d'émotion ne devient évidente que lorsque nous essayons de le définir (Fehr & Russel, 1984). Les émotions sont des concepts flous (« fuzzy concepts », Scherer, 2005) qu'il est difficile de distinguer d'autres concepts tels que la motivation et la cognition en raison de leur chevauchement et de leur interaction. De plus, les émotions sont définies différemment selon les approches (Greenberg *et al.*, 2019). Lorsque l'on parle d'émotions, les trois termes affect, émotion et sentiment reviennent souvent. Pour les circonscrire du point de vue de l'EFT/TCE, nous utilisons volontiers l'image d'un arbre. L'affect représente le tronc et les racines de l'arbre. Il est la base physiologique de l'arbre, comme l'excitation, l'activation et l'adrénaline. Les branches de l'arbre représentent les différentes catégories d'émotions telles que la colère, la tristesse, la peur, la honte, l'amour, la curiosité, la joie et le dégoût. Les sentiments sont les petites branches et les feuilles de l'arbre. Ce sont des émotions beaucoup plus subtiles et différenciées, leur expression est très

personnelle et influencée par les normes culturelles et sociales. Par exemple, sur la branche de la tristesse, on pourrait trouver des feuilles intitulées « je me sens perdu·e », « je me sens lourd·e », « je ne me sens pas soutenu·e » ou « je me sens vide » (Greenberg, 2020).

De plus, en EFT/TCE, nous définissons les émotions comme des programmes de traitement de l'information hautement automatisés et préconscients qui, dans un environnement (social) changeant, nous donnent un feed-back instantané sur l'état de frustration ou de satisfaction de nos besoins, de nos valeurs et de nos objectifs par une évaluation bonne/mauvaise. Sur cette base, une cascade orchestrée de changements physiques (somato-moteurs, viscéraux) et mentaux (pensées, sentiments) se déclenche pour nous aider à gérer la situation d'une manière favorable à notre organisme (Frijda, 1986 ; Levenson, 1994).

La nature nous a dotés d'un programme psychomoteur affectif de base appelé émotions. Nous naissons et ressentons une gamme d'émotions dès la naissance. Nous n'avons pas besoin de l'apprendre, cela arrive tout simplement. Cependant, le contexte social dans lequel nous grandissons influence l'importance que nous accordons à la joie, à la tristesse, à la colère, à la curiosité, à la honte ou à la peur, ainsi que la relation que nous entretenons avec elles. C'est surtout dans la petite enfance que nous sommes influencés par notre système de réponse émotionnelle et notre capacité à le réguler (Schoore, 2003 ; Stern, 1985). Ce que les enfants ressentent au cours de cette phase de la vie, la manière dont les personnes qui s'occupent d'eux interagissent avec eux, leurs possibilités de répondre avec délicatesse à l'enfant, de refléter ce qu'il exprime, de le valider et d'être là pour lui de manière prévisible a une influence sur ce qui rendra cet enfant particulièrement triste plus tard dans sa vie, ce à quoi il réagira par la colère, la honte ou la peur. Les expériences de la petite enfance influencent notre sensibilité plus tard dans la vie ([section 2.4.1](#)).

### **2.3.2 Schémas émotionnels**

Les schémas émotionnels sont des réseaux de neurones. Ils constituent la base du système de réponse émotionnelle chez les adultes (Greenberg *et al.*, 2019). Les schémas émotionnels se développent principalement au cours des premières années de la vie, mais ils se transforment continuellement

tout au long de celle-ci. Ils résultent de notre *expérience vécue* ; ils sont hautement spécifiques, individuels et en perpétuel changement. Ils constituent notre *expérience de nous-mêmes dans ce monde, ancrés somatiquement* (« embodied sense of self in the world », Greenberg *et al.*, 2019, p. 111) et ils produisent de l'expérience et des tendances à l'action (Piaget, 1973 ; Pascual-Leone, 1987, 1991).

Les schémas émotionnels comprennent différents éléments, tels que les éléments somato-moteurs, viscéraux, affectifs, la réactivité ou les souvenirs épisodiques. Certains schémas sont représentés mentalement de manière consciente, d'autres de manière inconsciente. Ces schémas inconscients influencent implicitement nos processus de traitement de l'information (comme la prise de décision ou les prévisions sur l'avenir). Ce sont des *récits sans paroles* (Paivio & Angus, 2017 ; Angus & Greenberg, 2011), dont les éléments principalement procéduraux, préverbaux et affectifs (sensations physiques, images visuelles, odeurs) influencent notre expérience et nos actions. Les schémas émotionnels peuvent être adaptatifs ou maladaptatifs, selon qu'ils nous aident ou non à faire face à une situation dans le sens de nos besoins ([section 2.2.1](#)).

### 2.3.3 Perception du Soi

Notre expérience de nous-mêmes résulte d'un processus dialectique complexe d'expérience et d'attribution de sens (*constructivisme dialectique*, Greenberg & Pascual-Leone, 2001). En EFT/TCE, nous partons du principe que notre expérience de nous-mêmes n'est pas une constante mais qu'elle se construit dans un processus dialectique par lequel une signification est attribuée à l'expérience somatique. Un vécu corporel sans mots est symbolisé par des mots et une signification lui est attribuée. Ainsi, une histoire vécue (schéma émotionnel) devient une histoire racontée. Nous sommes les histoires que nous nous racontons sur nous-mêmes (Angus & Greenberg, 2011).

Pour en savoir plus sur l'expérience de nous-mêmes et son lien avec les problèmes de régulation des émotions, voir la [section 2.4](#).

### 2.3.4 Émotions inconscientes

Notre disque dur biologique contient une capacité de réaction émotionnelle adaptative dont nous avons besoin pour survivre. Nous avons des émotions de base comme la colère, la tristesse, la surprise, la peur, le dégoût, le mépris, la joie (Ekman, 1992). Cependant, notre capacité à reconnaître et à faire appel à ces programmes dépend à la fois de facteurs biologiques et de la manière dont la culture et l'histoire de notre apprentissage nous ont formés. Notre perception de nous-mêmes et notre relation à notre propre expérience sont étroitement liées et s'influencent mutuellement ([section 2.4.1](#)).

Les personnes qui *se perçoivent elles-mêmes comme faibles ou vulnérables* (« weak sense of self », Watson & Greenberg, 2017) ont souvent une relation distante avec leurs émotions (celles-ci ne sont pas perçues ou sont bloquées, clivées ou interrompues, Greenberg, 2021), car elles ont peur de se désintégrer face à leur propre expérience douloureuse. Cela conduit à une sur-régulation et à une sous-régulation émotionnelle qui, en retour, confirment ces personnes dans leur perception d'elles-mêmes comme faibles et vulnérables.

Les émotions peuvent se manifester à un niveau explicite (conscient) et implicite (inconscient). Comme nous l'avons déjà mentionné dans la [section 2.3.1](#), nous considérons les émotions comme un mécanisme d'évaluation automatique qui nous indique dans quelle mesure les besoins, les valeurs ou les objectifs de l'organisme en interaction avec l'environnement sont satisfaits ou non, et qui déclenche un schéma de changement orchestré aux niveaux viscéral, somato-moteur, cognitif et expérientiel, grâce auquel la personne peut s'adapter aux circonstances changeantes (Levenson, 1994).

En ce qui concerne le ressenti implicite (inconscient), deux aspects sont importants. Premièrement, de nombreuses interactions avec l'environnement *sont automatiques et inconscientes, c'est-à-dire qu'elles ont lieu au niveau implicite*. Cela vaut également pour l'évaluation implicite de la situation, qui repose sur l'attribution de sens à la situation en fonction de nos besoins, objectifs et valeurs. Un regard appréciatif, par exemple, peut susciter la joie ou la fierté si le concept de soi est positif et si l'autre personne est perçue positivement. Mais ce même regard appréciatif peut aussi susciter la peur, la honte ou la colère si l'autre est perçu comme un

danger ou comme non digne de confiance. L'évaluation implicite de la personne (comme étant digne de confiance, gentille, attirante ou dangereuse) et la signification subjective du compliment (interaction agréable, tentative de flirt, piège) se font de manière automatique et inconsciente et sont étroitement liées à la situation actuelle (par exemple l'âge, le statut social, la situation familiale), aux expériences passées et aux besoins personnels à ce moment-là.

Deuxièmement, les changements physiologiques peuvent être divisés en réactions physiques (viscérales et somatomotrices) et mentales (pensées et ressentis). Alors que les réactions mentales sont souvent conscientes, *les réactions physiques sont souvent inconscientes* (Lane, 2020b). L'augmentation du rythme cardiaque, la tension musculaire dans le cou, la pression dans la poitrine, la contraction des sourcils – tous ces types de changements se produisent souvent à un niveau inconscient.

Il existe de nombreuses preuves empiriques de l'existence d'émotions implicites (Kihlstrom *et al.*, 2000 ; Lambie *et al.*, 2002 ; Lane, 2000, 2008, 2020) qui se manifestent au niveau physique (viscéral, somato-moteur) sans être ressenties consciemment.

Ces émotions inconscientes sont gérées différemment selon les approches. Alors que les approches psychodynamiques partent du principe que les émotions menaçantes sont reléguées dans l'inconscient, la thérapie Gestalt considère que les émotions indésirables sont externalisées (« disowned ») de l'expérience et doivent être redécouvertes. L'EFT/TCE défend une vision constructiviste et axée sur les ressources, dans laquelle l'individu est l'auteur. Elle postule que les éléments constitutifs de l'émotion adaptée implicite sont certes présents sous forme somatique, mais qu'ils ne peuvent pas être perçus et exprimés sous une forme cohérente ou que leur expression cohérente est interrompue. Il y a plusieurs raisons à cela, comme les expériences d'apprentissage négatives, les déficits de compétences, l'interruption de soi ou la peur de se désintégrer en ressentant l'émotion ([section 3.4.1](#), [section 4.1.1](#)). Il peut arriver, par exemple, qu'un homme ne soit pas conscient de sa colère, bien que celle-ci soit observable au niveau somatique. Prenons le cas d'un client qui vient en thérapie parce qu'il se sent maltraité par sa femme. Le client a souffert dans son enfance d'un père dominant et autoritaire. Lorsque la thérapeute l'interroge, il déclare ne pas

ressentir de colère envers sa femme mais seulement de l'abattement. Mais en l'écoutant, la thérapeute observe de la colère dans le ton de sa voix, des changements somatiques dans son corps (par exemple, épaules tendues, poings serrés) et constate que les réactions qu'il dit avoir eues dans les situations correspondantes suggèrent de la colère (il rapporte « punir » régulièrement sa femme en ne la respectant pas). Le client ressent la colère au niveau somatique, mais n'est pas en mesure de la reconnaître en tant que telle, ni de la vivre et de l'exprimer de manière cohérente.

Dans le travail avec les émotions, le plus grand défi est de reconnaître ce qui est implicite mais non exprimé. Dans un travail de co-construction, la thérapeute et le client doivent discerner les éléments constitutifs (somatiques) de l'émotion, percevoir leur cohérence et leur attribuer une signification. La thérapeute reflète auprès du client l'expérience implicite qu'elle perçoit, ils lui attribuent conjointement une signification et le client vérifie la cohérence entre l'attribution de la signification et son expérience somatique. Ainsi, un vécu inconscient et dénué de mots devient un vécu symbolisé et conscient qui peut être utilisé ([section 2.3.3](#), [section 3.2.3](#)).

## **2.4** **PROBLÈMES DE TRAITEMENT DES ÉMOTIONS ET PROBLÈMES PSYCHIQUES**

Comme nous l'avons mentionné au début de cette section, il existe aujourd'hui un large consensus sur le fait que les problèmes de santé psychique sont liés aux émotions négatives et à leur gestion. Mais comment se fait-il que certaines personnes ressentent davantage que d'autres d'émotions négatives ou ont plus de mal à les tolérer ? Pourquoi certaines personnes parviennent-elles à utiliser la « sagesse de leurs émotions » (Greenberg, 2015) pour vivre une vie épanouie, alors que d'autres n'ont pas accès à leurs sentiments ou investissent leur énergie vitale à les réprimer ? La section suivante est consacrée à l'origine des problèmes de régulation des émotions et à leur influence sur l'expérience de nous-mêmes, à une approche négative de l'expérience personnelle et au développement de schémas émotionnels inadaptés.

### 2.4.1 Dérégulation émotionnelle et perception négative de soi

La relation que nous entretenons avec nous-mêmes, avec les autres et avec notre ressenti est façonnée par les expériences de la petite enfance (Stern, 1985 ; Bowlby, 1980, 1988). Le soi est renforcé lorsqu'un enfant est reflété et validé de manière adéquate dans ses aspirations et ses affects. Il se ressent comme un acteur autonome, qui peut exercer une influence sur son environnement, sur les autres et sur lui-même (Schore, 2019 ; Legerstee, 2013). La régulation des affects est également une tâche développementale qui se déroule dans l'interaction dyadique avec figures d'attachement (Schore, 2003 ; Schore & Marks-Tarlow, 2019, van der Kolk, 2014). Les expériences de la petite enfance ont un impact majeur sur les capacités de régulation des affects de l'enfant plus tard dans la vie (Plener *et al.*, 2017). La capacité de régulation des affects est un processus implicite, hémisphérique droit (Schore, 2003, 2009, 2019), sur lequel on ne peut pas agir volontairement.

Un enfant qui se sent reconnu, validé et reflété de manière adéquate dans son vécu et ses aspirations pourra utiliser toute la gamme de son répertoire émotionnel pour survivre et grandir, *et disposera d'un large registre émotionnel bien régulé pour s'adapter aux situations changeantes*. Plus le répertoire émotionnel d'un enfant est large, plus son expérience de lui-même se développe de manière différenciée et stable (Schore, 2003). Il ressentira son identité et ses liens positivement et ses expériences forgeront des schémas émotionnels adaptatifs (Bowlby, 1980, 1988 ; Piaget, 1973).

La *régulation des affects* est une tâche développementale qui prend place dans l'interaction dyadique avec les figures d'attachement (Schore, 2003 ; Schore & Marks-Tarlow, 2019, van der Kolk, 2014). Les jeunes enfants qui grandissent dans un environnement sain peuvent relativement bien réguler eux-mêmes leurs affects après un an (Kogan & Carter, 1996). Les enfants qui grandissent dans un environnement dysfonctionnel apprennent à éviter les affects négatifs et à les réguler de manière dysfonctionnelle. Cela augmente leur probabilité de souffrir d'un trouble psychique plus tard dans la vie (Schore, 2003). Lorsque la régulation dyadique des affects échoue, les enfants continuent à ressentir de fortes émotions négatives et développent une forte sensibilité aux affects négatifs, qui sont perçus comme une



menace existentielle (Greenberg & Watson, 2006). Le fait qu'ils soient seuls et dépassés par la régulation de leurs affects laisse des blessures profondes dans leur mémoire émotionnelle. Les états dans lesquels les émotions sont sous-réglées et perçues comme débordantes alternent avec des états dans lesquels les affects sont sur-réglés et inaccessibles.

Comme l'enfant n'a pas reçu de soutien de la part de ses figures d'attachement pour réguler ses affects, il développe un traitement négatif de lui-même (« *negative treatment of self* ») comme tentative de solution. Les besoins et les émotions frustrés ne sont plus ressentis et sont clivés (« *disowned* ») et l'enfant traite son propre vécu de manière évitante et distante (« *emotional avoidance* ») (Greenberg 2017 ; Greenberg *et al.*, 2019 ; Hayes *et al.*, 1996 ; Watson & Greenberg, 2017 ; Timulak & Koegh, 2020).

La distanciation, le clivage, l'évitement ou la surrégulation des émotions et des besoins primaires entraînent plus tard dans la vie des problèmes de régulation des affects encore plus nombreux et plus importants, car l'influence de l'environnement ou des autres sur le soi ne peut plus être lue, comprise et traitée de manière adéquate. Le manque d'accès aux besoins entraîne une perte de repères, il manque à ces personnes une boussole pour mener une vie épanouie. Toute l'activité psychique est orientée vers l'évitement de nouvelles blessures plutôt que vers la satisfaction des besoins. L'oscillation croissante entre l'engourdissement émotionnel et la submersion renforce le ressenti négatif de soi (comme faible, vulnérable, insuffisant, sans valeur et seul), les expériences défavorables sont consolidées dans la mémoire émotionnelle sous la forme de schémas émotionnels inadaptés, l'attitude négative envers soi-même est consolidée (Watson & Greenberg, 2017). Au lieu d'apprendre à gérer les émotions douloureuses avec bienveillance, ces personnes ont une attitude négative envers leurs sentiments difficiles et se jugent négativement à cause de cela. Elles manquent de stratégies pour entrer en contact avec leur expérience douloureuse, se tourner vers elle avec bienveillance, se rassurer et se reconforter, mettre des mots sur leur douleur, la comprendre, la traiter et l'intégrer dans leur récit personnel comme élément constitutif de leur histoire. Au lieu de se focaliser sur leur for intérieur et d'essayer de trouver un sens à leur expérience douloureuse, les personnes concernées tentent de l'éviter, de la nier et de la cliver, et continuent à se traiter elles-mêmes

comme elles ont été traitées auparavant. Elles tournent dans un cercle vicieux malsain entre la dérégulation des affects, les stratégies de régulation des affects dysfonctionnelles (sur- ou sous-régulation), une expérience de soi négative (comme faible, sans valeur et seul) et un rapport négatif à soi-même (relation distante à son propre vécu, manque d'auto-empathie) ainsi que des émotions négatives (schémas émotionnels inadaptés). Cela constitue un terrain propice au développement de troubles psychiques.

## 2.4.2 Voir l'invisible

La dérégulation des affects, la perception de soi négative et la gestion néfaste des expériences douloureuses reposent sur des expériences d'apprentissage défavorables vécues dans l'enfance ou à l'âge adulte. Il peut s'agir de « grands traumatismes » (Shapiro, 1995, 2001), c'est-à-dire d'événements marquants et traumatisants tels que des abus psychologiques ou physiques, des expériences de perte ou des accidents. Mais très souvent, ce sont les « small-t-traumatismes » (Shapiro, 1995, 2001), c'est-à-dire les expériences négatives toxiques et répétitives de la vie quotidienne, qui laissent des traces défavorables dans la mémoire émotionnelle. Les expériences adverses de l'enfance, caractérisées par *l'absence d'expériences nourrissantes* – telles que la privation, la négligence, l'absence de soins, de validation ou de prévisibilité des réactions du donneur de soin – sont particulièrement malsaines. Une mère dépressive risque d'être moins sensible et délicate avec son enfant qu'une mère en bonne santé, et aura plus de mal à identifier, refléter et satisfaire les besoins de son nourrisson de manière adéquate. *L'absence d'expériences d'attachement importantes dans l'enfance laisse des empreintes neuronales toxiques dans la partie implicite de la mémoire émotionnelle* (Schoore, 2003). Celles-ci sont d'autant plus pénibles qu'elles sont insaisissables et nébuleuses (Paivio & Pascual-Leone, 2010). La négligence émotionnelle laisse des points aveugles dans le vécu, c'est la représentation interne d'expériences non vécues, le sentiment intériorisé d'invisibilité, et se traduit par des récits incomplets de sa propre histoire. Par exemple, une cliente qui a été émotionnellement négligée racontera qu'elle a eu une bonne enfance et qu'elle n'a manqué de rien. L'absence d'expériences nourrissantes est un point aveugle qu'elle ne peut pas voir parce qu'il est dans un angle mort.

### 2.4.3 Les quatre difficultés fondamentales de traitement des émotions

Dans une perspective transdiagnostique, quatre difficultés de traitement émotionnel sont particulièrement fréquentes dans les difficultés et troubles psychiques. Dans certains troubles, certaines difficultés de traitement sont plus fréquentes ou semblent plus importantes au début de la thérapie. Chez les clients dépressifs, on observe souvent des schémas émotionnels inadaptés et une colère bloquée (Greenberg & Watson, 2006). Les troubles alimentaires, les troubles liés aux substances et les troubles psychosomatiques sont caractérisés par une surrégulation affective (Dolhanty & Greenberg, 2007, 2009). Les troubles anxieux sont souvent basés sur une perception de soi vulnérable (Watson & Greenberg, 2017). Chez les clients traumatisés, la difficulté consiste à traiter le ressenti traumatique (Paivio & Pascual-Leone, 2010) et à l'intégrer dans son propre récit (Angus & Greenberg, 2011). Nous considérons que quatre difficultés de traitement émotionnel sont à l'origine du développement et de la persistance des difficultés psychologiques. Ce sont les suivantes :

- 1) un manque d'accès à l'expérience, le clivage ou le blocage des émotions et un manque de conscience des émotions implicites ;
- 2) des schémas émotionnels inadaptés, basés sur la peur ou la honte ;
- 3) une dérégulation émotionnelle (sur- ou sous-régulation) ; et
- 4) la difficulté à intégrer le ressenti dans sa propre histoire.

#### ► Cliver et bloquer les émotions et les besoins primaires

Dans une perspective transdiagnostique, il existe un consensus sur le fait que l'accès aux émotions et la gestion de celles-ci constituent des processus fondamentaux pour le développement (ou l'émergence) de difficultés et de troubles psychiques ainsi que pour leur maintien (Barlow *et al.*, 2019a, 2019b). Le manque d'accès à l'expérience primaire ou le manque de conscience des émotions activées implicitement sont des facteurs importants pour le développement de difficultés et de troubles psychiques. Les troubles psychosomatiques et les troubles de la douleur sont souvent liés à une incapacité à lire ou à nommer les émotions (Abbass & Schubiner, 2018 ; Sachse, 2018). Il s'agit d'un trouble psychiatrique de la régulation des affects dans lequel les personnes sont incapables de ressentir, de lire et

de décrire leurs émotions. Le développement de la dépression conduit à l'évitement de l'expérience (« experiential avoidance », Hayes *et al.*, 1996) ou à la « phobie de l'affect » (McCullough *et al.*, 2019). La phobie des émotions décrit une peur intense et l'évitement de ses propres émotions. Dans la pratique clinique, on constate souvent que l'accès à la colère adaptative est absent ou interrompu chez les clients dépressifs. La rumination dans les troubles anxieux peut avoir pour fonction de protéger contre le ressenti d'une honte ou d'une peur primaire (Greenberg, 2017).

Souvent, ce qui est interrompu ou clivé n'est pas en soi inadapté, mais c'est l'interruption ou le blocage qui a des effets mal adaptatifs. Il s'agit souvent d'émotions adaptées, telles que la colère d'affirmation de soi, la douleur d'une blessure ou la tristesse d'une perte, qui ne sont pas accessibles. Bien que les émotions se manifestent encore à des niveaux somatiques implicites, une incapacité à les conduire, à les ressentir et à les exprimer de manière cohérente se développe. Ainsi, l'information inhérente à l'émotion ne peut pas être lue et utilisée. Les émotions inadaptées telles que la honte ou la peur ne sont pas non plus pathologiques en soi. Mais ce qui conduit à des troubles et à une souffrance psychique, c'est l'incapacité à les reconnaître comme des états émotionnels qui nous appartiennent, à les intégrer dans l'auto-organisation actuelle et à les traiter. Nous ne pouvons transformer que ce que nous sommes, pas ce que nous ne sommes pas. Ce qui fait partie de nous peut être traité, ce qui est clivé reste toujours pareil (Gendlin, 1986).

### ► Schémas émotionnels inadaptés

De nombreux clients souffrent de ne pas se sentir comme ils le souhaiteraient. Ils ressentent de l'anxiété ou se sentent insuffisants, disent éviter les défis ou avoir une faible confiance en eux. Les expériences inadaptées (non aidantes) sont basées sur des schémas émotionnels inadaptés. Les schémas émotionnels sont le produit de notre expérience vécue ([section 2.3.2](#)). Alors que des conditions de vie favorables et des interactions positives avec les figures d'attachement conduisent au développement de schémas émotionnels adaptés, des expériences d'apprentissage négatives et un environnement social défavorable pendant l'enfance favorisent le développement de schémas émotionnels inadaptés. Ces schémas sont souvent basés sur la honte (« je ne vauds rien »), la peur («

je suis faible » ou « je ne suis pas en sécurité ») ou la tristesse liée à la solitude (« je suis seul·e »). Les schémas émotionnels adaptés fournissent une tendance à l'action d'approche qui aide à gérer les situations en fonction de ses besoins, objectifs et valeurs propres. Comme les schémas inadaptés sont généralement basés sur la peur et la honte, ils déclenchent une tendance à l'action de retrait. La honte nous incite à nous faire tout petit et à nous cacher, la peur prépare le corps à prendre la fuite. Les schémas émotionnels inadaptés nous aident à nous protéger d'un ressenti douloureux ou sensible, mais ils ne nous aident pas à grandir, à nous développer et ne servent guère à satisfaire nos propres besoins ou à atteindre nos objectifs.

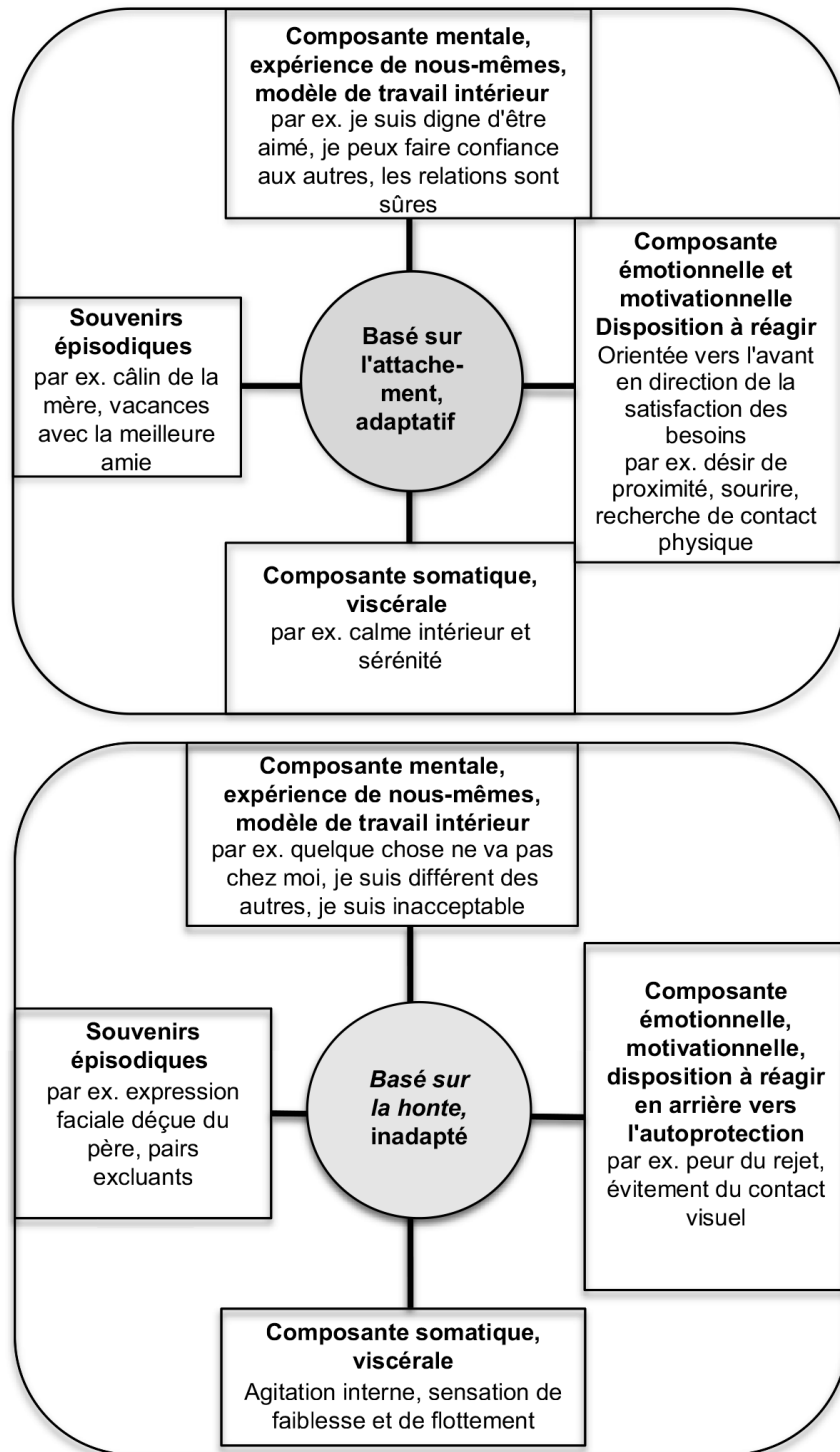
Une personne dont l'organisation du Soi est basée sur l'anxiété et qui ressent profondément que « je suis faible et sans défense » évitera – si possible – les situations ou les interactions difficiles. L'activité psychique est orientée vers l'évitement de tout ce qui pourrait en principe déclencher des émotions fortes ou perçues comme négatives, y compris son propre vécu. La personne oscille entre la surrégulation émotionnelle (les émotions ne sont pas accessibles) et la sous-régulation (les émotions sont perçues comme envahissantes). Ces deux états renforcent le ressenti de soi comme étant faible et incapable de se défendre.

La [figure 2.2](#) montre un schéma émotionnel adapté et un schéma émotionnel inadapté avec leurs différentes composantes (mentale, motivationnelle et somatique). Certaines composantes sont explicites, c'est-à-dire qu'elles sont accessibles à la conscience, tandis que d'autres sont implicites et influencent inconsciemment le traitement de l'information et la disposition à réagir (se diriger vers quelque chose ou s'en éloigner).

### ► Dérégulation émotionnelle (sur- ou sous-régulation)

La psychologie clinique s'accorde à dire qu'une régulation réussie des émotions joue un rôle important dans notre bien-être mental (Eismann & Lammers, 2017 ; Gross, 2007 ; Lammers, 2018). Dans la pratique, la plupart des clients souffrent d'avoir trop ou trop peu d'émotions. Lorsque les émotions négatives ne peuvent pas être supportées, cela peut encourager des stratégies de régulation des émotions dysfonctionnelles, telles que l'abus de substances, les troubles alimentaires ou les comportements autodestructeurs (comme les scarifications). Souvent, une gestion

dysfonctionnelle des émotions négatives entraîne encore plus de souffrance et de difficultés émotionnelles à moyen ou long terme (Barlow *et al.*, 2019a, 2019b) et crée un terrain propice au développement et au maintien de problèmes de santé mentale (Aldao *et al.*, 2010 ; Mennin & Fresco, 2009).



**Figure 2.2.** Schéma émotionnel adapté et inadapté avec ses différentes composantes (adapté selon Elliott *et al.*, 2013).

Les émotions peuvent être conscientes ou inconscientes (Damasio 2003 ; Lane, 2008). Les émotions conscientes, c'est-à-dire explicites, peuvent être influencées volontairement, par exemple en respirant profondément par le ventre ou en comptant à l'envers. Il existe de nombreux manuels qui enseignent les compétences de régulation des émotions (par exemple Berking, 2017 ; Eismann & Lammers, 2017 ; Linehan, 1993). Les techniques explicites de régulation des émotions reposent sur l'hypothèse que l'émergence et la régulation des affects reposent sur deux systèmes différents et se déroulent l'un après l'autre (Gross, 2015). D'abord on a une émotion, ensuite on la régule. Cela peut être vrai pour les émotions conscientes.

Mais la dérégulation émotionnelle pathologique est souvent un processus amygdalien de l'hémisphère droit (c'est-à-dire un processus anxieux et impulsif) qui échappe à la conscience et au contrôle volontaire (Schore, 2003). Dans ce processus, la génération et la régulation des émotions ne se font pas l'une après l'autre, mais reposent sur deux processus au sein du même système (Campos *et al.*, 2004). L'émotion naît et se manifeste sous une forme régulée ou dérégulée. En psychothérapie, la dérégulation est contrée par la relation thérapeutique. De même que la dérégulation affective se développe dans un contexte interpersonnel au cours de la petite enfance, le contexte interpersonnel à l'âge adulte est la voie royale pour la régulation implicite des affects (Bohart & Greenberg, 1997 ; Greenberg, 2007b, 2014, Schore, 2003, 2019) ([section 3.4.3](#)).

### ► Problèmes dans la construction d'un narratif cohérent

En thérapie comme dans la vie, toutes les émotions pertinentes sont intégrées dans des histoires et toutes les histoires significatives ont une base émotionnelle (Angus & McLeod, 2004). Les récits sont les histoires que nous nous racontons à propos de notre expérience et de nous-mêmes, en attribuant une signification à ce que nous ressentons. Nous nous expliquons ce que nous ressentons, vis-à-vis de qui ou de quoi, et en quoi cela est lié à nos besoins ou préoccupations (Paivio & Angus, 2017). Les émotions qui sont clivées ne peuvent pas être intégrées narrativement, les émotions

inadaptées conduisent à un récit négatif de notre soi, de notre vie et des autres. L'absence d'interactions nourrissantes dans l'enfance provoque des points aveugles dans le vécu et des narrations incomplètes ou vides. Lorsque le ressenti et l'attribution de sens sont en décalage, des narrations incohérentes ou incomplètes apparaissent. L'incapacité à symboliser et à donner un sens à ce que l'on ressent ne permet pas de construire une histoire cohérente sur soi, les autres et le monde.

## **2.5** **LES TROIS PRINCIPES DU TRAITEMENT ET DU CHANGEMENT ÉMOTIONNEL**

L'objectif global d'une EFT/TCE est de favoriser la croissance et le développement de nos clients (Greenberg *et al.*, 1993). Nous ne cherchons pas à les transformer ou à leur enseigner de « nouvelles compétences » pour qu'ils puissent se comporter différemment. Ce que nous cherchons à faire, c'est aider nos clients à ressentir ce qu'ils ressentent et à devenir la personne qu'ils sont. Car c'est à partir de cet endroit que la croissance est possible. Ce principe semble banal à première vue. Il est pourtant fondamental et s'appuie sur le consensus issu de la recherche transdiagnostique, selon lequel les troubles psychiques sont le résultat de la non-acceptation ou de la non-tolérance d'un vécu douloureux (Barlow *et al.*, 2004, 2017). Ce n'est que lorsque nous avons développé une conscience de notre vécu douloureux et que nous l'avons compris, accepté et intégré comme faisant partie de notre histoire, que nous sommes les personnes que nous sommes réellement. En EFT/TCE, trois principes généraux ont été développés qui sont essentiels dans ce processus (Greenberg *et al.*, 1993 ; Greenberg, 2017 ; Elliott *et al.* 2013). Ces principes décrivent :

- 1) l'utilisation,
- 2) la régulation et
- 3) la transformation des émotions.

Ces trois principes guident le travail thérapeutique. Dans le processus thérapeutique, les émotions doivent d'abord être rendues accessibles et ressenties consciemment. Ce n'est qu'ensuite qu'elles peuvent être utilisées,



régulées ou transformées. On doit d'abord arriver à un endroit avant de pouvoir le quitter.

Ces trois principes généraux peuvent à leur tour être divisés en sept aspects ([tableau 2.1](#)). Comme ces principes ont déjà été décrits en détail dans d'autres ouvrages, nous nous contenterons ici d'aborder les aspects les plus importants et les plus récents. Pour plus d'informations, consultez Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg, 2019d ; Greenberg *et al.*, 1993 ; Greenberg & Goldman, 2019 ; Greenberg & Watson, 2006 ; Kramer & Ragama, 2015.

**Tableau 2.1.** Principes du traitement émotionnel et du changement (adapté de Greenberg & Goldman, 2019, p. 66).

1. Utiliser les émotions	Prendre conscience des émotions Symboliser et exprimer les émotions Réfléchir sur les ressentis émotionnels
2. Moduler et réguler les émotions	Réguler et atténuer les émotions excessives Avoir accès aux émotions surrégulées ou bloquées Modulation implicite des affects par la relation thérapeutique
3. Transformer les émotions	Transformer les émotions par les émotions Expériences correctives par la relation thérapeutique

### 2.5.1 Ressentir et utiliser les émotions de manière consciente

L'objectif principal de l'EFT/TCE est d'aider les clients à ressentir leurs émotions afin qu'ils puissent les utiliser (« conduire la cognition à l'émotion »). Les émotions sont comme le tableau de bord de notre voiture – lorsqu'une lumière rouge clignote, il est important d'y prêter attention et de saisir la signification du signal de la lampe afin d'orienter notre comportement en conséquence. Bien sûr, les émotions sont des phénomènes bien plus complexes que les signaux lumineux sur le tableau de bord d'une voiture, et notre organisme et ses besoins sont heureusement plus complexes. Peut-être avons-nous déjà fait l'expérience de conduire une

voiture où un signal lumineux ambigu était difficile à comprendre ou à associer. Peut-être étions-nous tellement distraits que nous n'avons pas vu la diode clignotante à temps (si, par exemple, il pleuvait). Peut-être le signal clignotant nous a-t-il semblé menaçant et nous a-t-il fait peur, au point de préférer l'ignorer (par exemple, la diode pourrait indiquer une défaillance grave du système). Dans la plupart des cas, ignorer les signaux sur le tableau de bord en voiture a des conséquences fatales.

Il en va de même pour nos émotions. Les émotions sont porteuses d'informations importantes, qui nous donnent un feedback essentiel sur notre organisme. Pour pouvoir utiliser ces informations, il faut souvent surmonter sa peur, prêter attention à ce qui est désagréable, trouver les mots, attribuer un sens et réfléchir à l'étape suivante. Le traitement émotionnel implique donc de surmonter la peur et la honte, d'accorder une attention consciente aux émotions, de les tolérer et de les réguler, ainsi que de symboliser, comprendre et attribuer une signification (Greenberg & Watson, 2006). Ce type de traitement émotionnel prédit un bon résultat thérapeutique (Pos & Choi, 2019).

### ► Promouvoir la prise de conscience

De nombreuses émotions ne sont pas représentées consciemment ([section 2.3.4](#)). Lane (2008) a décrit différents niveaux de conscience et les émotions qui y sont représentées. Au niveau le plus bas, généralement inconscient, les émotions se manifestent au niveau viscéral et au niveau de la disposition à l'action (Lane, 2008). Ces émotions ne sont souvent pas reconnues comme telles, c'est-à-dire que le passage de l'expérience implicite à une conscience explicite ne se fait pas automatiquement. Les clients se plaignent par exemple de troubles somatiques tels que douleurs abdominales, palpitations cardiaques ou une tendance à réagir de manière évitante, sans faire de lien avec l'émotion sous-jacente (par exemple la peur).

Favoriser la prise de conscience de notre vécu implicite est le principe général le plus important de l'EFT/TCE. Lorsque nous faisons passer quelque chose dans la conscience, cela devient une réalité à laquelle nous pouvons nous confronter. Il ne s'agit pas de réfléchir à une émotion et de rester au niveau de la cognition. Nous voulons encourager nos clients à ressentir consciemment une émotion dans l'ici et maintenant, à tenir

compagnie à l'émotion physique, sans mots, à percevoir les différentes facettes de l'expérience, à les différencier et à les décrire afin de pouvoir lire l'information inhérente à l'émotion. Si le client laisse suffisamment de place à son sentiment d'inquiétude et lui « tient compagnie », il aura peut-être une intuition de ce dont le mal de ventre aurait besoin pour être apaisé.

C'est un défi, en particulier quand les clients ont une attitude négative envers eux-mêmes (« si je n'étais pas une mauviette, je n'aurais pas constamment mal au ventre ») ou évitent et minimisent leur ressenti (« j'ai probablement mangé quelque chose de mauvais hier »). Le principe de la prise de conscience semble relativement simple, mais après des années de travail sur les émotions, nous sommes arrivés à la conclusion que cette première étape est souvent la plus difficile. C'est pourquoi ce livre y consacre une attention particulière ([section 3.1](#)).

Lorsque nous acceptons notre expérience et que nous lui tenons compagnie avec curiosité, de nombreux processus se mettent en place (Greenberg & Goldman, 2019) :

- 1) L'expérience de la situation est ressentie de manière plus différenciée et des informations sur la situation et sur soi-même sont accessibles (par exemple : « mon patron me regarde toujours de manière étrange, cela me fait vraiment peur et j'y suis sensible. Je ne peux plus penser clairement et j'ai l'impression de ne plus rien maîtriser du tout »). Une telle perception différenciée ne peut pas avoir lieu si l'émotion est bloquée ou externalisée (« mon patron est un imbécile »).
- 2) La porte vers le besoin s'ouvre (par exemple un besoin envers l'autre, comme le besoin de recevoir plus de considération ; ou un besoin vis-à-vis de soi-même, par exemple le besoin de pouvoir se différencier ou s'affirmer).
- 3) La première étape de la résolution du problème se cristallise ou la définition du problème dans la thérapie devient plus claire (dans ce cas, par exemple, le traitement et la transformation de l'émotion inadaptée d'insuffisance ou le travail avec la colère adaptée bloquée).
- 4) L'émotion se régule. La symbolisation du ressenti aide à la réguler (Kircanski *et al.*, 2012 ; Lieberman *et al.*, 2007) ([section 2.5.2](#)).

Ressentir et accepter consciemment une émotion (dans le sens où elle est là en ce moment-même et qu'il y a une raison pour la ressentir) est le contraire d'un blocage ou d'un clivage émotionnel. Nous souhaitons inviter nos clients à se connecter à leur expérience d'une manière non jugeante, curieuse et bienveillante (« to sit with an emotion ») (Greenberg, 2021).

### ► Symboliser et exprimer le ressenti

La symbolisation du ressenti est un processus important dans le traitement des émotions. Il s'agit de symboliser les émotions par des mots et des images et de les rendre ainsi tangibles, car l'expression des émotions favorise l'activation du processus (Grawe, 1998 ; 2004). Lorsque les clients commencent à nommer un vécu somatique (par exemple, une pression dans le haut de la poitrine) comme étant de la tristesse, cela conduit souvent à encore plus de tristesse, le paquet émotionnel est ouvert, tout le contenu peut apparaître et se déployer. Une douleur ressentie devient une réalité ressentie dans l'ici et maintenant et une réalité ressentie dans le passé. De plus, elle devient une réalité partagée avec le thérapeute. L'expérience de parler pour la première fois d'un secret émotionnel profondément caché et bien gardé, qui est reçu avec bienveillance, compris et accepté par l'autre personne, est l'une des expériences correctives les plus importantes du processus thérapeutique (Alexander & French, 1946). Les émotions inadaptées apparaissent dans le passé en raison d'expériences défavorables avec des figures d'attachement primaires. Mais ce qui en fait souvent des émotions particulièrement toxiques, c'est l'expérience de la solitude.

Des approches psychodynamiques récentes (par exemple AEDP, Fosha, 2000) ont proposé le concept de « undoing aloneness ». En partageant une expérience émotionnelle profonde et douloureuse, on défait la solitude qui, avec la douleur, est stockée dans le schéma émotionnel. Ce n'est que lorsqu'une émotion est mise en mots que nous obtenons le soutien et la validation interpersonnels dont nous avons besoin pour la gérer. Les personnes qui ont vécu un événement marquant peuvent mieux le gérer en le confiant à quelqu'un plutôt qu'en le gardant pour elles (« partage social ») (Rimé *et al.*, 1998 ; Pennebaker *et al.*, 2001).

La symbolisation et l'expression du ressenti sont particulièrement productives lorsqu'elles se déroulent en trois étapes. La première étape

*favorise le vécu* (« que ressentez-vous »), la deuxième étape *favorise l'expression du vécu* (« pouvez-vous mettre des mots sur ce que vous éprouvez ») et la troisième étape *favorise le vécu de l'expression* (« comment vous sentez-vous quand vous dites cela »). De cette manière, le vécu émotionnel est approfondi et le vécu primaire, préconscient, est rendu accessible. La profondeur du ressenti est un bon prédicteur du résultat positif de la thérapie (Goldman *et al.*, 2005 ; Pos *et al.*, 2003).

L'expression congruente d'une émotion est également fondamentale ([section 2.2.2](#)). Dans la pratique quotidienne de la thérapie, nous ressentons souvent que l'expression d'une émotion est incohérente, par exemple lorsqu'un patient rapporte de la colère tout en souriant. Cela indique qu'une émotion est encore clivée ou bloquée. Le client n'est pas encore « en possession » de sa colère et ne peut pas encore utiliser l'énergie adaptative de cette émotion. Dans ces moments-là, il est important de former l'expression congruente (Greenberg, 2015), c'est-à-dire qu'en tant que thérapeute, nous invitons le client à répéter la phrase encore une fois, sans sourire. Ou nous pouvons lui demander de répéter la phrase plus fort et avec plus d'emphase dans la voix. Cela n'a rien à voir avec un jeu d'acteur, mais repose sur la découverte de processus de rétroaction positive. Une expression faciale de colère favorise le ressenti de la colère et une expression faciale de tristesse favorise le ressenti de la tristesse (Flack *et al.*, 1999).

### ► Réfléchir sur le ressenti

Outre le fait de ressentir, de symboliser et d'exprimer consciemment les émotions, la réflexion est la troisième étape importante nécessaire pour pouvoir utiliser les émotions. Plusieurs recherches ont pu montrer que la réflexion et la compréhension du ressenti sont corrélées à un résultat thérapeutique positif (Carryer & Greenberg, 2010 ; Missirlian *et al.*, 2005).

Ce que nous comprenons, nous pouvons l'intégrer dans notre narration, dans notre histoire racontée sur nous-mêmes. Ce que nous faisons de notre expérience ressentie fait de nous ce que nous sommes (Greenberg & Goldman, 2019 ; Greenberg *et al.*, 2019). Réfléchir à l'expérience nous aide à créer de nouvelles significations et à développer de nouveaux récits pour comprendre et enchâsser notre expérience (Angus & Greenberg, 2011 ;

Paivio & Angus, 2017 ; Goldman *et al.*, 2005 ; Greenberg & Angus, 2004 ; Greenberg & Pascual-Leone, 2001).

Pennebaker (1990) a démontré que réfléchir et écrire sur des événements stressants avait un impact positif sur la santé. Seulement 15 minutes d'écriture par jour suffisent à réduire de manière significative la pression artérielle, à renforcer le système immunitaire, à améliorer le bien-être psychologique et à réduire les troubles psychosomatiques (comme les douleurs dorsales) (Pennebaker & Traue, 1993). L'écriture thérapeutique aide également à établir une saine distance de travail. Mais la manière dont l'événement stressant est écrit joue aussi un rôle. Le simple fait de décrire des faits n'a pas d'influence positive sur la santé, alors que le fait de rapporter le ressenti améliore la santé (Pennebaker & Beall, 1986). Avoir une bonne distance de travail est important en thérapie pour pouvoir travailler de manière productive avec les émotions.

Réfléchir sur le vécu favorise également la régulation des émotions. Ceci est particulièrement important pour les émotions préconscientes. Les émotions implicites se manifestent sous la forme d'une excitation physiologique ou d'une disposition à réagir (Lane, 2008). Damasio (2003) a qualifié ces émotions somatiques de « sentiments d'arrière-plan » (« background feelings »), car elles colorent notre expérience sans que nous en soyons conscients, tant que nous n'y prêtons pas attention. Ils sont au seuil de notre conscience et ce n'est que lorsque nous les éclairons avec notre lampe de poche qu'ils deviennent conscients. Le fait de percevoir et de nommer consciemment les états émotionnels produit un effet physiologique auto-apaisant (Lane, 2008). Des études empiriques ont pu démontrer que l'étiquetage des émotions inhibe l'activité de l'amygdale (Kircanski, Lieberman & Craske, 2012 ; Liebermann *et al.*, 2007 ; Herwig *et al.*, 2010).

### **2.5.2 Réguler les émotions et moduler l'affect**

L'EFT/TCE est une *méthode de régulation des émotions orientée vers le processus* dans l'ici et maintenant. Tout ce qui se passe dans la thérapie est au service de la régulation des émotions et de la modulation des affects. La littérature spécialisée s'accorde à dire que les problèmes de régulation des émotions sont corrélés avec les difficultés psychologiques, qu'ils les favorisent et les entretiennent (Berking, 2017 ; Gross, 2007) et qu'ils

doivent donc être considérés comme un processus transdiagnostique fondamental (Barlow *et al.*, 2017, 2019a ; Ciudius *et al.*, 2020 ; Stevens, 2019).

### ► Régulation en tant que processus à un ou deux facteurs

Nous proposons une distinction entre la régulation des émotions et la modulation des affects (Greenberg, 2019, 2021). Cette distinction fait écho au débat sur la question de savoir si la régulation des émotions est un processus à un ou deux facteurs (Campos *et al.*, 2004) ([section 2.4.3](#)). Alors que la théorie monofactorielle suppose qu'une émotion est générée sous une forme régulée ou dérégulée, c'est-à-dire que l'émergence et la modulation sont deux processus interdépendants et en interaction, la théorie bifactorielle part du principe que les émotions sont générées dans un premier temps et régulées dans un second temps.

Alors que la plupart des approches thérapeutiques visent à améliorer la régulation des émotions en enseignant des compétences (processus à deux facteurs) (Linehan, 1993 ; Berking, 2017), l'EFT/TCE a pour objectif de moduler le ressenti des clients de manière à ce qu'il soit stocké sous une forme modifiée et généré sous une forme modifiée lors de la prochaine activation (processus à un facteur) ([section 3.3](#)).

### ► Créer un contexte favorable aux émotions

Les thérapeutes EFT/TCE se focalisent sur l'expérience de leurs clients de manière bienveillante mais cohérente, ils accordent explicitement de l'importance à l'expérience et aux émotions et donnent la permission de ressentir des émotions pendant la séance. Cette création cohérente d'un contexte favorable aux émotions est la condition la plus importante pour que les clients restent dans un mode curieux et orienté vers l'approche, dans lequel ils se sentent suffisamment en sécurité et courageux pour explorer un vécu douloureux. Les clients réfléchissent souvent avant la séance aux aspects de leur monde intérieur douloureusement caché qu'ils souhaitent révéler et faire émerger au cours de la séance. Pour pouvoir franchir cette limite intérieure, les clients doivent avoir la certitude que tous les aspects sombres qui semblent inacceptables et qui sont profondément cachés seront bien accueillis par la thérapeute ([section 3.2](#)).



## ► Régulation des émotions pour stabiliser les clients fragiles

Les clients fragiles (par exemple avec une structure borderline) ressentent souvent un débordement de leur vécu. Dans ce cas, il peut être utile d'enseigner au début de la thérapie des compétences visant à augmenter la tolérance aux émotions (c'est-à-dire la capacité à ressentir et à contenir des émotions douloureuses, négatives, complexes et contradictoires) et des compétences de soins personnels (Berking, 2017 ; Linehan, 1993), par exemple l'entraînement à la pleine conscience, la relaxation musculaire progressive ou « l'acceptation radicale ». Ces stratégies de régulation explicites ne sont cependant pas le point focal principal de l'EFT/TCE, mais plutôt un moyen d'améliorer la stabilité et la productivité émotionnelle au point de rendre possible le travail évocateur sur les chaises pour travailler à la transformation des émotions ([section 3.3](#)).

La [section 3.4.3](#) décrit des exercices et des tâches à domicile destinés à augmenter la tolérance aux émotions et à favoriser la distanciation émotionnelle.

La sous-régulation et la sur-régulation émotionnelles se produisent souvent simultanément. Les clients ressentent des émotions secondaires sous-régulées (par exemple, trop de colère, de peur ou de honte secondaires) et n'ont pas accès à leur expérience primaire (par exemple, ils n'ont pas accès aux émotions de vulnérabilité comme la douleur émotionnelle). La surrégulation des émotions primaires peut avoir deux causes. Il peut s'agir d'un déficit d'apprentissage ou d'une cause motivationnelle (Greenberg, 2021).

Un manque d'accès au vécu (« je ne sais pas ce que je ressens ») peut être un déficit d'apprentissage suite au fait d'avoir grandi dans un foyer où l'on ne parlait pas des émotions. Le client n'est donc pas du tout en mesure d'établir un lien avec son vécu. Dans ce cas, la psychoéducation et les tâches à domicile peuvent aider (fiches de travail 1 et 4). L'encodage des réactions somatiques ou motrices en thérapie peut également aider à améliorer la perception émotionnelle ([section 3.4.1](#)).

Une autre raison pour laquelle le client n'a pas accès à son vécu peut être un fort besoin de se protéger. Dans ce cas, la voie royale de la régulation des affects passe par la relation thérapeutique.



Par le biais de la relation thérapeutique, la honte et la peur secondaires du client sont activées (« que pensera ma thérapeute de moi quand elle verra mes lacunes »). Celles-ci sont régulées par l'attitude chaleureuse et bienveillante de la thérapeute ([section 4.2.2](#)). Le client doit sentir que sa thérapeute l'accepte et l'apprécie (et nous devons réussir à réellement accepter et apprécier nos clients), qu'elle voit sa souffrance (cachée), même si elle est dissimulée par la honte et la peur (et nous, thérapeutes, devons réussir à voir l'invisible), et il doit ressentir que la thérapeute est authentique et n'a pas d'agenda caché.

### ► Modulation de l'affect en apportant de la sécurité dans la relation

Tout comme l'affect dérégulé se développe dans un contexte interpersonnel défavorable pendant l'enfance (Schore, 2003), la régulation et la modulation de l'affect ont besoin d'un contexte interactionnel positif dans l'ici et maintenant pour se transformer en quelque chose de positif (Grawe, 2004 ; Schore, 2019, Greenberg, 2021). La régulation des affects est un processus implicite, hémisphérique droit, au cours duquel de nouvelles connexions neuronales s'établissent, transformant ainsi la structure du système existant. Notre cerveau a la capacité de se transformer tout au long de la vie (plasticité neuronale) (Ecker *et al.*, 2012). C'est ce qui se passe dans le processus thérapeutique avec une thérapeute empathique qui régule l'affect (Cozolino & Sproaky, 2006 ; Porges, 2011 ; Schore, 2009 ; Siegel, 2012).

Steven Porges a inventé le terme de « neuroception », une contraction des termes anglais « neuro » et « perception » (« neuroception of safety and danger », Porges, 2011). Ce terme décrit un mécanisme neurobiologique par lequel notre organisme scrute sans cesse l'environnement à la recherche de stimuli indiquant un danger ou une sécurité. En fonction de la réalité perçue comme sûre ou menaçante, les circuits neuronaux fonctionnant à notre insu déclenchent des signaux qui, via le nerf vague, influencent l'ensemble de notre système nerveux végétatif et préparent ainsi notre corps à la fuite, au combat ou au gel (« fight, flight or freeze ») ([section 3.4.3](#)). Ce balayage neurobiologique de l'environnement est particulièrement prononcé chez les clients ayant vécu des expériences d'enfance défavorables, avec pour

conséquence une dérégulation émotionnelle et une activité excessive de l'amygdale (Schore, 2003, 2019).

Les stimuli indicatifs fondamentaux qui sont traités sont l'expression des yeux et du visage de l'autre personne, le ton de la voix et la tonalité, l'émotion exprimée implicitement ou explicitement, les indices permettant de savoir si l'on est compris ou ignoré, si l'on est bien entouré ou s'il y a des indices de rupture de la relation. La voie royale pour la régulation d'un tel dérèglement affectif implicite se fait donc au mieux par le biais d'une relation interpersonnelle (Bohart & Greenberg, 1997 ; Greenberg, 2007b, 2014 ; Schore, 2003, 2019), les indices non verbaux, transmis de manière implicite, étant particulièrement décisifs (Fosha, 2000) ([section 3.4.3](#)).

### 2.5.3 Transformer les émotions

En EFT/TCE, les émotions sont transformées par les émotions (« change emotion with emotion », Greenberg *et al.*, 1993 ; Greenberg, 2015, 2021). La transformation des émotions entraîne des changements profonds et durables dans l'expérience et le comportement des clients (Ellison *et al.*, 2009).

#### ► Transformer les émotions par les émotions

Les difficultés psychologiques se caractérisent par le fait que les clients ne se sentent pas comme ils voudraient se sentir. Ils ressentent trop d'émotions négatives et pas assez d'émotions positives. Une mauvaise gestion du ressenti négatif (évitement) favorise son maintien et son accentuation (Barlow *et al.*, 2017, 2019a). Les émotions négatives et leur évitement sont des processus transdiagnostiques des troubles psychiques (Greenberg, 2019a).

Depuis ses débuts, l'EFT/TCE s'intéresse à la transformation des schémas émotionnels inadaptés (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg, 2017 ; Greenberg & Goldman, 2019). La transformation des émotions inadaptées est le troisième principe du traitement émotionnel. Il consiste à transformer les schémas émotionnels inadaptés, qui déclenchent des réactions de retrait, en activant simultanément des émotions adaptées orientées vers l'approche. Par exemple, la colère transforme la peur et

l'empathie transforme la honte. Spinoza avait déjà reconnu au xvii<sup>e</sup> siècle qu'une émotion forte ne pouvait être ni contrôlée ni réprimée et que la seule façon de la changer était de la transformer par une émotion plus forte ou opposée (Spinoza, 1677/1967, cité par Greenberg *et al.*, 2019, p. 128). Les schémas d'excitation neuronale qui sont activés de manière répétée et simultanée s'associent pour former des réseaux neuronaux d'ordre supérieur (Grawe, 2004). Ce principe a été observé dès 1949 par le psychologue canadien Donald Hebb : « Cells that fire together wire together » (Hebb, 1949, cité par Shatz, 1992, p. 64). L'activation simultanée et répétée de différents neurones conduit, avec le temps, à ce qu'ils déchargent ensemble. Ce phénomène est comparable aux guirlandes lumineuses qui clignotent à Noël. Deux guirlandes lumineuses clignotent à des rythmes différents. Lorsqu'elles sont réunies, toutes les lumières de la nouvelle guirlande agrandie clignotent à un nouveau rythme uniforme.

Cela décrit le principe de « transformer les émotions par les émotions ». Deux émotions opposées, qui ne sont normalement jamais activées en même temps dans la vie quotidienne, sont activées consciemment et de manière répétée en même temps dans le cadre de la thérapie et s'unissent pour former un schéma émotionnel d'ordre supérieur. Par exemple, un sentiment profond d'inutilité est transformé par le ressenti simultané de l'empathie du thérapeute. Ou encore, un sentiment profond de peur est transformé par l'activation simultanée de la colère adaptative. Pour que le changement se produise au niveau neuronal, *les émotions opposées doivent être ressenties*, il ne suffit pas d'y penser de manière abstraite ou d'en parler de manière distanciée (Lane *et al.*, 2015).

Le principe de la transformation émotionnelle est étayé par les résultats des recherches en neurosciences et sur la mémoire. On a longtemps pensé que les contenus mnésiques consolidés étaient immuables. Cependant, des recherches récentes ont démontré que les anciens contenus mnésiques consolidés peuvent être transformés par l'activation ici et maintenant et être stockés à nouveau sous une forme nouvelle et modifiée. Ce processus est appelé « *reconsolidation de la mémoire* » (Lane *et al.*, 2015).

Lorsque des contenus de mémoire émotionnelle sont activés en psychothérapie, l'ancienne trace mnésique est labile. Si une *nouvelle expérience incompatible avec l'ancien contenu mnésique* est vécue après

une fenêtre de dix minutes, la nouvelle expérience est ajoutée à la trace mnésique instable (Nadel & Bohbot, 2001) et reconsolidée sous une forme modifiée (Lane *et al.*, 2015). La nouvelle expérience émotionnelle doit avoir lieu dans une fenêtre de temps de dix minutes à six heures pour que l'ancienne trace mnésique soit reconsolidée sous une nouvelle forme (Moscovitch & Nadel, 1997 ; Nader *et al.*, 2000). Ce processus est conforme aux conclusions des neurosciences affectives, selon lesquelles une impulsion de retrait émanant de l'amygdale dans l'hémisphère droit du cerveau est transformée par l'activation simultanée de processus opposés dans l'hémisphère gauche, qui favorisent l'approche ou les sentiments positifs (Davidson, 2000).

Une analogie est un journal intime qu'une adolescente écrit. Elle y décrit ses expériences douloureuses, ses sentiments négatifs et sa vision critique du monde et d'elle-même (schéma émotionnel inadapté). Elle conserve ce journal dans un tiroir qu'elle ferme à clé. Le journal reste dans le tiroir fermé à clé pendant quelques années ou décennies. Une fois adulte, elle le sort et le lit à nouveau. Les anciennes images, pensées et sentiments refont surface à la lecture, elle peut se rappeler exactement à quel point la vie lui paraissait terrible à l'époque. En tant qu'adulte, elle éprouve des sentiments différents, elle ressent de la colère pour l'injustice qui lui a été faite et de la compassion pour sa douleur d'adolescente. Elle ajoute de nouvelles pensées au texte, elle complète les passages lacunaires et souligne les phrases qu'elle ressent comme incohérentes aujourd'hui. Puis elle range ce journal dans un tiroir. Elle répète ce processus plusieurs fois au cours des semaines suivantes. Elle réécrit son histoire et la complète avec bienveillance. Au fil du temps, l'ancien et le nouveau texte s'estompent et il devient difficile de savoir ce qu'elle a écrit en tant qu'adolescente et ce qu'elle a écrit en tant qu'adulte. Dans ce processus, la femme ne transforme pas son passé, mais son sentiment par rapport au passé s'en trouve modifié.

C'est le processus par lequel passe la psychothérapie. Les anciens schémas émotionnels de l'enfance, qui sont restés longtemps cachés, sont rendus accessibles et expérimentés, puis ils sont traités et transformés par de nouvelles émotions adaptées et des expériences. Ce processus de transformation, de réécriture de sa propre histoire, s'effectue en premier lieu par la mise en acte avec les chaises en thérapie ([section 3.3](#)).

## ► Expériences émotionnelles correctives

Les expériences interpersonnelles vécues avec la thérapeute conduisent à des expériences émotionnelles correctives (Alexander & French, 1946 ; Stern, 2004) qui ont un effet transformateur (Greenberg, 2017 ; Greenberg, 2021). Dans le processus thérapeutique, il y a toujours une activation processuelle, car le contexte est interpersonnel. En tant que thérapeutes, nous essayons d'entrer en relation avec les émotions vulnérables de manière complémentaire plutôt que d'interagir de manière réactive à un niveau secondaire. Lorsqu'un client souffrant d'un profond sentiment d'inadéquation ressent de l'acceptation et de l'empathie de la part de sa thérapeute, parce que celle-ci sent et sait que sous son air exagérément sûr de lui (autoprotection), il y a une émotion vulnérable, c'est une expérience corrective puissante pour le client. Si un client qui se sent anxieux et impuissant ressent de la colère en thérapie et se sent vu et confirmé dans ce sentiment par sa thérapeute, il ne se ressent plus comme un enfant sans défense qui n'a pas eu d'influence sur ses parents. Des expériences émotionnelles correctives ne sont possibles qu'au sein d'une relation thérapeutique marquée par la congruence, l'acceptation et l'empathie, dans laquelle la thérapeute est à la fois en contact avec le vécu du client et en contact avec son propre vécu ([section 4.2](#)).

## 2.6 ■ MARQUEURS INDIQUANT DES DIFFICULTÉS DE TRAITEMENT ÉMOTIONNEL

Les diagnostics et les traitements manualisés, qui ont été considérés pendant des décennies comme l'étalon-or de la TCC, ne pouvaient pas répondre à la complexité des processus psychiques et à l'individualité de la souffrance humaine. Ils sont désormais de plus en plus remplacés par des systèmes de classification et des procédures transdiagnostiques et orientées vers les processus (par exemple Hayes & Hofmann, 2020).

Dès le début, l'EFT/TCE a été une méthode thérapeutique orientée vers les processus et les marqueurs (Goldman & Greenberg, 2015). La thérapeute choisit ses interventions en fonction de marqueurs manifestés par le client dans son comportement, qui donnent des indications sur ses difficultés de

traitement émotionnel (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013). Des études empiriques ont, en effet, montré que les difficultés de traitement émotionnel des clients peuvent être identifiées par certaines expressions ou comportements. Et certaines tâches ou interventions spécifiques permettent de traiter de manières différenciées les états émotionnels problématiques (Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg *et al.*, 1993 ; Rice & Greenberg, 1984). Par exemple, lorsque les clients interrompent leurs émotions (marqueurs) au cours du processus thérapeutique, les thérapeutes introduisent une mise en acte avec deux chaises pour le clivage auto-interruptif (tâche) afin que les clients retrouvent l'accès à l'émotion clivée et se sentent autorisés à la ressentir. Le [chapitre 3](#) décrit tous les marqueurs et les interventions indiquées pour résoudre le problème de traitement.

En EFT/TCE, les *marqueurs de processus* donnent donc l'indication de la *procédure thérapeutique à mettre en œuvre* dans l'ici et maintenant. Les thérapeutes font, par conséquent, continuellement des diagnostics de processus et elles adaptent leurs interventions aux changements de marqueurs ([section 2.8](#)). Chaque tâche (intervention) a fait l'objet d'une recherche approfondie afin d'identifier les éléments clés pour la résolution du problème à traiter. Les résolutions des tâches ont été décrites sous la forme d'analyses de tâches ([chapitre 3](#)). Les analyses de tâches sont des cartes qui peuvent guider les thérapeutes pas à pas et moment par moment dans leur travail clinique avec leurs clients (Greenberg *et al.*, 2019).

Les marqueurs ont été abordés en détail dans différents ouvrages (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg, 2015, 2017) et le [chapitre 3](#) traite de manière approfondie les principaux marqueurs et les interventions thérapeutiques, raison pour laquelle ils ne sont qu'esquissés ici. En voici la description.

- 1) *La réaction problématique* (« Problematic Reaction ») (Rice & Greenberg, 1984). Ce marqueur est présent lorsque, dans une situation spécifique, les clients ont une réaction forte (émotionnelle ou comportementale) qu'ils ne peuvent pas classer et dont ils sont très surpris. L'intervention dite de l'Évocation systématique et évocatrice permet de revivre la scène de manière vivante, de sorte que la signification implicite de la situation qui sous-tend la réaction peut être découverte ([tableau 2.2](#) et Elliott *et al.*, 2013). Client : «

Aujourd'hui, alors que je me rendais en thérapie, cette femme est venue à ma rencontre avec son petit chien. Quand je l'ai vue, je suis soudain devenue incroyablement triste et je ne comprends pas du tout pourquoi. »

- 2) *Le clivage conflictuel ou auto-critique* (« self-evaluative or self-critical split » Greenberg, 2017). Un clivage auto-critique est présent lorsqu'une voix critique interne déclenche continuellement des sentiments négatifs dans la partie dite « partie expérientielle » (par exemple, la voix critique interne du client dit : « tu es faible, tu es insuffisant » et la partie expérientielle se sent insuffisante). Une intervention appropriée est le dialogue sur deux chaises pour mettre en scène le conflit auto-critique ([section 3.3.2](#)). Le clivage conflictuel se produit lorsque deux parties du soi qui s'opposent sont en conflit (par exemple, « une partie de moi veut se marier, une autre partie de moi ne le veut pas »). Une intervention efficace consiste à mettre en scène le conflit intérieur avec le but d'intégrer les deux parties conflictuelles.
- 3) *Un clivage auto-interruptif* (Greenberg, 2017) se produit lorsque les clients s'interrompent dans leur ressenti ou lorsque des indices montrent qu'ils clivent certaines émotions ou certains besoins. Ce problème de gestion émotionnelle est résolu par la mise en acte du clivage auto-interruptif ([section 3.4.2](#)). Client : « Tout à l'heure, je pouvais ressentir cette douleur émotionnelle intense. Mais maintenant, elle a soudainement disparu. »
- 4) *Un marqueur de sensation physique floue* (« Unclear Felt Sense ») (Gendlin, 1996) est présent lorsque les clients ne peuvent pas mettre de mots sur une expérience physiquement ressentie. Ce problème de gestion est traité par l'intervention du focusing. Dans le focusing, la thérapeute dirige l'attention du client sur l'expérience corporelle sans mots et l'aide à l'explicitier ([section 3.2.4](#)). Client : « J'ai cette sensation de malaise dans l'estomac. Mais je ne sais pas ce que c'est. »
- 5) *Le marqueur d'enjeux relationnels non résolus* (« Unfinished Business ») (Greenberg, 2015 ; Perls *et al.*, 1951) se manifeste par des émotions persistantes, pénibles et non résolues à l'égard d'une figure d'attachement importante. Ce problème de gestion est traité par un dialogue avec la chaise vide, dans lequel un dialogue est établi



avec la figure d'attachement. Ce dialogue transforme l'image intériorisée de soi et des autres ([section 3.3.3](#)). Client : « Ma mère n'a jamais été là pour moi, j'ai toujours dû me débrouiller seul et c'est encore le cas aujourd'hui. »

- 6) *Le marqueur de vulnérabilité* (Greenberg *et al.*, 1993) est souvent observé chez les clients fragiles. Les clients semblent fragiles, délicats et vulnérables lorsqu'ils entrent pour la première fois en contact avec leur douleur profonde. La confirmation empathique de leur expérience par une thérapeute présente, acceptante et validante aide le client à se sentir vu et plus fort ([tableau 2.2](#) et Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013). Client (en pleurs, à voix basse) : « Je me sens tellement inutile, je ne suis pas digne d'être aimé. Et le fait de dire cela me fait me sentir très fragile. »
- 7) *Une forte souffrance émotionnelle et une dérégulation émotionnelle* (« agony ») (Greenberg, 2015) indiquent que les clients ne peuvent pas supporter et réguler certains états émotionnels. Les marqueurs de souffrance émotionnelle apparaissent souvent dans le travail de la chaise vide, lorsque les clients sont confrontés à des besoins existentiels frustrés (d'être aimé, d'être vu). Dans ces moments-là, un dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement (« self-soothing ») est utile, car il permet aux clients de réguler leur affect et d'encourager l'auto-empathie envers leur propre souffrance ([section 3.4.4](#)). Client (pleurant à voix haute) : « Cette douleur me tue, c'est à peine supportable. J'aurais tellement besoin de la reconnaissance de mon père et ça me fait tellement mal de ne jamais l'avoir reçue, de ne jamais la recevoir... »
- 8) Les clients qui sont *fortement organisés pour se protéger et qui bloquent leurs émotions primaires* en externalisant ou déniaient leurs problèmes. L'intervention de blocage permet d'accéder à la fonction de protection du blocage et de rendre saillant le coût pour le Soi ([section 4.3.2](#)). Client : « Dans cette société capitaliste, je ne peux pas chercher un emploi. Il faut d'abord que la société change, ensuite seulement je me mettrai à chercher un emploi. »
- 9) Les *tâches à domicile guidées par les marqueurs* (Greenberg *et al.*, 2019 ; Warwar & Ellison, 2019) sont données par la thérapeute lorsqu'il s'agit d'encourager et de consolider, en dehors de la séance de thérapie, des changements dans le vécu, déclenchés par des mises



en acte avec les chaises (Ellison & Greenberg, 2007 ; Greenberg & Warwar, 2006). Ils peuvent soit aider à prendre conscience des processus mal-adaptatifs dans la vie quotidienne, soit consolider les changements basés sur l'expérience ([section 3.5](#), fiches de travail de 1 à 4).

**Tableau 2.2.** Marqueurs, tâches (interventions) et objectifs (adapté d'Elliott *et al.*, en allemand, 2013)

Marqueur	Tâche (intervention)	Objectifs
Réaction problématique	Exploration systématique et évocatrice de la réaction problématique	Acquérir une nouvelle compréhension de la réponse émotionnelle
Clivage conflictuel ou auto-critique	Dialogue sur deux chaises pour mettre en scène le conflit auto-critique ou conflictuel	Intégrer deux parties, accepter le soi
Auto-interruption	Mise en acte sur deux chaises pour mettre en scène l'auto-interruption	Prendre conscience de l'auto-interruption, reconnaître la légitimité de ressentir des émotions interrompues
Sentiment corporel diffus (« Unclear Felt Sense »)	Focusing	Symboliser le sentiment vague
Enjeu relationnel non résolu (« Unfinished Business »)	Travail sur la chaise vide	Terminer le processus interrompu, s'affirmer, se libérer d'émotions pesantes
Vulnérabilité	Confirmation empathique	Affirmation et acceptation de soi
Forte souffrance émotionnelle et dérégulation émotionnelle (« Agony »)	Dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement	Développer de l'empathie envers soi-même, réguler les émotions
Changement émotionnel dans la séance de thérapie	Devoirs orientés vers l'expérience	Renforcer un nouveau ressenti
Forte autoprotection, manque de motivation pour	Intervention sur le blocage émotionnel et	Encourager la motivation au changement.

Marqueur	Tâche (intervention)	Objectifs
le changement	l'autoprotection	

D'autres difficultés de traitement émotionnel ont été identifiées et des tâches thérapeutiques correspondantes ont été décrites, mais nous ne pouvons pas les aborder dans ce livre faute de place (par exemple les ruptures d'alliance (« Alliance Ruptures »), la recherche de signification après la violation d'une croyance fondamentale (« Cherished Belief ») ou « Clearing a Space » en cas de débordement émotionnel (Elliott *et al.*, 2013)). Les problèmes de traitement émotionnel qui se manifestent dans le récit du client (par exemple « Same Old Story », « Untold Story ») peuvent être consultés dans les ouvrages d'Angus et Greenberg (2011) et de Paivio et Angus (2017).

## 2.7 ■ LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

La relation thérapeutique (alliance thérapeutique) est l'un des prédicteurs les plus robustes du succès thérapeutique (Flückiger *et al.*, 2018 ; Martin *et al.*, 2000 ; Horvath & Bedi, 2002). Ce résultat est étayé par de nombreuses méta-analyses (notamment Norcross & Wampold, 2011). Les approches humanistes telles que l'EFT/TCE accordent une place particulièrement importante à la relation thérapeutique (Watson & Kalogerakos, 2010) et on trouve en conséquence de nombreux ouvrages à ce sujet (Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg, 2015, 2017 ; Greenberg *et al.*, 1993 ; Greenberg & Watson, 2006 ; Greenberg *et al.*, 2019 ; Paivio & Pascual-Leone, 2010 ; Watson, 2019 ; Watson & Greenberg, 2017 ; Watson & Wiseman, 2021).

L'EFT/TCE trouve ses racines dans la tradition humaniste, en conséquence, la relation thérapeutique est basée sur les variables de base de Carl Rogers : *l'empathie, la congruence (authenticité) et l'acceptation (appréciation positive)* (Rogers, 1957). La condition la plus importante pour une telle attitude est la présence thérapeutique (Geller & Greenberg, 2012). La congruence et l'acceptation sont relativement naturelles et automatiques dans la pratique quotidienne de la thérapie et ne deviennent un défi que dans les moments difficiles, par exemple lorsque les clients présentent des schémas interactionnels complexes ou se montrent critiques envers leur

thérapeute (Watson, 2019). Le thème de la congruence (ou authenticité) et de l'acceptation (ou appréciation positive) dans les moments difficiles est abordé en détail au [chapitre 4](#). La relation thérapeutique est en soi curative, car l'attitude valorisante, acceptante, congruente et empathique de la thérapeute conduit à *des expériences interpersonnelles correctives* (Alexander & French, 1946) (« mes émotions les plus profondes et les plus difficiles sont vues, comprises et acceptées par ma thérapeute »).

### 2.7.1 Présence thérapeutique

Rogers avait déjà constaté que le changement thérapeutique ne peut avoir lieu que si la thérapeute et le client sont pleinement présents et en contact l'un avec l'autre dans l'ici et maintenant.

« Le changement thérapeutique se produit lorsque le thérapeute et le client sont dans une condition particulière de réceptivité l'un à l'autre en dehors de la conscience, lorsque les deux sont en “contact psychologique” (Rogers, 1957, p. 96).

Du point de vue de l'EFT/TCE, la présence thérapeutique est une attitude dans laquelle la thérapeute s'engage physiquement, émotionnellement, cognitivement, spirituellement et interpersonnellement dans l'ici et maintenant de la rencontre avec l'autre (Geller & Greenberg, 2012). Pour pouvoir être présent sur le plan thérapeutique, nous devons

- 1) être en contact avec nos propres parties saines et y être ancré ;
- 2) être ouvert, sensible et réceptif à l'expérience la plus vivante de notre client à ce moment-là ;
- 3) élargir notre propre perception afin de
- 4) pouvoir être là avec et pour le client et son processus de guérison (Geller & Greenberg, 2002, 2012).

La fiche de travail 9 « Présence thérapeutique » montre un exercice qui aide à cultiver une attitude de présence thérapeutique entre les séances.

### 2.7.2 Empathie

L'objectif principal de l'EFT/TCE est de rendre le vécu accessible afin qu'il puisse être ressenti et traité. L'attitude thérapeutique de base se caractérise donc par une attitude empathique, curieuse et « non experte », dans laquelle les clients sont les experts de leur ressenti et nous, les thérapeutes, les experts du processus. Pour faire remonter à la surface des expériences clivées ou implicites, il est utile de nous accorder de manière empathique au monde intérieur de nos clients, d'essayer de voir le monde à travers leurs yeux et d'agir en partant de leur cadre de référence interne (Greenberg & Elliott, 1997). Pour pouvoir ressentir l'expérience de nos clients, nous devons lâcher prise sur notre propre agenda, nos attentes, nos idées et nos projets pour la séance afin de pouvoir nous syntoniser avec le client. En nous inspirant de Rogers, nous considérons *l'empathie comme une capacité thérapeutique et une volonté de plonger dans le monde intérieur de nos clients*, de comprendre leurs peurs, leurs conflits internes et leurs points de vue, et de nous laisser porter par le flux de la signification transformée de leur expérience, moment après moment (Bohart & Greenberg, 1997).

L'empathie nécessite une oscillation entre son propre ressenti et le ressenti de l'autre. Grâce à l'accordage empathique, nous nous immergeons dans le monde intérieur du client comme si nous étions le client, tout en sachant que nous ne sommes pas lui. Cette condition a été appelée par Rogers « as-if-condition » (Rogers, 1957). Nous nous élargissons pour entrer en contact avec l'expérience de l'autre, sans perdre le centre de notre propre expérience. Lorsque nous résonnons de manière empathique avec l'autre et que nous nous immergeons dans son monde, nous pouvons nous rapprocher de son expérience ou deviner et ressentir ce qu'il ressent, mais en tant qu'êtres humains indépendants, nous ne ressentons jamais exactement la même chose. C'est pourquoi il est important de faire correspondre notre perception et notre ressenti avec le vécu réel du client (« questions de vérification » [section 3.2.3](#)).

L'empathie a trois fonctions fondamentales, sans lesquelles le travail centré sur les émotions n'est pas possible :

- 1) d'une part, la compréhension et le reflet empathiques aident le client à mieux comprendre son propre vécu, à lui faire confiance et favorisent sa propre empathie et son expérience de lui-même. Ceci

est particulièrement important pour les clients fragiles qui ont peu confiance en leur propre vécu ;

- 2) par une approche empathique et des questions « leading edge » ([section 3.2.3](#)), la thérapeute oriente le processus vers l'approfondissement et l'élaboration. Elle reflète et explore les aspects de l'expérience qui semblent les plus vivants, les plus importants et les plus émouvants (« most poignant ») ;
- 3) troisièmement, l'empathie est l'outil le plus important qui permet d'explicitier et de rendre conscients les aspects implicites, scindés ou bloqués de l'expérience (Bohart & Greenberg, 1997). Ainsi, les émotions scindées deviennent une réalité à partir de laquelle la croissance est possible (Greenberg *et al.*, 1993). L'empathie est d'une part une attitude, mais d'autre part aussi une technique permettant de rendre conscientes les émotions bloquées.

*L'explicitation empathique* a trois étapes (Barrett-Lennard, 1981) :

- 1) Dans la première étape, nous nous accordons et résonnons de manière empathique avec l'expérience de l'autre (« *empathic resonance* » ou « *empathic attunement* », Orlinsky *et al.*, 1994). Nous nous utilisons nous-mêmes comme corps de résonance pour le ressenti du client et nous nous immergeons dans son expérience.
- 2) Le deuxième niveau d'empathie comprend l'aspect communicatif de l'empathie (« *expressed empathy* »). Ici, ce que nous percevons ou observons en tant que thérapeute est reflété et proposé sous la forme d'une supposition empathique ou d'une observation du processus, de sorte que le client puisse comparer notre proposition avec son propre vécu et vérifier si cela correspond (« *received empathy* »).
- 3) Si la supposition empathique de la thérapeute coïncide avec le « felt sense » (le sentiment corporel sans mots) du client, un aspect implicite de l'expérience est transféré de l'inconscient à la conscience. Il existe différentes réactions empathiques ([chapitre 3](#)) avec des objectifs différents (Greenberg & Elliott, 1997).

## 2.8 COMPRÉHENSION DU CAS ET MODÈLE MENSIT

La formulation de cas dans l'EFT/TCE diffère de la formulation de cas dans les thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques sur quatre points essentiels.

- 1) L'EFT/TCE est une méthode de thérapie orientée vers le processus ; en conséquence, *la formulation de cas est davantage orientée vers le processus que vers l'état*. Dès le début de la thérapie, les thérapeutes mettent le doigt sur le pouls émotionnel de leurs clients, saisissent aussi bien la douleur centrale (émotions inadaptées) que leur gestion et la relation qu'ils ont établie avec elle.
- 2) L'orientation vers le processus influence également la *dynamique de la création*. La formulation du cas commence lors de la première séance, mais elle est adaptée, approfondie et transformée tout au long de la thérapie.
- 3) La formulation de cas est un *processus co-construit* par la thérapeute et le client, dans lequel les deux sont des auteurs actifs. Le récit du client est reformulé par la thérapeute dans un langage centré sur les émotions et aligné sur le ressenti du client.
- 4) Les constructions catégorielles et distinctes, telles que les diagnostics et les styles de personnalité ou les diagnostics de personnalité, ne sont pas prises en compte dans la formulation du cas. L'EFT/TCE s'intéresse aux *émotions* (adaptées, inadaptées, primaires, secondaires, instrumentales), au *style de traitement émotionnel* (par exemple, productivité émotionnelle, profondeur du vécu, etc.) et aux *difficultés de traitement émotionnel* (par exemple, problèmes de régulation des émotions, vécu bloqué). La formulation de cas en EFT/TCE est donc un processus dynamique, centré sur les émotions et co-collaboratif. Ce livre n'en donne qu'un aperçu. Pour plus de détails, nous vous recommandons le livre de Goldman et Greenberg (2015).

La formulation de cas se déroule en trois phases (Goldman et Greenberg, 2015 ; Greenberg *et al.*, 2019).

- 1) La première phase, qui a lieu au début de la thérapie, porte sur une *compréhension globale du client*, en saisissant le récit, la demande de thérapie et le style de sa gestion émotionnelle.

- 2) La deuxième phase consiste à émettre des *hypotheses sur les schémas émotionnels inadaptés* qui doivent être rendus accessibles au client et être traités. Les marqueurs et, le cas échéant, les processus d'auto-interruption ou les émotions secondaires qui rendent difficile l'accès au vécu primaire y sont liés. À partir des difficultés de traitement émotionnel du client et des marqueurs qui apparaissent, le thérapeute et le client développent ensemble, de manière co-collaborative, le point de focalisation de la thérapie. Pour ce faire, la thérapeute partage sa compréhension du cas avec le client, qui vérifie si elle correspond à son ressenti et à sa perception (Goldman & Greenberg, 2015).
- 3) La troisième phase consiste à identifier les micromarqueurs et les nouvelles significations (Goldman & Greenberg, 2015).

Dans ce livre, nous nous limiterons à la deuxième phase de la formulation de cas, au cours de laquelle la compréhension du cas est rédigée. Cette deuxième phase a été appelée modèle MENSIT (Marker, Emotion, Need, Secondary Emotion, Theme) par Goldman & Greenberg (2015). Pour plus d'informations sur les deux autres phases de la formulation du cas, voir Goldman & Greenberg, 2015.

### 2.8.1 Marqueurs (M comme Marqueur)

L'EFT/TCE est une méthode de thérapie orientée vers le processus. Les thérapeutes suivent moment par moment l'auto-organisation émotionnelle du client et sont attentifs aux difficultés de traitement qui apparaissent (marqueurs). C'est ce que l'on appelle le diagnostic du processus. Les marqueurs permettent au thérapeute de sélectionner les tâches ou interventions pertinentes pour résoudre ces problèmes de gestion émotionnelle. Les marqueurs (par exemple, l'auto-interruption) apparaissent souvent avant que les thérapeutes n'aient une compréhension claire de la douleur centrale. Les marqueurs ont été décrits [section 2.6](#) et ne sont que brièvement mentionnés ici.

- Une *réaction problématique* se produit lorsqu'un client a eu une réaction émotionnelle forte qu'il ne peut pas comprendre. L'intervention dite de l'Exploration systématique et évocatrice l'aide à établir un pont affectif vers l'origine de sa réaction.

- Le *clivage conflictuel ou auto-critique* se produit lorsque deux parties du client semblent incompatibles ou que celui-ci a une auto-organisation très auto-critique. La résolution de ce problème passe par le Dialogue sur deux chaises pour clivage auto-critique.
- Le *clivage auto-interruptif* se manifeste par le fait que le client clive certaines émotions ou certains besoins et ne les ressent plus. Ce problème de gestion émotionnelle est traité par la Mise en acte de la voix auto-interruptive.
- Un *sentiment corporel peu clair* ou « Unclear Felt Sense » est un ressenti somatique qui n'est pas suffisamment symbolisé et qui est explicité par le Focusing.
- Les enjeux relationnels non résolus (« Unfinished Business ») sont résolus par la tâche dite du Dialogue de la chaise vide.
- Un *marqueur de vulnérabilité* apparaît lorsqu'un client entre pour la première fois en contact avec sa douleur principale et se sent très fragile. La thérapeute répond à cette douleur par la tâche de l'Affirmation emphatique.
- La thérapeute réagit à une *forte souffrance émotionnelle* et à une dérégulation émotionnelle du client par le Dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement.
- Il y a un *marqueur d'émotions bloquées* lorsque les clients n'ont pas accès aux émotions primaires (adaptées ou inadaptées) et sont coincés dans des émotions secondaires ou des comportements auto-protecteurs (souvent accompagnés par du déni). La tâche sur le blocage émotionnel et l'autoprotection aide à valider la fonction d'autoprotection du blocage tout en rendant son prix accessible. Prenons l'exemple d'une cliente souffrant d'un trouble alimentaire. Le trouble alimentaire aide la cliente à ne pas ressentir d'émotions douloureuses, par exemple le sentiment profond et inadapté d'inutilité qui était à l'origine du développement du trouble. Le prix qu'elle paie pour son autoprotection (trouble alimentaire) est qu'elle mène une vie incolore où tout tourne autour de la nourriture.
- Les devoirs guidés par les marqueurs sont donnés par les thérapeutes lorsqu'il s'agit d'encourager et de consolider, en dehors de la séance de thérapie, des changements dans le vécu, déclenchés par des mises en acte avec les chaises.



### 2.8.2 Souffrance émotionnelle (E comme Emotional pain)

La douleur psychologique ou émotionnelle (douleur centrale) est l'incapacité à échapper à une forte souffrance intérieure causée par un besoin non satisfait (dans le passé). Les émotions inadaptées et les schémas émotionnels inadaptés résultent de conditions de vie défavorables dans le passé et de la frustration des besoins existentiels. L'attachement et l'identité sont deux motivations fondamentales de la condition humaine (Blatt, 2008 ; Greenberg & Goldman, 2008, 2019). Nous faisons donc la distinction entre la souffrance émotionnelle *basée sur l'attachement*, due à des blessures d'attachement, et la souffrance émotionnelle *basée sur l'identité*, due à des expériences blessantes dans le vécu identitaire.

La souffrance émotionnelle basée sur l'attachement est souvent basée sur la peur, comme la peur d'être abandonné et de ne pas survivre seul, ou la peur de ne pas pouvoir protéger ses propres limites et d'être blessé (Greenberg *et al.*, 2019). La souffrance émotionnelle basée sur l'attachement peut également s'accompagner d'une profonde tristesse d'être seul.

La souffrance émotionnelle basée sur l'identité est souvent liée à la honte, comme un profond sentiment d'inadéquation, un sentiment d'être défectueux ou un sentiment d'impuissance à construire ou à protéger une expérience identitaire cohérente.

Cependant la situation est plus complexe, car les blessures d'attachement peuvent également conduire à des émotions inadaptées basées sur la honte (sentiment de ne rien valoir, sentiment profond de ne pas avoir droit à ce que ses propres besoins soient remplis). Les émotions inadaptées peuvent également se présenter sous une forme mixte, avec des liens complexes. La peur et la honte sont toutes deux des émotions poussant au retrait, orientées vers la protection de soi, avec la même tendance à l'action (se retirer, se cacher, se rendre tout petit).

### 2.8.3 Besoins (N comme Needs)

Les schémas émotionnels inadaptés résultent de la non-satisfaction de besoins existentiels. Ils comprennent une douleur profondément ancrée, issue de la frustration des besoins, et une disposition à réagir orientée vers l'autoprotection. Les besoins adaptatifs ne sont pas représentés dans les

schémas émotionnels inadaptés, c'est pourquoi ils doivent être rendus activement accessibles lors de la séance de thérapie. Les besoins d'attachement adaptatifs sont le désir de sécurité, de fiabilité et de prévisibilité dans les relations. Les besoins adaptatifs d'identité sont par exemple le désir d'être vu (validation), d'avoir du contrôle et de l'influence (agency) ou le désir d'acquérir de nouvelles choses (maîtrise), comme de nouvelles connaissances ou compétences. Les besoins adaptatifs ouvrent la porte à des expériences adaptatives et à des émotions adaptées.

#### **2.8.4 Émotions secondaires (S comme Secondary Emotions)**

Les émotions secondaires sont des réactions à une expérience primaire. Elles cachent l'expérience primaire et interfèrent avec elle. Les émotions secondaires n'ont aucun lien avec les besoins primaires (adaptatifs), elles servent à se protéger (plutôt qu'à satisfaire les besoins) et ne sont donc pas adaptatives. Les émotions secondaires peuvent prendre différentes formes : la colère qui masque la vulnérabilité, la tristesse qui se superpose à la colère affirmée, la peur qui protège de la vulnérabilité, la honte de sa propre peur, la culpabilité de prendre soin de soi. Les émotions secondaires sont des émotions réelles, c'est pourquoi elles doivent être validées. Les thérapeutes ne veulent cependant pas s'arrêter là mais favoriser l'accès au ressenti primaire. De nombreux clients ne sont pas conscients que sous leur émotion secondaire se cache un vécu plus primaire. Il est donc important d'accéder aux émotions primaires, car elles contiennent le besoin frustré et le besoin ouvre la porte aux émotions adaptées qui conduisent à la transformation émotionnelle.

#### **2.8.5 Interruption (I comme Interruption)**

Plusieurs raisons peuvent nous conduire à interrompre un processus émotionnel. Ce peut être pour essayer de nous protéger contre des ressentis douloureux et les éviter. Ce peut être pour interrompre un besoin. Ces processus d'auto-interruption sont souvent des processus de peur : peur de ne pas pouvoir supporter une émotion douloureuse, ou même de ne pas pouvoir survivre ; peur de sa propre douleur si son besoin n'est pas satisfait.

Les normes culturelles et les valeurs familiales peuvent aussi engendrer une réaction d'interruption (par exemple, « on ne doit pas être en colère »). Enfin nous nous interrompons parfois en raison d'une attitude négative envers soi-même, qui conduit à se rendre tout petit, à se faire taire et à ne plus ressentir d'émotions et de besoins sains.

### 2.8.6 Thèmes (T comme Themes)

Les problèmes de traitement des émotions peuvent être classés en trois thèmes. Premièrement, les thèmes liés à nous-mêmes (« Self-Self-Theme »), par exemple l'auto-interruption ou le clivage auto-critique. Deuxièmement, les thèmes qui concernent la relation entre soi et les autres (« Self-Other-Theme »), tels que les processus inachevés avec des figures d'attachement. Troisièmement, les thèmes de nature existentielle (« Existential-Theme »), par exemple lorsqu'on est confronté à un coup dur ou à une maladie menaçant son existence. Les clients présentent souvent une combinaison de thèmes, par exemple un « Unfinished Business » ne peut pas être résolu en raison de processus d'auto-interruption. En thérapie, il est souvent nécessaire de travailler d'abord sur les thèmes liés au client lui-même avant de pouvoir résoudre les thèmes liés aux autres ou les thèmes existentiels (Sharbanee *et al.*, 2019).

### 2.8.7 Co-construction de la formulation du cas

Le modèle MENSIT permet à la thérapeute de reformuler le récit du client dans un langage centré sur les émotions. Il établit un pont entre la demande du client, sa souffrance émotionnelle, les hypothèses sur sa genèse et son besoin.

#### **Co-construction d'une compréhension commune du cas à la fin de la première séance :**

Le client formule la demande (dans cet exemple, il souffre des crises suicidaires de son amie), la thérapeute la reformule dans un langage centré sur les émotions et vérifie sa formulation avec la perception du client. Si le client voit les choses autrement ou n'est pas d'accord avec la formulation, son point de vue est pris en compte.

Th : « Ce que je comprends, c'est que vous souffrez beaucoup de la situation actuelle avec votre amie (motif de la thérapie) et que vous tombez régulièrement dans des creux de la vague. Lorsque votre amie va mal, qu'elle se replie sur elle-même et menace de se faire du mal (élément déclencheur), vous ressentez un profond sentiment de désespoir, d'impuissance et de désespoir (conséquence, souffrance émotionnelle). Vous vous reprochez alors d'être responsable de son état (secondaire) et, d'une manière ou d'une autre, il vous est très difficile à ces moments-là d'aller vers elle pour chercher une solution commune (interruption). Vous vous repliez sur vous-même et vous vous sentez seul et impuissant et – si je vous ai bien compris – ce sentiment de solitude et d'impuissance vous est familier, c'est un sentiment ancien, que vous avez déjà connu dans le passé, lorsque votre père refusait de vous parler pendant des jours et vous ignorait (expérience de frustration des besoins comme origine de schémas émotionnels inadaptés). D'une manière ou d'une autre, vous avez appris en tant que petit garçon qu'il valait mieux se taire et se faire tout petit et invisible plutôt que de défendre vos besoins et d'exprimer vos préoccupations. Mais ce dont vous avez vraiment besoin, c'est de vous sentir autorisé à engager le dialogue avec votre petite amie et à lui dire que la situation actuelle vous pèse et ne vous convient pas (besoin). Vous avez besoin de considérer votre désir d'intimité et de contact comme légitime et de trouver en vous un sentiment qui vous aide à vous défendre afin de chercher avec elle une meilleure solution pour gérer cette situation. Comment cela vous semble-t-il ? »

Si cette formulation de cas est cohérente et a du sens pour le client, le focus pour la thérapie en est déduit.

### **Focalisation pour la thérapie :**

« Pour la thérapie, je vois plusieurs difficultés de traitement émotionnel que j'aimerais aborder avec vous. D'une part, il y a cette approche très critique de vous-même. Il semble y avoir une voix en vous qui vous donne continuellement l'impression de ne pas être à la hauteur, d'être un échec et qui vous blâme pour tout (clivage auto-critique). D'autre

part, j'entends dans votre histoire que vous avez appris à interrompre et à ravalier les besoins et les sentiments de colère légitimes (auto-interruption). Enfin, il y a ces sentiments non résolus et ces blessures émotionnelles envers votre père (Unfinished Business). Nous devrions également nous pencher sur ce problème. Comment tout cela vous semble-t-il ? »

## 2.9 ■ INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS POUR LE TRAVAIL AVEC LES ÉMOTIONS

Pour travailler de manière productive avec les émotions, c'est-à-dire pour les activer et les transformer, certaines conditions de base doivent être respectées. Il existe des indications et des contre-indications au travail intensif avec les émotions. La condition la plus importante est qu'une bonne relation thérapeutique, chaleureuse, soutenante et favorable aux émotions, ait pu être établie. Le client se sent suffisamment en sécurité et invité à se tourner vers ses émotions douloureuses et à les explorer. Dès le premier contact, les thérapeutes EFT/TCE font deux choses fondamentalement importantes :

- 1) Ils donnent aux émotions une place plus importante que les clients ne le font au quotidien.
- 2) Ils autorisent et encouragent les clients à ressentir et à exprimer leurs émotions.

La plupart des gens ont tendance à éviter ou à minimiser leurs émotions (négatives). En EFT/TCE, nous validons l'importance de chaque émotion parce qu'elle contient une information significative, parce qu'il y a une raison pour ressentir une émotion particulière et parce que l'émotion remplit une fonction importante (par exemple, elle aide à satisfaire les besoins ou à se protéger des blessures). De plus, nous nous focalisons toujours sur la douleur et sur le fait que ressentir la douleur fait peur. En d'autres termes, nous validons d'une part l'émotion douloureuse et d'autre part la tendance naturelle du client à ne pas vouloir ressentir cette émotion.

Une autre condition importante est que l'objectif de la thérapie doit être clair. Il s'agit de travailler avec des émotions, c'est-à-dire que les clients doivent comprendre et accepter qu'ils vont être confrontés à leur ressenti et qu'il ne suffit pas de philosopher sur les émotions ou de les intellectualiser.

Les thérapeutes novices ont parfois peur des émotions fortes ou se sentent mal à l'aise et peu sûrs d'eux face à des émotions activées (« que dois-je faire si mon client est emporté par ses émotions fortes ? Je ne suis pas sûr de pouvoir gérer cela »). Dans ce cas, nous recommandons du travail personnel avec de l'EFT/TCE. Faire l'expérience personnelle de survivre à des émotions douloureuses, qui conduisent au soulagement et ouvrent la porte au changement, est une expérience corrective importante. Certains thérapeutes novices sont eux-mêmes activés par des clients très fragiles ayant un besoin élevé d'autoprotection (qui ne révèlent pas leurs émotions, par exemple) ou par des clients présentant des schémas interactionnels complexes (troubles de la personnalité), de sorte qu'il leur est difficile d'aimer leurs clients ou de faire preuve d'empathie à leur égard. Les émotions négatives des thérapeutes ont inévitablement un effet négatif sur le déroulement de la thérapie, car les clients ne se sentent plus assez en sécurité pour s'ouvrir ([section 4.2.1](#)). Ici aussi, nous recommandons du travail personnel et de la supervision. L'objectif serait de ne plus étiqueter les clients comme « problématiques », mais de découvrir quelles émotions sensibles le client active chez le thérapeute et comment elles sont liées à sa propre histoire d'apprentissage.

Une certaine stabilité doit exister du côté du client. Si un client se trouve dans une crise suicidaire aiguë, il est recommandé de travailler d'abord de manière stabilisante avec le client afin de résorber la crise aiguë. Il y a également des exigences minimales concernant les capacités de régulation des émotions du client. Les interventions d'activation des émotions sont contre-indiquées pour les clients qui sont si peu régulés émotionnellement qu'ils se dissocient pendant les séances de thérapie ou pour lesquels nous ne pouvons pas être sûrs qu'ils ne tombent pas dans des comportements autodestructeurs après la séance (coupures, crises de boulimie, consommation de drogues) (Greenberg, 2015). Avec ces clients, il est recommandé de travailler d'abord sur les compétences de régulation des émotions (par exemple, les compétences DBT).

En revanche, il n'y a pas de contre-indication pour les clients sur-régulés émotionnellement, bien au contraire. Pour ces clients qui évitent fortement les émotions, une approche d'activation des émotions est fortement indiquée.

# Notes

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Chapitre 3



## Pratique de la thérapie centrée sur les émotions

- 3.1 Travailler avec les émotions
- 3.2 Rendre le ressenti accessible
- 3.3 Transformer les émotions
- 3.4 Moduler et réguler le ressenti
- 3.5 Psychoéducation axée sur l'expérience et devoirs à domicile

Ce chapitre est dédié à la pratique de l'EFT/TCE, en suivant les principes du changement émotionnel ([section 2.5](#)). Chaque section débute par une introduction générale, puis propose des tâches et des interventions spécifiques en accord avec ces principes.

### 3.1 TRAVAILLER AVEC LES ÉMOTIONS

Le principe général le plus important dans l'EFT/TCE est de ressentir consciemment les émotions dans l'ici et maintenant. Ce principe peut

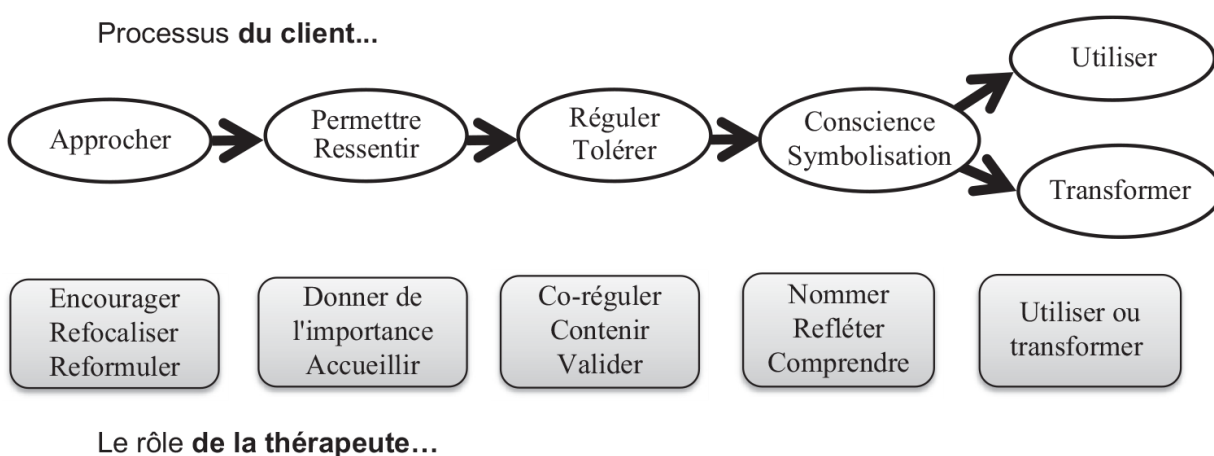
sembler banal à première vue, mais étant donné que notre cerveau émotionnel traite une grande partie des émotions de manière inconsciente et déclenche involontairement des réactions somatiques et viscérales, il est d'une importance capitale. Les novices ont tendance à assimiler l'EFT/TCE au travail sur les chaises. Ce faisant, ils oublient qu'il faut d'abord arriver à une émotion avant de pouvoir la quitter.

Les émotions sont comme la petite lumière rouge sur le tableau de bord de notre voiture. Nous devons aider nos clients à se tourner vers ce signal. Ce processus est souvent aversif et fait peur. De nombreux clients ont inconsciemment développé de bonnes stratégies pour se détourner de la petite lumière qui clignote. Ils appuient sur la pédale d'accélérateur, augmentent le volume de la radio, se plongent dans une conversation insignifiante avec le passager, insultent le style de conduite d'un autre automobiliste.

Notre tâche en tant que thérapeute est de faire reconnaître au client que ces manœuvres de distraction constituent pour lui des stratégies de protection ; d'insuffler au client de la sécurité, de la confiance et de l'assurance ; et de lui faire comprendre qu'il est nécessaire de s'occuper de la petite lumière s'il veut que sa voiture reste en état de marche pendant longtemps. En tant que thérapeutes, notre tâche la plus importante au début du traitement est de créer un contexte sûr et propice aux émotions, dans lequel le client se sent invité à se concentrer sur son ressenti et à maintenir un regard focalisé sur ses émotions de manière cohérente. De plus, il est important d'informer notre client qu'éprouver des émotions n'est pas un signe de faiblesse, et qu'approfondir ses ressentis lui permettra d'accéder à ses vulnérabilités et constituera le premier pas vers la résolution de problèmes (Greenberg & Rhodes, 1991).

Pour pouvoir traiter les émotions, celles-ci doivent être accessibles et ressenties. Le traitement des émotions implique des processus tels que : approcher (au lieu d'éviter), permettre (au lieu d'interdire), prendre conscience (au lieu d'ignorer), tolérer (au lieu de réprimer), accepter (au lieu de juger), symboliser (au lieu de ne pas comprendre), différencier (au lieu d'être submergé), transformer (au lieu de rester bloqué) (Greenberg, 2019).

Le processus thérapeutique du traitement des émotions se déroule en cinq étapes, qui sont accomplies au moyen de tâches thérapeutiques. La première phase comprend l'approche du vécu douloureux, grâce aux encouragements, à la focalisation et aux reformulations de la thérapeute. La deuxième étape consiste à permettre et ressentir les émotions, un processus soutenu par la thérapeute en donnant de l'importance aux émotions et en les accueillant. La troisième phase consiste à tolérer et à réguler les émotions. La co-régulation via la relation thérapeutique et la validation de l'expérience jouent ici un rôle important. La quatrième phase encourage la prise de conscience et la symbolisation, dans laquelle la thérapeute aide à nommer et à refléter les émotions. Dans la dernière phase, les émotions adaptatives sont utilisées et les émotions inadaptées transformées ([Figure 3.1](#)).



**Figure 3.1.** Le processus de traitement émotionnel de la douleur (adapté d'après Bolger, 1999 ; Greenberg & Bolger, 2001 ; Pascual-Leone, 2016)

À court terme, le traitement des émotions amène les clients à se sentir moins bien parce qu'ils font face à des expériences douloureuses. Mais après le traitement émotionnel, ils se sentent significativement mieux que les clients qui ne traitent pas leurs émotions et l'effet est également plus durable. Il faut donc d'abord se sentir plus mal pour pouvoir se sentir mieux ensuite (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Ou, comme le dit Hunt (1998), « The only way out is through ».

Le traitement émotionnel conduit aussi à une flexibilité émotionnelle accrue. Dans les thérapies réussies, le répertoire émotionnel des clients s'élargit. Ils accèdent à des émotions qui étaient auparavant dissociées (comme la colère, l'auto-compassion ou la tristesse) (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). La psychothérapie est comparable à l'apprentissage d'un instrument de musique. Au début on ne maîtrise que quelques notes, mais avec le temps, on apprend à connaître toute la gamme de sons et à jouer toutes les gammes, ce qui permet de jouer des morceaux de plus en plus beaux et toujours plus difficiles.

## **3.2** **RENDRE LE RESSENTI ACCESSIBLE**

### **► Le rôle de la thérapeute**

Les êtres humains se protègent contre le fait de ressentir des émotions douloureuses (Greenberg & Rhodes, 1991 ; Weston, 2018). Ils craignent de s'effondrer lorsqu'ils se tournent vers la douleur, craignent de perdre le contrôle ou ils ont honte de leurs sentiments (même devant la thérapeute) (Bolger, 1999 ; Greenberg et Bolger, 2001 ; Greenberg & Rhodes, 1991). Souvent, les clients réfléchissent avant la séance à ce qu'ils veulent révéler d'eux-mêmes et dans quelle mesure ils veulent le faire pendant cette séance. Le grand art de l'EFT/TCE consiste donc à faire fondre l'autoprotection des clients et à les rendre curieux d'explorer leur vécu. La réussite de cette démarche dépend en grande partie de l'attitude et de la réaction des thérapeutes. Si les thérapeutes sont bienveillants, curieux et confiants et se sentent à l'aise avec l'expérience du client, ils favorisent chez ceux-ci une attitude d'approche et d'exploration. Au contraire, si les thérapeutes réagissent de manière anxieuse ou défensive (par exemple parce qu'ils ont peur de la forte émotion de leur client, qu'ils ne se sentent pas en confiance ou qu'ils se sentent menacés), ils envoient inconsciemment et de manière non verbale des signaux qui renforcent l'autoprotection du client. Le client passera très probablement en mode externe et renforcera son mur d'autoprotection (Greenberg & Rhodes, 1991 ; Pascual-Leone, 2016). Ce mécanisme est illustré dans la [figure 3.2](#).

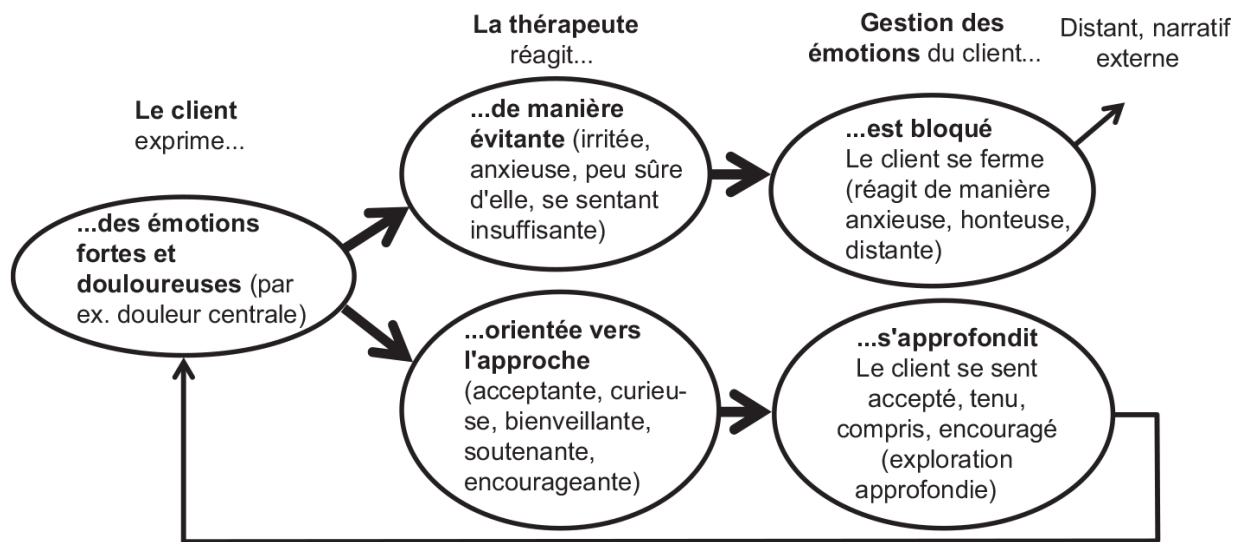


Figure 3.2. Traitement des émotions du client en fonction de la réaction de la thérapeute (adapté de Greenberg & Rhodes, 1991 ; Pascual-Leone, 2016 ; Sutter, 2007).

Nous essayons de cultiver avec nos clients une attitude affranchie de la peur, de la honte et de l'autoprotection (« je ne peux pas montrer qui je suis vraiment »), une attitude curieuse, ouverte et tournée vers l'approche des émotions.

### ► Se concentrer sur les émotions (implicites) et le ressenti

La plupart des clients n'accordent pas d'importance à leur vécu et à leurs émotions. Dès la première minute, les thérapeutes EFT/TCE font deux choses fondamentalement importantes :

- 1) ils se concentrent sur le ressenti (implicite) ;
- 2) ils accordent à celui-ci une importance significative, l'accueillent et lui donnent explicitement la permission d'être là.

De nombreux clients ont tendance à minimiser ou à banaliser leur expérience. Nous souhaitons transformer cette attitude en nous concentrant dès le début sur l'expérience, en explicitant l'expérience implicite ressentie physiquement et en lui donnant de l'importance. Nous voulons surtout encourager les émotions qui se manifestent physiquement et qui ne sont pas encore représentées dans la conscience. Les émotions naissent dans le

système limbique et sont transmises au corps par une partie plus ancienne du cerveau, le tronc cérébral, via le nerf vague. Le cortex cérébral – qui joue un rôle essentiel dans l'émergence de la conscience – n'est pas directement relié au système limbique. Donc le transfert d'une émotion du système limbique vers le corps s'opère inconsciemment (Damasio, 2003). Ce n'est que lorsque nous y prêtons attention que l'émotion devient consciente. Si le regard d'un client est triste ou qu'une larme se forme dans ses yeux, la thérapeute doit le refléter (« Pendant que vous dites cela, une larme se forme. »). Ainsi la thérapeute donne une place importante à l'émotion (« C'est une larme importante, est-ce que vous pouvez tenir compagnie à cette larme pendant un moment ? ») et elle cherche à expliciter le sens de cette émotion (« Pouvez-vous mettre des mots sur la larme ? Que dirait cette larme si elle pouvait parler ? »). Nous, thérapeutes, essayons de refléter les sensations physiques et de symboliser le ressenti somatique par le langage.

Thérapeute : « Si vous regardez à l'intérieur de vous maintenant, là où vous sentez vos émotions, quelle est la douleur qui émerge ? »

### ► Permettre le ressenti et lui donner de l'importance

Pour de nombreuses personnes, il est plus facile d'être rationnel et de s'occuper intellectuellement de quelque chose que d'écouter et de donner de l'espace à leur vécu. Les émotions sont des paquets d'informations condensées. Elles nous informent de ce qui est important pour nous, de ce à quoi nous sommes sensibles, de ce qui nous manque, de ce que nous souhaitons. En EFT/TCE, nous essayons d'accéder à ces sources d'information et d'utiliser la sagesse des émotions.

Lorsque nous travaillons avec les émotions, il est important de ne pas seulement se focaliser sur elles, mais aussi de les honorer et de leur donner explicitement la permission d'être là.

Thérapeute : « Accueillez les larmes, si vous le voulez bien. Ce sont des larmes importantes. Si vous parliez de là, à partir d'elles, que diraient-

elles ? »

## ► Le récit du client

Nous apprenons à nous exprimer dans un langage rationnel et intellectuel. Il est rare que nous fassions référence à notre expérience. C'est pourtant ce que nous faisons en EFT/TCE, nous jetons sans cesse un pont entre le récit du client et son vécu. Toute histoire significative est basée sur une émotion, sinon elle ne serait pas importante et le client ne la raconterait pas (Angus & Greenberg, 2011).

Client : « J'ai grandi dans une famille où personne ne se parlait vraiment. Chacun faisait son truc, on respectait l'autre, mais on n'intervenait pas vraiment non plus. »

Thérapeute : « J'imagine que vous vous sentiez souvent seul, lorsque vous étiez enfant... »

Nous essayons donc de saisir de manière cohérente la coloration émotionnelle qui sous-tend une histoire, de capter le message implicite d'une déclaration. En EFT/TCE, nous faisons la distinction entre l'« histoire racontée » (« Told Story ») et l'« histoire vécue » (« Lived Story »). L'histoire racontée est une intrigue externe dans laquelle des procédures et des événements sont rapportés d'une manière rationnelle (par exemple, un résumé du match de football de la veille). En revanche, l'« histoire vécue » réfère au monde intérieur, aux sentiments personnels et à la signification de ces sentiments (Angus & Greenberg, 2011 ; Paivio & Angus, 2017) (par exemple, « j'étais tellement heureux que mon équipe mène au score. Je suis un grand fan de cette équipe depuis dix ans et je vis chaque match comme s'il s'agissait de ma propre vie. Quand l'arbitre a mal sifflé à la 97<sup>e</sup> minute et qu'il y a eu un but pour l'équipe adverse, j'étais totalement abasourdi. Au début, j'étais choqué, mais ensuite je me suis tellement énervé que je n'ai pas pu fermer l'œil de la nuit »).

La focalisation de la thérapeute déterminera si un client continue à raconter son « histoire racontée » (c'est-à-dire s'il reste au niveau du contenu) ou s'il

passer à un mode plus réflexif de « l'histoire vécue ». Si la thérapeute intervient au niveau du contenu en disant « comment cela a-t-il pu arriver, de nos jours ? On a des caméras ! », le vécu ne s'approfondit pas. Mais si elle se concentre sur le ressenti et demande « pendant que vous racontez cela, vous vous effondrez vraiment à l'intérieur. Qu'est-ce qui se passe en ce moment quand vous en parlez ? » ou « qu'est-ce que cela vous a fait, hier, quand vous avez vu cela ? », le client changera de récit et racontera son « histoire vécue ».

La focalisation de la thérapeute influence la profondeur de l'expérience du client (Adams & Greenberg, 1996). La profondeur du vécu est à son tour un bon prédicteur du résultat de la thérapie (Goldman *et al.*, 2005 ; Pos *et al.*, 2003).

### ► Se focaliser sur le corps et écouter le message implicite

Lors de l'accès à l'expérience implicite, le corps est notre principal point de référence, car c'est là que l'expérience se manifeste sous forme somatique et sous forme de tendance à l'action. Les émotions naissent dans le système limbique et, avant même que nous en prenions conscience, elles sont transmises à notre corps par le nerf vague, où elles déclenchent une cascade de réactions. Certaines de ces réactions sont observables, d'autres ne le sont pas. L'accélération du rythme cardiaque, la tension des muscles du cou, la transpiration, la dilatation des pupilles sont autant d'émotions ressenties somatiquement. Elles déclenchent des schémas d'activation somatique dans le corps, qui sont similaires chez tous les individus. À partir de ces schémas d'activation, Nummenmaa et ses collègues (2018) ont pu établir des cartes du ressenti somatique des émotions (fiche de travail 1). En EFT/TCE, nous essayons de comprendre et de symboliser le langage du corps. Ainsi, nous essayons à la fois de découvrir et de construire ce que nous ressentons à partir de l'expérience corporelle, en déduisant de la réaction corporelle ce que sont nos émotions et leur signification subjective, et de construire ce que nous ressentons en leur donnant un sens.

En thérapie, nous attirons l'attention des clients sur le langage corporel en observant le processus et nous essayons ensemble de le comprendre (« Pendant que vous dites cela, vos yeux s'écarrissent. Il semble se passer quelque chose d'important à l'intérieur. Pouvons-nous nous arrêter un



instant et essayer de comprendre ensemble ce qui se passe en vous en ce moment ? »).

Certains clients ont beaucoup de mal à percevoir leurs émotions. Pour ces derniers, il peut être utile de leur donner des devoirs et de les encourager à s'observer (fiche de travail 1, fiche de travail 3).

### **3.2.1 Ressentir le vécu**

Nous favorisons le ressenti lorsque notre langage est évocateur. Le ressenti est rarement encouragé par des questions. La question « Que ressentez-vous ? » est même probablement la pire question pour évoquer des émotions, car les clients vont dans leur tête et répondent par des pensées ou des hypothèses. Le ressenti est favorisé par des implications ou des connotations qui résonnent dans une intervention thérapeutique. Tout comme un morceau de musique, un poème ou une scène de film peuvent nous émouvoir parce qu'ils évoquent des associations et des souvenirs, en EFT/TCE nous essayons d'être évocateurs par notre langage. La tristesse implique la perte. Demander ce qui a le plus manqué évoque généralement plus de tristesse que de demander ce que le client ressent à ce moment-là. Le ressenti est encouragé lorsque nous parlons en métaphores ou en images et que nous utilisons un langage connoté, par exemple « c'est comme si vous aviez été utilisé puis jeté à la poubelle » ou « c'est comme si la belle tapisserie de votre relation venait d'être lacérée au couteau ».

Favoriser le ressenti et parler dans un langage évocateur paraît simple à première vue. En réalité, c'est tout un art et demande beaucoup de pratique. Surtout si, en tant que thérapeute, on a une formation en thérapie cognitivo-comportementale et qu'on a appris à se focaliser sur le contenu (plutôt que sur le ressenti). Nous allons maintenant décrire quelques principes qui aident à ressentir l'expérience.

#### **► Refléter au lieu de poser des questions**

Lorsque nous voulons évoquer des émotions, l'observation du processus est plus favorable que les questions ouvertes. Si un client semble triste, il est plus évocateur que la thérapeute dise « je vois que vous devenez vraiment triste pendant que vous dites cela. Pouvez-vous parler à partir de votre

tristesse ? », plutôt que de demander « pourquoi êtes-vous triste ? » Les questions « pourquoi » invitent les clients à chercher des explications dans leur tête. En EFT/TCE, nous essayons de poser le moins possible de questions ouvertes, mais plutôt de refléter et de valider (« je vois votre tristesse ») et, par exemple, de faire des conjectures empathiques sur le sentiment (« je peux imaginer que cela vous a laissé le sentiment d'être profondément blessé·e et trahi·e ») ([section 3.2.3](#)). Le reflet empathique ou la supposition sont plus utiles que les questions ouvertes, car ils symbolisent et régulent les émotions. De plus, le reflet et la paraphrase régulent l'anxiété et la honte secondaires des clients, qui se sentent moins exposés (les questions ouvertes peuvent donner l'impression d'être en contre-interrogatoire).

Nous avons deux systèmes de mémoire : la reconnaissance et le rappel. La reconnaissance est le processus le plus rapide et le plus simple, car il fait appel à la capacité de reconnaître des informations connues. En revanche, le rappel implique la recherche active d'information en mémoire. Donc lorsque les thérapeutes demandent de manière empathique « ressentez-vous plutôt quelque chose comme de la tristesse ou du désespoir... », il est plus facile pour les clients de rester sur le sentiment et de l'approfondir que lorsque le thérapeute demande « que ressentez-vous ? », ce qui induit le client à chercher mentalement une réponse logique dans la tête.

### ► Valider avant d'approfondir

Les clients fragiles ayant une expérience d'eux-mêmes comme vulnérables doivent d'abord se sentir écoutés et compris avant de se sentir suffisamment en confiance pour révéler ou approfondir une émotion (Paivio & Pascual-Leone, 2010). En tant que thérapeutes, nous souhaitons donc non seulement valider les émotions, mais valider aussi ce que ce ressenti déclenche chez le client (peur, insécurité, honte).

Il est fondamental de valider la vulnérabilité des clients particulièrement vulnérables (« oui je vois à quel point il est dangereux de partager cela avec moi en ce moment »). Les clients qui ont tendance à douter d'eux-mêmes doivent être confirmés dans leur ressenti (« bien sûr, vous êtes nerveux, c'est très difficile de parler de ces choses »). En confirmant le ressenti de leurs clients, les thérapeutes ont une idée de ce qui est important et qui

nécessite une exploration plus approfondie (« ce sentiment qu'il n'y a pas de place pour vos émotions me semble important. Pouvez-vous en dire plus... »). Il en va de même pour les blocages émotionnels (« je vois à quel point il est difficile de rester sur ce sentiment. Mais c'est vraiment important. Est-ce OK pour vous de rester là et de regarder ce qui se passe en ce moment à l'intérieur ? »).

### ► Différencier le ressenti

Pour stimuler le ressenti, il est également utile de différencier le vécu. Seules les émotions spécifiques (comme la tristesse, la colère, la honte) contiennent une signification, un besoin et une tendance à l'action. Les émotions globales, constituées de nombreuses émotions différentes, ne peuvent pas être utilisées de manière productive. Les émotions globales (« Global Distress », Pascual-Leone & Greenberg, 2007) sont des émotions secondaires ou symptomatiques, ce sont des états émotionnels indifférenciés que les clients ressentent souvent, surtout en début de séance (par exemple, le client est à la fois en colère et triste « aujourd'hui encore, tout est trop pour moi, je ne sais même pas par où commencer... »). Les émotions globales doivent d'abord être différenciées et approfondies avant de pouvoir être utilisées ou transformées. Pour les clients qui s'interrompent dans leur expérience ou qui y accèdent peu, il est utile d'évoquer des souvenirs épisodiques spécifiques (« Revenez sur ce moment au supermarché où vous vouliez demander quelque chose à votre mère et où elle vous a simplement crié dessus. Que s'est-il passé en vous à ce moment-là ? »).

En accueillant la narration de son souvenir, le client peut utilement établir un lien avec son vécu ici et maintenant (par exemple, « je me souviens que j'étais assis seul à la maison et que je pensais que quelque chose n'allait pas chez moi. Mais maintenant que j'en parle, je sens la colère monter en moi »). En tant que thérapeutes, nous essayons à chaque instant de prendre le pouls émotionnel du client (« restez avec le sentiment, prenez votre temps, ce n'est pas grave d'être triste »).

Il est nécessaire d'inclure toutes les facettes du schéma émotionnel pour stimuler le ressenti (Paivio & Pascual-Leone, 2010) :

- la situation/le contexte interpersonnel (« ce sentiment d'avoir encore échoué dans le mariage ») ;
- la tendance à l'action (« j'ai envie de m'enfoncer dans le sol ») ;
- la composante somatique (« je me sens lourd et épuisé ») ;
- le besoin non satisfait ou existentiel (« j'aurais eu besoin d'affection ou au moins de sentir que quelqu'un perçoit que j'existe ») ;
- l'expérience de soi (« j'ai toujours pensé que c'était de ma faute si ma mère était si triste »).

### ► Du concret à l'abstrait

Le ressenti symbolise la signification des états affectifs (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Lorsque les clients ont du mal à entrer dans le vécu, il est utile de passer du concret (sentiment corporel, tendances à l'action, images concrètes) à l'abstrait (signification, pensées, sentiments, désirs, besoins). Si quelqu'un peut déjà nommer la colère ou la tristesse, il ne sert pas à grand-chose de focaliser sur le corps. Il est plus utile d'explorer les aspects abstraits (signification de l'émotion par rapport à soi, aux autres et à la relation).

Thérapeute : « Vous étiez vraiment en colère et vous avez senti que ce n'était pas en ordre. Vous auriez eu besoin que votre « non » soit entendu et respecté. Et j'imagine qu'aujourd'hui encore, vous êtes sensible au fait de sentir que l'on ne vous prend pas au sérieux. »

### ► Saisir le message implicite

Tout message comporte une composante explicite et une composante implicite. Pour favoriser le ressenti, il est important de s'intéresser à l'aspect implicite d'un message.

Client (parlant de sa mère dans la chaise vide) : « C'était elle l'adulte, c'est elle qui aurait dû s'occuper de moi, pas l'inverse. »

Thérapeute : « J'entends la colère à propos du fardeau qu'on vous a imposé. Vous auriez eu besoin que votre mère s'occupe de vous et

j'imagine qu'aujourd'hui encore, vous souhaiteriez parfois qu'on s'occupe de vous... »

Les thérapeutes doivent saisir le sens implicite d'une déclaration dans le ton de la voix, dans les pauses inattendues ou dans les changements de prosodie. Une partie de notre ressenti est consciente et peut être exprimée par des mots. Une autre partie est présente, mais inconsciente. Le ressenti est comparable à la lumière d'une lampe de poche. La partie éclairée par le faisceau lumineux est visible (consciente), le reste est dans l'obscurité. Entre le cône de lumière et l'obscurité, il y a généralement une zone qui se situe entre la lumière et l'obscurité. Cette zone se trouve dans la zone la plus proche de notre conscience et constitue le point focal de nos interventions. Gendlin (1962) a inventé de nombreux termes pour désigner cette zone : connaissance implicite (« implicit knowing »), expérience sans mot (« unformulated experience »), inconscient pré-réfléchi (« pre-reflective unconscious »), connaissance incarnée (« embodied knowing »), connaissance non pensée (« unthought known ») (Gendlin, 1962). Ce domaine constitue la cible des interventions thérapeutiques (« leading edge »).

### **Exemple pratique :**

Christine souffre de dépression. Elle est sur-réglée émotionnellement et a une relation distante avec ce qu'elle vit. Enfant, elle a été maltraitée et négligée, elle a perdu sa mère dans un incendie à l'âge de 12 ans. Christine aspire à plus de joie dans la vie.

Thérapeute : « Qu'est-ce que vous avez souhaité le plus dans votre vie ? Quel est le désir qui n'a pas été satisfait jusqu'à présent ? » (La thérapeute se focalise sur le besoin existentiel non satisfait.)

Cliente : « J'aurais aimé avoir une vraie relation. Quelqu'un qui m'aime vraiment... »

Thérapeute : « Cela aurait été si précieux... Quelqu'un qui serait là pour vous, quelqu'un qui vous ferait sentir importante, aimée... » (La thérapeute se concentre sur l'importance qu'aurait eu une relation pour la cliente et sur le sentiment que cela lui aurait procuré...)

Plus tard :

Cliente : « Ma sœur est aujourd'hui dépendante de la drogue. Mais elle fonctionne bien... Elle a été expulsée de la maison à l'âge de 9 ans. »

Thérapeute : « Quelle honte que vous et votre sœur ayez dû passer tant d'années à simplement survivre... » (Se concentre sur et valide les conséquences négatives de la négligence et de l'abus.)

### 3.2.2 Approfondir le ressenti

Un travail productif focalisé sur les émotions se fait avec des émotions primaires ([section 2.2.2](#)). Pour pouvoir utiliser, traiter et transformer les émotions, il faut approfondir les émotions secondaires et rendre accessibles les émotions primaires.

#### ► Reformuler et approfondir

Il est utile de reformuler les déclarations des clients dans un langage centré sur les émotions afin de pouvoir ensuite se focaliser sur le ressenti et le stimuler. Nous pouvons reformuler en nommant l'émotion qui résonne implicitement dans le récit ou en essayant d'explicitier le sens de ce qui est dit (voir l'exemple ci-dessous). Il est important que les clients prennent la responsabilité de leur expérience (« owning »), c'est-à-dire qu'ils parlent d'eux-mêmes comme d'un sujet qui ressent des émotions. Si les clients parlent de leurs sentiments dans un langage très distant ou impersonnel, nous essayons de reformuler de manière bienveillante et nous les invitons à utiliser le « je ».

Client : « Quand on ressent ce genre de choses, c'est assez pénible. »

Thérapeute : « Oui, je peux comprendre cela. Et à l'intonation de votre voix, je perçois à quel point vous êtes agacé. Est-ce le cas ? »

Client : (en accord) « Hmm. »

Thérapeute : « Pourriez-vous dire 'je suis en colère' ? »

Pour traiter les émotions, nous devons avoir accès à l'expérience primaire. Souvent, l'expérience primaire est masquée par des émotions secondaires, en particulier lorsque l'expérience primaire est douloureuse (Greenberg & Bolger, 2001, Weston, 2018). Dans ce cas, il est particulièrement important de garder le focus et d'approfondir les émotions. L'approfondissement productif des émotions peut se faire par étapes *bi- ou tri-séquentielles* (Greenberg & Bolger, 2001). *L'approfondissement en deux séquences* s'applique lorsque des émotions secondaires viennent recouvrir des émotions adaptées primaires. Par exemple, une cliente qui réagit habituellement par la colère lorsqu'elle est effectivement blessée. Dans ce cas, la thérapeute pourrait valider la colère secondaire et faire référence à l'expérience primaire, par exemple en disant « vous êtes tellement en colère parce que quelque chose vous a fait très mal ».

*L'approfondissement tri-séquentiel* s'applique lorsqu'une émotion secondaire recouvre une émotion primaire inadaptée. Un exemple serait le désespoir secondaire qui se superpose à un profond sentiment d'inutilité basé sur la honte ou à une insécurité anxieuse. Comme l'objectif de l'EFT/TCE est de transformer les émotions inadaptées en activant simultanément les émotions adaptées, il serait important dans ce cas de se référer au besoin existentiel inhérent aux émotions adaptées ([section 2.3.2](#)). La colère adaptée aide à transformer la peur, l'activation simultanée de la tendance à l'action d'approche dans la colère aide à transformer la tendance à l'action de fuite de la peur.

L'approfondissement productif tri-séquentiel du ressenti se déroule en trois étapes ([figure 3.3](#)) :

- 1) validation des émotions secondaires (« il n'est pas étonnant que vous soyez si en colère ») ;
- 2) identification empathique de la douleur sous-jacente ou de l'émotion inadaptée (« ...parce que ce qui s'est passé vous a vraiment laissé le sentiment de ne pas être accepté ») ;
- 3) faire le lien avec le besoin non satisfait (« mais ce dont vous aviez vraiment besoin, c'était de vous sentir inclus »).

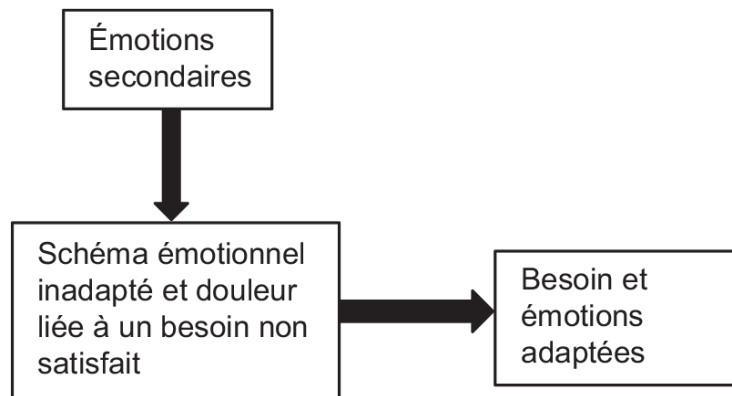


Figure 3.3. Approfondissement et traitement émotionnel productif en trois séquences (adapté de Greenberg & Bolger, 2001).

Lors de la reformulation et de l'approfondissement empathiques, la thérapeute doit absolument user d'un langage bienveillant, non savant, conjectural et non confrontant. Au lieu de dire « vous dites que vous êtes en colère, mais en fait vous êtes blessé », il est beaucoup plus approprié de dire « ce n'est pas étonnant que vous soyez si en colère, car cela vous a probablement vraiment blessé. J'imagine que vous vous êtes senti très seul à ce moment-là, alors que vous auriez tellement voulu en faire partie ».

La reformulation et l'approfondissement deviennent plus exigeants lorsque les clients sont fragiles et glissent habituellement vers des émotions secondaires quand ils entrent en contact avec une expérience primaire. Par exemple un client, qui touche à une émotion primaire douloureuse et puis se met en colère contre sa thérapeute (client : « Pourquoi devons-nous parler de ça, c'est vraiment gênant et agaçant »). Pour plus d'informations sur des moments difficiles avec des clients fragiles voir [chapitre 4](#).

### ► Comprendre en profondeur et voir la douleur sous-jacente

Notre tâche la plus importante dans l'EFT/TCE est de comprendre nos clients au niveau émotionnel plus profond. Ce n'est que lorsque nous saisissons la douleur centrale de nos clients, lorsque nous leur tenons compagnie dans leur douleur la plus profonde et que nous les rejoignons dans ce trou noir, que les choses peuvent se transformer. « On doit d'abord arriver à un endroit avant de pouvoir le quitter. »



Dans les séquences thérapeutiques productives, les clients se rapprochent de leur douleur, ils l'autorisent et l'acceptent ([figure 3.1](#)). Cette approche est souvent interrompue par la peur et la honte. Ce peut être la peur de ne pas survivre à la douleur, la peur de perdre le contrôle quand on ressent la douleur, la peur de se dissoudre parce que la douleur fait si mal ou la honte de la blessure qui les a transformés à jamais (« brokenness ») (Greenberg & Bolger, 2001).

Dans le quotidien de la thérapie, la douleur de nos clients peut être presque invisible, par analogie avec une bouée marine qui flotte sur l'eau et dont on ne voit que la partie émergée. Mais ce n'est que lorsque la thérapeute parvient à mener la partie immergée de la bouée à la surface de l'eau que la douleur peut être traitée et transformée. Confronter son client à sa peur existentielle de la douleur et lui faire supporter celle-ci implique que la thérapeute soit en contact avec ses propres parties saines et qu'elle croit en son client et en sa résilience.

### ► Valider le ressenti

Nous ne pouvons accéder à la douleur de nos clients que s'ils se sentent compris par nous. Chaque être humain veut être compris. Ce n'est que lorsque nous nous sentons vus et compris que nous nous sentons en sécurité. Valider correctement un vécu n'est pas facile, nous tombons souvent dans les pièges de l'invalidation malgré nos bonnes intentions.

Lorsque les clients expriment une émotion négative douloureuse (par exemple « je ne suis pas satisfait de mon couple »), nous avons souvent tendance à vouloir consoler (« ça va sûrement passer »), ou à proposer des conseils ou des solutions (« je te conseille une thérapie de couple, je connais une thérapeute formidable »), ou à contredire (« mais après les dernières vacances, tu étais plutôt contente ») ou encore à relativiser (« au moins il ne te bat plus »). Toutes ces réponses sont bien intentionnées, mais elles ne remplissent pas le besoin d'être compris.

La validation utile suit quelques principes simples (Lafrance *et al.*, 2020) :

- 1) se référer au vécu et le valider (au lieu de consoler, d'encourager, de proposer des solutions, de contredire ou d'intervenir au niveau du contenu ou des faits) ;

- 2) au lieu de contredire ou de relativiser (« mais », « au moins »), se référer à la signification subjective et valider l'expérience subjective (« pas étonnant », « justement parce que » ou « exactement pour cette raison ») ;
- 3) commencer la phrase par « je peux imaginer que » et
- 4) éviter les beaux discours.

Des exemples sont donnés dans le [tableau 3.1](#).

**Tableau 3.1.** Expressions validantes et invalidantes

Clientèle	Remarques invalidantes de la thérapeute	Thérapeute validante
La cliente perd son emploi pour la énième fois C : « Je suis une incapable, j'ai encore perdu mon emploi. »	Essayer de consoler T : « Au moins, vous avez pu garder ce poste pendant quelques mois, vous avez perdu le précédent après seulement une semaine. »	T : « Je peux comprendre à quel point cela peut être difficile pour vous. Perdre son emploi régulièrement peut vraiment ébranler la confiance en soi et engendrer des sentiments d'échec. Comment vous sentez-vous face à cette situation ? »
La cliente vit dans une relation violente C : (triste) « Mon mari m'a quittée. »	Faire bonne figure T : « Heureusement que vous êtes débarrassée de cet homme. Ne soyez pas triste, il vous a maltraitée de toute façon. Maintenant, vous pouvez enfin trouver un meilleur partenaire. »	T : « Je suis là pour vous soutenir dans cette période difficile. Je comprends que cela puisse être très douloureux et effrayant. Comment vous sentez-vous après cette rupture ? »
Clientèle anorexique avec un poids très insuffisant C : (déprimée) « J'ai pris du poids. »	Référence aux faits T : « Super, il était temps. »	T : « Je sens que vous êtes déprimée en ce moment. Prendre du poids peut être très difficile et déclencher un mélange d'émotions contradictoires. Comment gérez-vous ces sentiments ? »
La cliente a eu un avortement	Se concentrer sur les points positifs T : « Au moins, vous savez	T : « C'est terrible, vous devez être très triste. Justement parce que vous

Cliente	Remarques invalidantes de la thérapeute	Thérapeute validante
C : (à voix basse) « J'ai fait une fausse couche. »	maintenant que vous pouvez tomber enceinte. »	avez essayé de tomber enceinte pendant si longtemps. » T : « C'est une expérience très douloureuse. Je peux imaginer que vous traversez une période de tristesse et de deuil, surtout parce que vous avez essayé de tomber enceinte pendant si longtemps. »

### 3.2.3 L'empathie comme attitude thérapeutique et intervention d'approfondissement de l'expérience

L'empathie est une compréhension basée sur le ressenti du monde intérieur de l'autre, de son expérience, de ses sentiments, de l'importance qu'il accorde aux choses, de ses désirs et de ses besoins. Lorsque nous nous accordons de manière empathique à notre interlocuteur, nous nous accordons à sa carte de géographie intérieure et voyons le monde à travers ses yeux. L'empathie est, d'une part, une attitude et, d'autre part, un moyen d'approfondir le ressenti émotionnel. Grâce à l'attitude empathique et compréhensive du thérapeute, la relation thérapeutique devient une expérience curative en soi, dans laquelle s'opèrent la transformation des émotions et la régulation des affects. La compréhension de l'autre crée une proximité et un lien. En tant que thérapeutes, nous ne pouvons pas résoudre la douleur émotionnelle de notre client d'un coup de baguette magique. Mais le sentiment d'être compris et de ne pas être seul donne une nouvelle qualité à la douleur émotionnelle.

L'empathie a quatre aspects :

- 1) adoption de perspectives (voir le monde avec les yeux de l'autre) ;
- 2) attitude de non-jugement ;
- 3) comprendre les sentiments de l'autre et
- 4) communiquer ce que l'on a compris (Wiseman, 1996).

La condition la plus importante pour l'empathie est la présence thérapeutique (Geller & Greenberg, 2012). La présence thérapeutique est la manière dont nous sommes là avec le client dans le moment présent. Elle permet d'optimiser les tâches thérapeutiques. La présence thérapeutique implique que les thérapeutes engagent tout leur être dans la rencontre avec le client et qu'ils soient pleinement dans le moment présent à différents niveaux : physique, émotionnel, cognitif, interpersonnel et spirituel (Geller & Greenberg, 2012).

### ► **Caractéristiques des thérapeutes empathiques**

Dans la compréhension et l'approfondissement empathiques, ce n'est pas seulement ce que nous faisons qui est important, mais *la manière dont nous le faisons*. Les expressions faciales, le ton de la voix et le rythme de la parole déterminent si les clients se sentent compris et suffisamment en confiance pour s'ouvrir.

- **Qualité de la voix** : voix focalisée, voix grave, lente, curieuse, tâtonnante, prudente, évocatrice.
- **Vitesse de parole et tonalité de la voix** : congruence avec des formulations « leading edge » vers l'approfondissement et en se concentrant sur les zones de l'expérience à la limite de la conscience.
- **Expressions faciales et postures** : en accord avec le vécu du client.

Lors de la compréhension et de l'exploration empathiques, les thérapeutes EFT/TCE procèdent selon une dialectique entre suivre et guider. Ils suivent l'auto-organisation émotionnelle actuelle du client dans l'ici et maintenant et la guident vers la zone de développement émotionnel la plus proche possible. En conséquence, on distingue deux formes de base de la réaction empathique du thérapeute : la confirmation empathique (suivre) et l'approfondissement empathique (guider) (Bohart & Greenberg, 1997 ; Watson, 2019 ; Watson & Wiseman, 2021). L'objectif de la confirmation empathique est de faire comprendre au client que nous le comprenons afin qu'il se sente vu et soutenu. Dans l'approfondissement empathique, nous allons un pas plus loin et essayons de nous rapprocher de la zone de conscience la plus proche possible, nous essayons d'explicitier ce qui résonne implicitement. Il existe cinq interventions empathiques différentes (Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg *et al.*, 1993 ; Goldman *et al.*, 2021), qui

sont décrites ci-après (exemples adaptés de Goldman *et al.*, 2021). D'autres exemples sont présentés dans le [tableau 3.2](#).

### ► Compréhension empathique

Grâce à la compréhension empathique, le thérapeute donne au client le sentiment de le soutenir dans son processus de recherche, de l'accompagner et de comprendre son vécu (par exemple, « je vois à quel point vous devenez triste maintenant, quand vous en parlez »). L'approfondissement des émotions est un processus lent, il y a parfois des pauses dans le discours. Si celles-ci durent trop longtemps, cela peut provoquer de l'irritation. Pour éviter cela, les thérapeutes peuvent exprimer leur compréhension en manifestant leur écoute attentive par des réactions telles que « hah » ou « je comprends ».

Client : « Je m'inquiète de ne pas pouvoir payer mes factures le mois prochain. Je ne sais pas par où commencer ni par où finir. »

Thérapeute : « Je vois à quel point vous êtes inquiet. Vous vous sentez vraiment paralysé... ».

### ► Affirmation empathique

Dans l'affirmation empathique, nous voulons que le client ressente que son expérience est compréhensible et a un sens. Nous transmettons le sentiment d'une humanité commune (« common humanity »). Nous sommes tous influencés par des expériences émotionnelles similaires. Les déclarations qui commencent par « ce n'est pas étonnant... » sont particulièrement valorisantes.

Client : « Je m'inquiète de ne pas pouvoir payer mes factures le mois prochain. Je ne sais plus où donner de la tête. »

Thérapeute : « Ce n'est pas étonnant que vous soyez inquiet. La plupart des gens se sentiraient comme vous dans votre situation. Votre situation est vraiment difficile... »

## ► Exploration empathique

L'objectif de l'exploration empathique est de se rapprocher du seuil de la prochaine zone de développement possible (« zone of proximate development ») en questionnant le ressenti avec une attitude curieuse, en explorant des domaines qui ne sont pas encore pleinement accessibles à la conscience. Les interventions exploratoires peuvent être des questions ouvertes (« Que se passe-t-il dans votre corps pendant que vous dites cela ? »), des observations sur le processus (« Pendant que vous disiez cela, vous avez poussé un profond soupir. Qu'est-ce qui vient de se passer ? »), des reflets (« J'entends la colère et la tristesse dans votre voix. Pouvez-vous essayer de rester avec la tristesse et de parler à partir d'elle ? »). Les interventions de la thérapeute se réfèrent toujours à ce qui lui semble le plus important et le plus vivant sur le moment.

Client : « Je m'inquiète de ne pas pouvoir payer mes factures le mois prochain. Je ne sais plus où donner de la tête. »

Thérapeute : « D'un côté, il y a cette grande inquiétude... et d'un autre côté, il y a quelque chose qui vous empêche de prendre des mesures qui pourraient vous aider à sortir de cette situation. Qu'est-ce qui vous empêche de le faire ?... »

## ► Évocation empathique

Le ressenti est rendu vivant et est approfondi par l'utilisation d'images évocatrices et de métaphores (« c'est comme un océan dans lequel vous dérivez et où vous vous noyez presque », « c'est comme si vous tombiez dans un trou profond, vous tombez toujours plus bas et vous ne trouvez pas d'appui auquel vous raccrocher », « comme si vous étiez assis sous un dôme de verre et que vous deviez observer vivre les autres sans pouvoir y participer »).

Client : « Je m'inquiète de ne pas pouvoir payer mes factures le mois prochain. Je ne sais plus où donner de la tête... »

Thérapeute : « C'est comme si vous étiez aspiré par un trou noir. Il semble que vous ne puissiez rien faire pour échapper à cette menace... ».

### ► Supposition empathique

En EFT/TCE, cette intervention empathique est la plus importante. La supposition empathique de ce qui est implicite, mais pas encore explicité. Par la supposition ou la conjecture, ces domaines d'expérience sont placés au centre de l'attention.

Client : « Je m'inquiète de ne pas pouvoir payer mes factures le mois prochain. Je ne sais plus où donner de la tête... »

Thérapeute : « Il y a ce sentiment de peur et d'impuissance... et quelque part, j'entends aussi quelque chose comme 'je n'ai simplement pas ce qu'il faut pour trouver un nouvel emploi'. Est-ce que cela sonne juste pour vous ? »

**Tableau 3.2.** Exemples de réactions empathiques (adapté de Goldman, Vaz & Rousmaniere, 2021).

<b>Témoignage du client</b>	C : (d'une voix sans émotion) « Ma mère me battait, mon père m'abusait sexuellement. Ma mère est morte quand j'avais 12 ans, elle s'est probablement suicidée. Je n'ai jamais été triste de sa mort. »
<b>Réaction empathique de la thérapeute</b>	
<b>Compréhension empathique</b>	T : « Je comprends à quel point vous avez vécu des épreuves difficiles. Je peux imaginer que cette enfance vous a laissé de profondes blessures émotionnelles et des cicatrices. »
<b>Confirmation empathique</b>	T : « Vous avez dû traverser tellement d'expériences douloureuses pendant votre enfance. Il n'est pas étonnant que vous ayez appris à ne plus ressentir quoi que ce soit. »
<b>Exploration empathique</b>	T : « Pendant que vous racontez votre histoire, vous semblez complètement déconnectée de vos émotions. Comme si une

	partie de vous avait appris à les étouffer, à ne plus les ressentir. Comme si une partie de vous vous disait : 'Si tu ne ressens plus rien, tu ne peux pas être blessée...'. »
<b>Évocation empathique</b>	T : « C'est si triste de voir cette jeune fille seule. Elle est prisonnière d'un enfermement dont elle ne peut s'échapper. Comme si elle avait appris à s'engourdir, à se figer, parce qu'elle a perdu toute confiance en un avenir sans souffrance. »
<b>Supposition empathique</b>	T : « Il y a en vous une partie qui semble avoir perdu vie et sensation. Je me demande ce qui a pu mener à cela... Est-ce la peur d'être blessée lorsque vous ressentez des émotions, ou est-ce le sentiment de ne pas mériter de vivre, d'être accablée de culpabilité pour tout ? »

### 3.2.4 Le focusing pour expliciter un sentiment corporel ambigu ou manquant

Le focusing est une intervention qui aide les clients à symboliser des sentiments corporels flous. Le focusing est donc utilisé lorsque le ressenti existe implicitement, mais n'a pas encore été explicité, c'est-à-dire qu'il n'a pas encore été mis en mots.

Le focusing a été développé par Eugène Gendlin (Gendlin, 1962, 1996), adapté par Mia Leijssen (Leijssen, 1998) et développé par Ann Weiser Cornell (Weiser Cornell, 2013). Dans sa forme originale, le focusing est un processus thérapeutique indépendant, mais en EFT/TCE, l'intervention est combinée avec d'autres interventions ou même appliquée au sein d'une mise en acte avec les chaises (par exemple, lorsqu'un sentiment confus qui doit être explicité émerge pendant le travail avec la chaise vide). Le focusing est une intervention qui permet d'explicitier et de symboliser par le langage une expérience intérieure corporelle peu claire, ressentie physiquement mais sans mots (ce que Gendlin appelait le « Bodily Felt Sense »). Ce que le focusing appelle « Unclear Felt Sense » (Gendlin, 1996) est ce que nous appelons en EFT/TCE un schéma émotionnel implicite. Le focusing est une intervention lente et exploratrice, dans laquelle l'attention est dirigée vers l'intérieur et où le ressenti sans mots est abordé avec curiosité et bienveillance. Le focusing est donc aussi une attitude qui permet aux clients ayant un récit externe d'entrer plus facilement en contact avec leur vécu (Elliott *et al.*, 2013) et d'arriver à le conscientiser. Les clients émotionnellement distants en bénéficient particulièrement. Grâce au



focusing, ils apprennent à cultiver une attitude curieuse, bienveillante, attentive, patiente et compréhensive.

Thérapeute (avec bienveillance) : « Pouvez-vous tenir compagnie à cette tension dans votre ventre pendant un moment et simplement percevoir qu'elle est là ? »

Client (sans s'arrêter, d'une voix externe) : « Et qu'est-ce que j'en fais alors ? »

Dans le focusing, les clients apprennent à adopter une attitude de présence dans l'ici et maintenant (comme dans la méditation) et à mettre de côté les connaissances cognitives et intellectuelles pour se tourner vers les connaissances somatiques et physiques.

Le « Felt Sense » et le schéma émotionnel implicite ont cinq composantes (Weiser Cornell, 2013 ; Elliott *et al.*, 2013).

- 1) un rapport avec sa propre vie ou sa situation personnelle (par exemple, le chômage) ;
- 2) un aspect physique ou somatique (boule dans l'estomac, tension dans la poitrine) ;
- 3) un élément figuratif ou symbolique (comme la menace d'un orage, l'obscurité) ;
- 4) une qualité émotionnelle (agitation anxieuse) et
- 5) un besoin ou une tendance à l'action (besoin de sécurité).

### ► Le problème de gestion émotionnelle sous-jacent

Le focusing peut être indiqué dans deux sortes de difficultés de gestion émotionnelle. D'une part, lorsque les schémas émotionnels implicites ne peuvent pas être explicités (« Unclear Felt Sense ») et, d'autre part, lorsque les clients n'ont pas accès à leur expérience (« Absent Felt Sense »). Cela peut être dû au fait que les clients ont de grandes difficultés à se tourner vers leur vécu et à mettre des mots sur les émotions ressenties somatiquement et à les comprendre. Cette difficulté peut venir d'une motivation (protection contre un vécu douloureux) ou d'un déficit de

compétences, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas appris à nommer leurs émotions dans l'enfance. Il en résulte qu'ils n'accèdent pas à leur expérience, ne lisent pas l'information qui y est inhérente et ne peuvent donc ni utiliser ni traiter ce vécu.

### **Situations dans lesquelles le focusing est indiqué :**

- Un client arrive en séance sans avoir de demande particulière. Il sent que quelque chose le préoccupe, mais il ne peut pas le nommer.
- Lors d'une mise en acte avec les chaises, un sentiment nouveau et vivant apparaît. Le client le perçoit physiquement, mais ne peut pas le nommer (« C'est comme une force dans mes bras, mais je n'ai aucune idée de ce que c'est »).
- Une cliente tend à somatiser ses émotions. Au lieu de ressentir des émotions, elle ne ressent que de la douleur (« La semaine dernière, mes maux de tête étaient terribles, je pouvais à peine quitter mon lit »).
- Les clients qui ont une narration très externe et une forte tendance à intellectualiser (« Si ma petite amie trouvait enfin du travail, ma vie serait beaucoup plus facile »).

Le focusing peut aider tous ces clients à s'éloigner des théories et explications intellectuelles et à descendre d'un cran dans le vécu, à devenir conscients de leurs émotions préconscientes, à se les approprier et à en assumer la responsabilité.

### **► Le marqueur**

Le marqueur du schéma émotionnel implicite (ou « felt sense ») peut être flou ou absent. Il comprend trois aspects (Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg *et al.*, 1993).

#### **Marqueur de sentiment flou (« Unclear Felt Sense »)**

1. L'expérience intérieure est floue, souvent ressentie physiquement.

2. La symbolisation est difficile.
3. L'expérience floue provoque une irritation.

**Marqueur de sentiment absent (« Absent Felt Sense »)**

Le client emploie un mode de récit externe et général sans se référer à son vécu.

Lorsque le client reste très superficiel, notamment en restant séance après séance, dans un mode de narration externe ou générale peu claire, le thérapeute et le client tournent en rond et finissent par se retrouver dans une impasse thérapeutique (Elliott *et al.*, 2013). Ceci constitue un marqueur alternatif pour du focusing.

► **L'intervention**

Comme dans les approches basées sur la pleine conscience, les clients apprennent à ressentir leur expérience avec une attitude présente, bienveillante, non jugeante et curieuse. L'objectif de l'intervention est d'arriver au ressenti et de le symboliser. Cela permet d'améliorer la profondeur du ressenti et de le rendre utilisable et/ou transformable.

Thérapeute : « Si vous portez votre attention à l'intérieur et tenez compagnie à cette pression dans la poitrine sans vouloir la transformer. Qu'est-ce que vous percevez ? »

Client : « C'est froid et ça tire vers le bas. »

Thérapeute : « C'est froid et ça tire vers le bas. Sentez si ces mots correspondent bien avec votre ressenti. Froid et tirant vers le bas. Que se passe-t-il ? »

Client : « Ça ne correspond pas exactement. Ça ne tire pas vers le bas, mais ça s'étend, ça devient de plus en plus grand. »

Thérapeute : « D'accord, c'est froid et ça s'étend, ça devient de plus en plus gros... »

► **Aspects importants**

## ● **Attitude thérapeutique**

L'attitude de la thérapeute est marquée par l'acceptation, le respect et la présence. La thérapeute invite constamment le client à rester en contact avec son vécu (au lieu d'en parler de manière factuelle ou d'essayer de trouver immédiatement une solution, etc.)

## ● **Saying Back**

Contrairement à d'autres interventions où les thérapeutes dirigent toujours vers l'approfondissement ou le changement, dans le focusing, les thérapeutes adoptent plutôt une attitude « suiveuse ». Les interventions guidées correspondent plutôt à un recentrage en douceur sur le « Felt Sense ». Au lieu de poser des questions, ils reflètent l'expérience du client en répétant mot pour mot ce que le client a dit (« Saying Back ») et ils lui demandent de faire répéter leurs mots pour vérifier s'ils correspondent, mot pour mot, avec leur expérience.

## ● **Langage**

Le focusing utilise un langage très spécifique. Lorsque nous parlons du « Felt Sense », le mot « il » ou « quelque chose » est utilisé (par exemple, « il y a quelque chose en vous qui est triste » ou « il y a quelque chose en vous qui appelle votre attention »).

## ● **Présence**

L'important est de ressentir physiquement le moment présent. Dans les formulations verbales, l'accent est mis sur le fait de ramener constamment le client dans le présent. « Quelque chose en vous sent que... » ou lorsque le client parle d'un événement passé « quelque chose en vous se souvient de... ». Ces formulations permettent de faire le lien, dans la phrase suivante, avec le vécu dans l'ici et maintenant.

## ● **Relation avec le vécu**

Le focusing est une intervention par laquelle les clients sont guidés pour accueillir l'expérience (au lieu de la cliver ou de la contrôler). Les clients sont aidés à adopter une attitude bienveillante et non jugeante envers leur

vécu. Ils doivent percevoir que quelque chose est ressenti comme il doit l'être à ce moment-là. Le principe est que ce « quelque chose » peut être éprouvé d'une certaine manière aussi longtemps que nécessaire. Le changement ne vient pas de la tentative d'influencer le ressenti, mais de l'attitude présente et bienveillante envers le ressenti. Cela crée un espace pour quelque chose de nouveau. La thérapeute encourage l'attitude de présence et d'acceptation vis-à-vis du vécu par des expressions telles que « si c'est OK pour vous, pouvez-vous dire bonjour à la tristesse ? » ou « laissez la tristesse savoir que vous l'avez perçue » ou « est-ce que c'est en ordre de tenir compagnie à la tristesse pendant un moment ? ».

### ● **Reconnaître les sentiments/tendances à l'action/besoins contradictoires**

Parfois, les clients éprouvent des ressentis contradictoires dans leur expérience. Là encore, il ne s'agit pas de porter un jugement ou de choisir l'un des sentiments ou de résoudre le conflit, mais de percevoir avec curiosité qu'une partie du vécu veut/ressent/a besoin de quelque chose en particulier et qu'une autre partie a peut-être besoin d'autre chose.

### ► **Le processus de changement**

Le focusing est une intervention lente, exploratrice et répétitive. Le rôle de la thérapeute est de recentrer constamment le client sur le « Felt Sense » et de l'aider à symboliser en répétant des mots ou des images du client (« Saying Back ») et en l'encourageant à les aligner avec le « Felt Sense ». C'est l'explicitation approfondie du schéma implicite et l'acceptation radicale du fait que les choses sont telles qu'elles sont pour le moment qui conduisent à des changements dans le ressenti (« Felt Shift »). Le processus de résolution comprend sept étapes et est présenté dans le [tableau 3.3](#). L'intervention suit les explications d'Elliott *et al.*, 2013 et de Greenberg *et al.*, 1993.

### **Tableau 3.3. Focusing sur un sentiment corporel ambigu : étapes de résolution**

<p><b>1. Identification du marqueur d'une sensation corporelle peu claire</b> C : « J'ai cette sensation creuse dans mon ventre et je ne sais pas ce que c'est. »</p>
<p><b>2.1. Focalisation sur le « Felt Sense »</b> T : « Portez votre attention vers l'intérieur, là où vous ressentez cette sensation de flottement, et essayez de l'accueillir avec curiosité et bienveillance. »</p> <p><b>2.2. Focalisation sur l'absence de « Felt Sense »</b> T : « Essayez d'être présent avec ce vide intérieur et de lui tenir compagnie. »</p>
<p><b>3. Symboliser le « Felt Sense »</b> T : « Pendant que vous accueillez cette sensation de flottement, quels mots ou images surgissent en vous ? Existe-t-il un mot ou une image qui pourrait décrire ce sentiment ? »</p>
<p><b>4. Vérifier si la description correspond, répéter mot pour mot, « Saying Back »</b> C : « C'est terne et froid. » T : « Terne et froid. Restez avec cette phrase et vérifiez si elle correspond bien à votre ressenti. »</p>
<p><b>5. Poser des questions à ce « quelque chose »</b> T : « De quoi cette sensation sourde et froide pourrait avoir besoin pour se sentir mieux ? »</p>
<p><b>6. « Felt Shift », changement ressenti, nouvelle signification</b> C : « Il faudrait plus de lumière, plus de joie dans la vie. »</p>
<p><b>7. « Carrying forward », intégrer le nouveau ressenti, la nouvelle signification, et l'appliquer dans la vie réelle</b></p>

### Exemple pratique :

Patrick est un jeune homme qui ne cesse de lutter contre sa colère secondaire destructrice (secondaire). Bien qu'il ait déjà essayé de nombreuses choses, il tourne en rond à ce sujet. Patrick a un mode de narration externe et il a tendance à intellectualiser plutôt qu'à ressentir les choses. Cet exemple s'inspire d'une vidéo d'apprentissage de Weiser Cornell (2006).

### ● Étape 1 : Identification du marqueur

Au cours des séances précédentes, nous avons déjà longuement parlé du « problème avec la colère » de Patrick. Patrick dispose de peu de profondeur de vécu, il a tendance à rapporter son vécu de manière intellectuelle, sans

entrer en contact avec lui. La thérapie tourne en rond et ne gagne pas en profondeur.

Client : « Ma colère est comme un volcan. À la moindre occasion, elle entre en éruption et je ne peux tout simplement rien y faire. Hier encore, j'ai eu un problème avec mon voisin. Il m'a menacé et j'ai failli piquer une crise. »

Thérapeute : « D'accord, il y a cette question de la colère dont nous avons déjà parlé plusieurs fois. Cela vous intéresse-t-il d'essayer quelque chose de nouveau pour la séance d'aujourd'hui ? Au lieu d'explorer la situation avec votre voisin comme lors des séances précédentes, nous pourrions essayer aujourd'hui d'entrer en contact avec cette émotion puissante et voir où cela nous mène... »

Client : « D'accord... »

## ● Étape 2 : Se focaliser sur le « Felt Sense »

Dans la deuxième étape, la thérapeute invite Patrick à tourner son attention vers l'intérieur et à ressentir dans son corps où se situe le « Felt Sense » afin de pouvoir l'explorer. Elle encourage une attitude d'acceptation et de patience vis-à-vis de l'ensemble de l'expérience.

Thérapeute : « Vous pouvez peut-être tourner votre attention vers l'intérieur pendant un moment et voir si vous pouvez percevoir cette colère d'hier dans votre corps à ce moment-là. »

Client : « Oui, c'est une sensation électrisante. C'est dans tout le corps. »

Thérapeute : « D'accord, une sensation électrisante dans tout le corps. Prenez le temps de vous permettre de ressentir cette sensation d'électricité. Qu'est-ce que vous ressentez en ce moment ? »

Client : « J'ai grandi dans un environnement violent. Ma mère nous criait souvent dessus et elle nous battait. Quand j'y pense, je sens mon cœur se mettre à battre plus vite et je ressens une poussée d'adrénaline. »

Thérapeute : « Alors prenez simplement note que c'est ce qui est là en ce moment, un battement de cœur rapide et de l'adrénaline. Accueillez-le simplement, si c'est OK/si possible ».

### ● Étapes 3 et 4 : Décrire et vérifier le « Felt Sense »

La thérapeute soutient Patrick dans une attitude de bienveillance et d'acceptation envers son ressenti et dans la description de son expérience. La profondeur de l'expérience augmente et le schéma implicite est lentement explicité. De nouvelles images et de nouveaux souvenirs apparaissent continuellement. La thérapeute reflète exactement les mots de Patrick, elle évite d'interpréter le contenu et l'encourage à vérifier si les termes sont appropriés.

Thérapeute : « Que se passe-t-il quand vous tenez compagnie à cette sensation électrisante ? »

Client : « Je ressens un sentiment étroit à l'intérieur... comme si mon corps se préparait à recevoir un coup... ou à en donner un lui-même » (pose la main sur le ventre).

Thérapeute : « Il y a cette sensation dans le ventre, là où se trouve votre main. Une sensation d'étroitesse, comme lorsqu'on est sur le point d'être frappé ou de frapper soi-même. Accueillez-la, laissez-la savoir que vous la percevez, qu'elle sait que vous prenez note d'elle. Quelque chose qui referme... »

Client : « C'est comme s'il y avait ces deux options, se battre ou fuir, mais dans ce cas il n'y a pas de fuite, c'est mon voisin, je le vois tous les jours. »

Thérapeute : « Il y a ces deux options, mais il y a aussi la sensation corporelle, là où se trouve votre main. Vérifiez si vous vous sentez également à l'étroit à cet endroit... »

Client : « Une partie de moi va toujours dans la tête et ensuite j'essaie de trouver une solution... »

Thérapeute : « Alors, accueillez aussi cette partie de vous qui va dans la tête et qui essaie de trouver la meilleure solution. Dites à cette partie



‘Bonjour, je vois que tu es là. Tu es la partie qui essaie de trouver une solution’. Mais maintenant, vous ne voulez pas trouver de solution, vous voulez juste percevoir cette partie et lui tenir compagnie. »

Client : « C’est intéressant. Je sens que maintenant, quelque chose s’approfondit intérieurement. Et cette image de ma mère surgit. Elle était si sévère et si forte. Elle nous criait toujours dessus, nous avions peur d’elle. Je suis devenu comme elle, je devais devenir comme elle, je n’avais pas le choix... »

### ● **Étapes 5 et 6 : Poser des questions au « Felt Sense » et ressentir le « Felt Shift »**

La thérapeute essaie d’explorer le « Felt Sense » en lui posant des questions, par exemple sur ce qui se trouve derrière ou sous l’émotion, sur l’aspect le plus important de celle-ci ou sur ce dont l’émotion a besoin ou devrait faire pour se sentir mieux.

Thérapeute : « Il y a cette partie en vous qui vous dit que vous devez crier et être en colère, tout comme l’était votre mère. Accueillez également cette partie et faites-lui savoir que vous l’avez perçue. Faites-lui savoir que vous êtes là. Et essayez de voir s’il y a quelque chose d’autre derrière ou sous cette partie. Prenez le temps de percevoir ce qui vient... »

Client : « Je vois un portail, c’est un portail grand et puissant. Je la connais bien. »

Thérapeute : « C’est une bonne occasion de tenir compagnie à cette grande et puissante porte. »

Client : « C’est une porte en métal. Comme dans la Cité interdite en Chine. Et rien au monde ne me conduira à franchir cette porte... »

Thérapeute : « N’essayez même pas de passer par cette porte, essayez simplement d’établir une relation avec la porte. »

Client : « Tout ce qui se trouve derrière cette porte est pur brut. Comme un oiseau qui vient d’éclore et qui n’a pas encore de plumes. C’est

nouveau et vulnérable. Et maintenant, quelque chose s'ouvre dans mon corps, il y a plus d'espace et cela devient plus calme... »

Thérapeute : « Dès le moment où vous n'essayez pas de passer la porte, vous réalisez qu'il y a quelque chose de pur, de vulnérable derrière elle, qui est protégé par la porte. Et quelque chose s'ouvre dans votre corps et il y a plus d'espace et de calme. Appréciez cette sensation de calme... »

Client : « Maintenant, l'image d'un nouveau-né apparaît et maintenant la tristesse monte aussi... Je n'ai jamais eu d'enfants parce que j'avais peur de les frapper. Cela me rend très triste maintenant. La porte ne protège pas seulement ma vulnérabilité, c'est aussi une prison. Je suis la prison et le prisonnier... »

### ● **Étape 7 : « Carrying forward » (porter en avant)**

À la fin de la séance, la signification nouvellement acquise du schéma explicité est appliquée à la vie du client ici et maintenant.

Thérapeute : « Vous êtes à la fois le prisonnier et la prison. La porte protège vos sentiments vulnérables, mais elle a aussi empêché beaucoup de choses dans votre vie... »

Client : « Et je suis aussi la clé. La clé de la porte. Si j'ouvre la porte, j'ai accès à ce qui a manqué dans ma vie jusqu'à présent. »

Thérapeute : « Vous êtes aussi la clé de la porte. Et il est important de bien vérifier si vous voulez ouvrir la porte, car elle protège cette partie vulnérable en vous. »

Client : « Une partie de moi veut se cacher, mais une autre partie sent qu'il est normal d'être vulnérable. Si j'ai accès à ce côté doux et que je trouve un moyen de le gérer, la colère n'est plus nécessaire. Car la colère est la porte de protection. Mais en même temps, cette colère m'a privé de tant de choses dans la vie, elle m'a rendu tant de choses impossibles. Le sentiment d'avoir plus d'espace et de calme m'a semblé important, j'aimerais davantage le ressentir. »

### ► Difficultés fréquentes

La difficulté la plus fréquente est que les thérapeutes sont trop impatients et vont trop vite ou qu'ils guident trop en faisant des suppositions empathiques. Le focusing est une intervention lente et séquentielle dans laquelle les thérapeutes s'abstiennent d'apporter du contenu et se contentent de répéter ce que dit le client pour que celui-ci puisse le ressentir avec son vécu.

### ► Devoirs et exercices

Les exercices entre les séances aident les clients à cultiver une attitude attentive et à se focaliser constamment sur l'intérieur afin de rester en contact avec leur expérience corporelle (fiche de travail 4 et fiche de travail 5).

## 3.3 TRANSFORMER LES ÉMOTIONS

Les troubles psychiques se caractérisent par le ressenti d'émotions négatives intenses et récurrentes. Les états symptomatiques tels que le désespoir dépressif ou la peur panique sont nourris par des schémas émotionnels inadaptés, tels qu'un profond sentiment d'indignité, d'impuissance, d'anxiété ou de tristesse, manque de connexion aux autres. Ceux-ci constituent un terrain propice au développement de difficultés psychologiques ([section 2.4](#)). Les schémas émotionnels inadaptés se caractérisent par l'inaccessibilité des émotions adaptées et des besoins sains. Le schéma inadapté basé sur la honte de se sentir inutile, de se sentir insignifiant et de se sentir insuffisant est transformé lorsque le besoin d'être vu, pris au sérieux et accepté, ainsi que le besoin d'être important sont rendus accessibles et que l'empathie personnelle qui en découle est ressentie. Un schéma inadapté basé sur la peur, l'impuissance et l'insécurité est transformé par le besoin ressenti de sécurité, d'influence et d'autorité et par le sentiment de colère qui en résulte. Et un schéma émotionnel inadapté de tristesse est transformé par l'activation du besoin d'attachement, de proximité et de fiabilité.

L'EFT/TCE a développé des interventions qui permettent ce processus de transformation en rendant les schémas émotionnels inadaptés accessibles et en les transformant par l'activation simultanée de besoins et d'émotions adaptés (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg, 2015). Les mises en acte avec les chaises, une méthode issue de la thérapie Gestalt (Perls *et al.*, 1951), se sont révélées particulièrement efficaces. Deux interventions de transformation des émotions sont décrites ci-dessous : l'intervention sur deux chaises pour changer les processus d'autocritique, d'une part, et, d'autre part, l'intervention avec la chaise vide pour traiter les processus émotionnels non résolus avec des figures d'attachement importantes.

### **3.3.1 Préparation aux mises en acte avec les chaises**

Au début de la thérapie, il est utile d'établir une compréhension du cas à partir de laquelle la procédure et les interventions peuvent être déduites ([section 2.8](#)). Exemple d'une thérapeute : « Ce qui vous accompagne tout au long de votre vie comme un fil rouge, c'est ce profond sentiment de ne pas être important, qui s'est installé dans votre enfance suite à vos expériences avec votre mère alcoolique. C'est sur cette douleur profonde que nous allons travailler ici en thérapie, car elle constitue le terreau de votre dépression. »

Les clients doivent comprendre pourquoi ils sont confrontés à un vécu douloureux et comment leur douleur centrale est liée à leur propre histoire. Si les clients ont un fort besoin de comprendre, il est utile d'aborder les questions importantes de manière psychoéducative aux moments opportuns où ils signalent leur ouverture (« teachable moments »). En tant que méthode thérapeutique orientée vers le processus, la psychoéducation en EFT/TCE n'a lieu qu'aux moments opportuns, lorsqu'une information précise aide le client à progresser (par exemple, la fonction des émotions ou pourquoi il est utile de se pencher sur le passé et les émotions douloureuses). La psychoéducation ne se fait jamais de manière standardisée au début de la thérapie. De même les tâches à domicile ne sont données que lorsque des expériences importantes ont été ressenties au cours du processus thérapeutique et qu'elles peuvent aider à consolider ce nouveau vécu.

Vous trouverez plus d'informations sur la psychoéducation et les tâches à domicile à la [section 3.5](#). Des idées d'exercices entre les séances sont décrites dans les fiches de travail 1 à 4.

### 3.3.2 Tâche sur deux chaises lors de processus autocritiques ou de clivage conflictuel

#### **Exemple :**

Manuela se sent déprimée et épuisée. Elle n'est pas satisfaite d'elle-même, de son travail et de sa vie en général. Manuela se sent mal à l'aise dans son corps ; malgré un poids normal, elle se trouve trop grosse et trop lourde. Manuela a une « critique intérieure » puissante, une voix intérieure qui lui donne continuellement le sentiment de ne pas être à la hauteur. Son « critique intérieur » est très exigeant envers elle et la pousse à être parfaite. Malgré ses efforts, elle a constamment le sentiment d'échouer.

#### ► **Le problème de gestion émotionnelle sous-jacent**

Ce problème de gestion émotionnelle se caractérise par l'existence de deux parties du Soi apparemment antagonistes, qui rendent impossible un bon fonctionnement de l'organisme (Greenberg *et al.*, 1993). Le clivage conflictuel a été décrit pour la première fois par Fritz Perls dans le cadre de sa thérapie Gestalt (Perls *et al.*, 1951). Il a qualifié la partie dominante, motrice ou critique de « top dog ». La partie qui est limitée dans son développement, réprimée ou souffrante, était appelée « under dog ».

#### ► **Le marqueur**

Les clivages conflictuels peuvent se manifester sous la forme d'un *marqueur implicite ou explicite* (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013). Dans le cas du marqueur explicite, les expressions verbales ou les indices paraverbaux du client indiquent le clivage.

### **Exemple de formulations du client qui marquent un clivage conflictuel :**

Client : « Je devrais enfin me marier et planifier ma famille, mais je n’y arrive pas, je ne peux pas me décider... Une partie de moi veut le mariage, une autre partie résiste. »

*La coexistence de deux parties du Soi antagonistes est souvent accompagnée de formulations telles que « d’une part, d’autre part » ou « en fait, je devrais, mais... » (Elliott et al., 2013). Les expressions d’autocritique ou d’autodépréciation indiquent également un marqueur de clivage. De même, une attitude perfectionniste est souvent alimentée par un clivage autocritique.*

Client : « Je suis tellement incapable, je n’arrive pas à gérer ma vie. »

Client : « J’ai le sentiment d’avoir complètement échoué en tant que mère. »

Client : « Quoi que je fasse, je ne me sens jamais à la hauteur, jamais assez bien. »

Dans le cas *des marqueurs implicites*, le clivage critique est moins évident et il doit être déduit des déclarations ou des signaux non verbaux du client (par exemple, le client s’effondre parce qu’il se sent découragé et impuissant ; dans le dialogue sur deux chaises, la partie décourageante serait mise en scène). Une variante du clivage conflictuel est la critique externalisée ou projetée. Dans ce cas, l’autocritique est projetée sur les autres (« attributional split »).

Client : « Quand je suis en cours, je me sens toujours mal à l’aise. Tout le monde pense que je suis bizarre, que je suis un monstre. Ils ne me fixent pas, mais je sais qu’ils pensent du mal de moi. »

Les *émotions symptomatiques* telles que l'impuissance dépressive ou le désespoir peuvent également être rendues accessibles et traitées par des interventions sur deux chaises, en mettant en scène la part de soi qui rend désespéré et en l'opposant à la part de soi qui se sent désespérée.

### **Marqueurs de clivage autocritique ou conflictuel**

Certains indices implicites ou explicites manifestent que deux parties du Soi du client s'opposent et empêchent le bon fonctionnement de l'organisme.

Il existe différentes variantes du clivage entre deux parties du Soi :

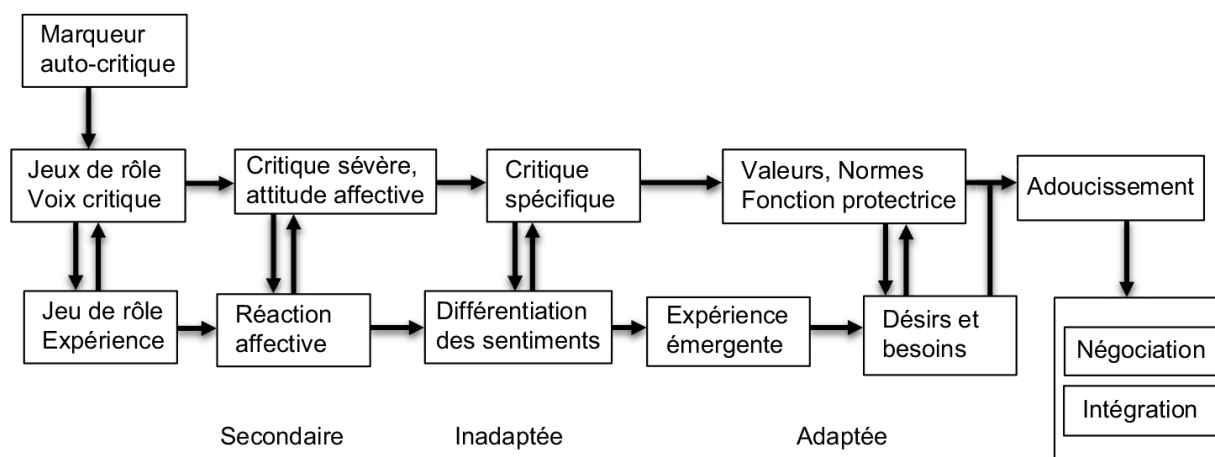
- Dans le clivage auto-critique ou autocritique, une critique interne, un moteur interne ou un perfectionniste interne génère des émotions inadaptées (« self-critical split »).
- Un clivage peut résulter d'états du Soi inconciliables qui conduisent à des conflits décisionnels (« conflict split »).
- Le clivage générateur des symptômes se caractérise par le fait qu'une partie intérieure active des émotions symptomatiques (par exemple désespoir, impuissance, procrastination, anxiété) (« symptom split »).
- La critique interne peut être projetée sur les autres (« attributional split »).

### **► L'intervention**

L'intervention du clivage conflictuel ou autocritique a fait l'objet de nombreuses recherches empiriques et a été décrite en détail dans de nombreux ouvrages (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013 ; Auszra *et al.*, 2017). Elle est fréquente dans la pratique clinique quotidienne, par exemple avec des clients souffrant de troubles dépressifs (Greenberg & Watson, 2006).

Cette intervention consiste à représenter symboliquement les deux parties du Soi qui s'opposent (par exemple, la critique intérieure et le côté ressenti) par deux chaises et à les mettre en contact. Cela permet aux clients de

prendre conscience qu'ils sont eux-mêmes les auteurs des émotions négatives. L'objectif du dialogue sur deux chaises dans le cas d'un clivage conflictuel ou autocritique est d'intégrer les deux parties du Soi qui semblent s'opposer, de sorte que le bon fonctionnement de l'organisme puisse être rétabli (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013). La [Figure 3.4](#) illustre le déroulement prototypique du dialogue sur deux chaises en cas de clivage autocritique, avec les étapes importantes qui mènent à une résolution réussie. Dans la pratique clinique quotidienne, le processus est rarement linéaire.



**Figure 3.4.** Déroulement du dialogue sur deux chaises en cas de clivage autocritique (adapté de Greenberg *et al.*, 1993 ; Paivio, 2019)

Le clivage autocritique ou conflictuel a fait l'objet d'analyses et de recherches approfondies (Greenberg *et al.*, 1993 ; Greenberg & Watson, 2006). Il s'est avéré que la résolution est particulièrement probable lorsque certaines étapes sont suivies. Du côté de la critique intérieure, le message négatif doit être différencié, spécifié et l'attitude affective mise en évidence (par exemple, le mépris), de manière à déclencher des réactions émotionnelles correspondantes du côté expérientiel. Si la critique s'intensifie encore, cela conduit plus tard à une protestation saine du côté qui ressent (émotions adaptées et leur signification, besoins). Du côté critique, cela favorise la cristallisation des valeurs et des normes et met en lumière la fonction de protection de la partie critique et son adoucissement. Il en résulte un processus de négociation entre les deux parties qui aboutit à



de nouvelles interactions, des compromis et finalement l'intégration des deux parties du soi.

## ► Le processus de changement

La résolution du clivage auto-critique se fait en six étapes (Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg *et al.*, 1993), qui sont figurées dans le [tableau 3.4](#) et illustrées par un exemple.

**Tableau 3.4.** Dialogue sur deux chaises en cas de clivage auto-critique : étapes de résolution (adapté de Elliott *et al.*, 2004 ; Greenberg *et al.*, 1993 ; Dolhanty, 2019).

Côté expérientiel	Côté critique
<p><b>1. Marqueur de clivage auto-critique</b>  C : « J'ai le sentiment d'être une mauvaise mère, j'ai l'impression d'être une ratée. »  T reflète le marqueur et propose la tâche.  T : « Il semble qu'il y ait en vous une voix intérieure critique qui vous donne continuellement un sentiment d'insuffisance. Êtes-vous d'accord pour que nous travaillions là-dessus aujourd'hui ? »</p>	<p><b>2. Mise en scène de la voix critique</b>  T structure la tâche en séparant les deux côtés et en les mettant en contact l'un avec l'autre.  T : « Venez sur l'autre chaise et incarnez cette voix critique. Comment lui donnez-vous le sentiment d'être une mauvaise mère ? »  T encourage la spécification, la différenciation et l'intensification de la critique.  T : « Qu'est-ce que vous lui reprochez le plus ? » et met en évidence l'attitude affective implicite de la voix critique.  T : « Il y a du mépris qui résonne dans votre voix. »</p>
<p><b>3. Réaction émotionnelle à la critique</b>  T favorise la prise de conscience des réactions émotionnelles douloureuses.  T : « Comment réagissez-vous lorsque vous entendez cela ? »  C : « Ça fait vraiment mal. »  T favorise la prise de conscience, approfondit et différencie les émotions douloureuses.  T : « Qu'est-ce qui fait le plus mal ? »</p>	
<p><b>4. Protestation saine</b>  Le besoin est rendu accessible et exprimé.</p>	<p><b>5. Réaction de la critique intérieure</b>  T : « Que se passe-t-il lorsque vous</p>

Côté expérientiel	Côté critique
<p>T : « De quoi avez-vous besoin du côté critique s'il vous parle ainsi ? »</p> <p>C : « J'ai besoin de plus de bienveillance. »</p> <p>T : « Dites-lui ! »</p> <p>De nouvelles émotions adaptées apparaissent (colère affirmative, tristesse, auto-empathie).</p>	<p>entendez cela ? »</p> <p><b>a. Manque d'auto-empathie</b></p> <p>C : « Cela ne me touche pas, c'est de ta faute, passe à autre chose. » La critique reste ferme.</p> <p><b>b. Fonction de protection (peur)</b></p> <p>C : « Je m'inquiète pour toi. J'ai peur que tout empire si je ne suis pas sévère envers toi. »</p> <p>T favorise l'expression des valeurs et des normes et atténue la critique.</p> <p><b>c. Auto-empathie</b></p> <p>C : « Je ne voulais pas te faire de mal, je suis désolée. » T favorise l'atténuation de la critique.</p>
<p><b>6. Réaction du côté expérientiel</b></p> <p><b>a. Le côté expérientiel est d'accord et s'effondre.</b></p> <p>C : « Elle a raison, je suis nulle. Et ce sera toujours ainsi. »</p> <p>T rend accessible l'émotion sous-jacente.</p> <p>T : « Comment vous sentez-vous en disant cela ? »</p> <p>C : « Cela me rend triste. »</p>	
<p><b>b. Le côté expérientiel s'organise de manière plus résiliente.</b></p> <p>C : « Je ne te laisserai pas continuer à me faire souffrir comme ça, je ne le mérite pas. »</p> <p>T favorise la prise de conscience et l'expression d'émotions adaptées et de besoins.</p> <p><b>c. Le côté expérientiel s'affirme et négocie.</b></p> <p>C : « C'est gentil de te faire du souci, mais la manière dont tu le fais ne m'aide pas. »</p> <p>T favorise l'affirmation du Soi et l'intégration des deux parties.</p>	
<p><b>7. Négociation et intégration</b></p> <p>des besoins du Soi expérientiel et des valeurs/normes de la Critique intérieure</p>	

### Exemple pratique :

Les pages suivantes décrivent le processus d'un dialogue avec deux chaises avec Charlotte. Charlotte a consulté une thérapeute pour des dépressions récurrentes. Selon l'anamnèse, sa jeunesse a été marquée par la consommation d'alcool de sa mère. Elle se sentait souvent livrée à elle-même et abandonnée. Charlotte a toujours été très exigeante envers elle-même. Ces exigences élevées la poussaient à donner le meilleur d'elle-même, tant dans ses études que dans son travail. Au moment de la thérapie, elle travaillait comme journaliste.

### ● **Étape 1. Indice du problème de gestion des émotions (marqueur)**

Charlotte raconte sa journée de travail épuisante. Dans la façon dont elle en parle, la thérapeute perçoit une « esclavagiste intérieure ». Elle reflète le marqueur et suggère la tâche.

Cliente : « Hier, c'était encore une de ces journées folles... j'étais à fond du matin au soir, je ne me suis accordé aucune pause de toute la journée... Même le soir à 22 heures, j'ai encore répondu au téléphone du travail. Je me sens aussi épuisée que l'année dernière, lorsque j'ai fait cette dépression... Je me pousse sans cesse jusqu'à ce que je finisse par m'effondrer. »

Thérapeute : « D'accord, il semble y avoir un moteur interne en vous, une voix intérieure qui fait que vous ne vous accordez aucune pause et que vous travaillez tard le soir jusqu'à ce que vous soyez totalement épuisée et que vous vous sentiez déprimée. Il semble se passer quelque chose d'important en vous, êtes-vous d'accord que nous y jetions un coup d'œil ensemble ? »

Charlotte décrit un marqueur typique de la dépression pour un clivage autocritique « ce que je fais n'est jamais assez bien, c'est pour cela que je me pousse toujours plus ». Ce moteur interne est basé sur le sentiment d'être insuffisante de Charlotte. Les problèmes d'estime de soi et le perfectionnisme suggèrent généralement le marqueur d'un clivage auto-

critique (Elliott *et al.*, 2013). La thérapeute nomme le « driver interne » et souligne son rôle actif dans la génération des émotions inadaptées.

## ● **Étape 2 : Entrée dans le travail sur les chaises (mise en acte de la voix critique)**

Thérapeute : « Venez donc vous asseoir sur cette chaise-là. » (Elle désigne de la main une chaise qui se trouve en face de la cliente. Charlotte change de côté.) « Soyez cette voix qui pousse Charlotte. Comment faites-vous, comment la poussez-vous ? Comment conduisez-vous Charlotte à travailler sans relâche ? Faites-le ! »

Cliente : « Tu dois faire un travail parfait, tu dois être meilleure que les autres, sinon tu n'auras plus de boulot... »

Thérapeute : « OK, c'est ça, c'est comme ça que vous lui mettez la pression. Faites-en un peu plus... »

Cliente : « Oui, tu dois être joignable sans arrêt. Cela te distingue des autres. Tu dois toujours être disponible, c'est la seule façon de compenser tes faiblesses. D'habitude, tu es une souris grise et tu n'ouvres pas la bouche pendant les réunions (fait un geste de balayage de la main)... »

Thérapeute : (répétant) « Tu es une souris grise... et en plus vous faites ce geste de la main (répète le geste de la main)... que signifie ce geste de la main... ? »

La thérapeute structure l'expérience en dissociant le côté critique et le côté ressenti et en les conduisant à se contacter. Du côté critique, elle demande à la cliente d'être la voix critique et d'exprimer son message à voix haute. Les questions « comment » sont plus pertinentes que les questions « pourquoi » (« comment la poussez-vous ? »), car ce type de questions est plus évocateur que les questions « pourquoi », qui incitent davantage la cliente à passer en mode cognitif et à chercher des réponses dans sa tête (Greenberg, 1979). En encourageant la cliente à répéter et à exagérer les phrases qui font pression, la thérapeute approfondit le processus (« tu es une souris grise, tu n'es pas bien comme tu es »). L'observation du processus

(geste balayant) aide à expliciter l'attitude affective du côté critique (mépris).

### ● **Étape 3 : Approfondir le processus, élaborer et différencier le ressenti (réaction émotionnelle à la critique)**

Cliente (répète le geste de la main) : « Je te méprise. Tu es une souris grise, tu ne dis jamais rien pendant les séances, tu n'ouvres pas la bouche... tu n'as pas assez de répartie, tu restes assise bêtement... Si ça continue comme ça, tu n'auras plus de mandats parce que tout le monde pensera que tu n'es pas capable, que tu n'as rien à dire, que tu es bien trop bête pour ce travail... »

À ce moment-là, la cliente projette ses propres critiques sur d'autres collaborateurs (cf. critique projetée dans la section précédente). Ce que les autres pensent d'elle est en fait sa propre autocritique. La thérapeute en est consciente et elle laisse la cliente jouer le rôle des autres qui pensent du mal d'elle.

Thérapeute : « Hmm, je le vois, les collègues pensent du mal de Charlotte parce qu'elle ne dit pas grand-chose dans les réunions d'équipe. Soyez les autres pour une fois. Que pensent-ils de Charlotte ? Dites directement à Charlotte ce que les autres pensent d'elle. »

Cliente : « Tu es bien trop bête pour ce travail. En fait, tu ne peux rien faire. Tu ne dis rien parce que tu n'as rien à dire et que tu es bonne à rien. Et on le voit sur ton visage. Tu es tout simplement embarrassante... »

Thérapeute : « Bon, revenez du côté de Charlotte (en montrant le côté expérientiel, Charlotte change de chaise). Qu'est-ce que ça fait d'entendre ça ? »

Cliente : « Ça fait mal d'entendre ça. Je me sens petite et déstabilisée... »

Thérapeute : « Hmh... et où ressentez-vous l'insécurité dans votre corps ? »

Cliente : (pose ses mains sur sa poitrine) « Tout se contracte ici en haut... je voudrais disparaître, me rendre invisible... » (Honte inadaptée avec tendance à l'action correspondante)

Thérapeute : (répétant) « C'est ce sentiment douloureux de vouloir devenir plus petit, de vouloir disparaître... Est-ce que vous pourriez rester un moment avec ce sentiment... ? »

Cliente : « Hmmh... »

La thérapeute aide Charlotte à spécifier la critique et, en raison de l'attitude affective condescendante de la critique intérieure, une réaction affective est déclenchée du côté qui ressent. C'est cette honte inadaptée qui est le terreau de l'expérience dépressive.

#### ● **Étape 4 : Encourager un nouveau ressenti (protestation saine)**

Thérapeute : « Que percevez-vous lorsque vous restez un moment avec ce sentiment et que vous lui tenez compagnie ? Est-il possible de parler à partir de ce sentiment ? »

Cliente : « C'est ce vieux sentiment que je connais bien... je devrais dire quelque chose, mais je ne peux pas, je me sens totalement bloquée... j'ai honte, j'ai le sentiment de disparaître dans la terre, de me dissoudre... je me sens tellement stupide » (la voix se brise)

Thérapeute : « C'est ce vieux sentiment d'être stupide et insuffisante... qui fait vraiment mal... »

Cliente : « Je ne peux plus rien dire, je veux juste m'en aller, c'est presque insupportable... »

Thérapeute : « Est-il possible pour vous de dire au côté critique comment vous vous sentez et ce que cela vous fait, quand elle vous parle ainsi ? Montrez-lui la douleur... »

Cliente : « Ça fait vraiment mal et je me sens toute petite... J'ai le sentiment de devoir disparaître parce que je suis tellement gênée, j'ai envie de ne plus exister, de tout laisser tomber... J'ai tellement mal et le

pire, c'est que ce côté critique a totalement raison. Je n'y arriverai jamais... »

Il arrive assez souvent que le Soi ressentant s'effondre dans l'approbation face à la critique et c'est une des raisons pour lesquelles le problème de gestion persiste. Il est important que les thérapeutes en soient conscients et ne suivent pas l'approbation. Il y a deux façons de gérer le Soi effondré. Les thérapeutes peuvent renforcer la critique du côté critique pour activer une protestation adaptative du côté qui ressent. Ou ils peuvent faire des suppositions empathiques sur le sentiment sous-jacent à l'approbation ([section 3.2.3](#)). Dans cet exemple, la thérapeute répète la critique (le stimulus), ce qui la renforce et conduit ainsi à une protestation saine chez la cliente et à l'activation d'une colère adaptée du côté expérientiel.

**Suite (après que le stimulus a été augmenté) :**

Cliente : (courte pause, du côté ressenti) : « Quelque chose en moi se défend. Ce n'est pas juste qu'elle me parle comme ça, je ne mérite pas d'être traitée comme ça (émergence d'une auto-organisation plus résiliente grâce à l'accès à la colère adaptée). À part ça, ce n'est pas vrai du tout que je suis stupide... »

Thérapeute : « D'accord, alors dites-le directement au côté critique. »

Cliente : « Tu n'as pas le droit de te comporter comme ça avec moi ! Ce n'est pas juste. Cela me met vraiment en colère. Et je ne suis pas stupide. Si j'étais stupide, je ne serais pas où j'en suis. »

Thérapeute : « Et que ressentez-vous en disant cela ? »

Cliente : « Je me sens plus forte... il y a un sentiment si puissant dans mon ventre. »

Thérapeute : (adaptant sa voix à l'agacement de la cliente) « D'accord, dites-le encore une fois ! »

La thérapeute adapte ses expressions faciales et le ton de sa voix à la réaction émotionnelle émergente (colère auto-affirmée) de la cliente afin de favoriser le nouveau ressenti émergent et demande de quoi elle a besoin.

Thérapeute : (répétant) « De quoi avez-vous besoin de la part du côté critique ? Pouvez-vous lui dire ce dont vous avez besoin ? »

Cliente : « Je veux que tu me soutiennes, que tu sois de mon côté, au lieu de me démolir constamment ! »

Thérapeute : « Changez de côté ! » (montrant le côté critique) « Que répondez-vous à cela ? Que se passe-t-il pour vous, lorsque Charlotte est si sûre d'elle et demande plus de soutien ? »

Cliente : (passe du côté critique et réfléchit un instant) « Eh bien, je trouve que c'est une bonne chose... (pause... c'est inhabituel... mais bon, d'une certaine manière, ça me plaît. Je commence juste à la respecter davantage... »

Du côté du ressenti, Charlotte a accès à un nouveau vécu émotionnel adaptatif. La colère l'aide à s'affirmer de manière plus résiliente face au côté critique. Cela déclenche un changement du côté critique (la critique s'adoucit).

### ■ **Étapes 5 et 6 : Adoucissement de la critique, négociation et intégration**

Cliente : « Je m'inquiète pour toi. Je voulais juste t'aider. Je suis désolée. Jusqu'à présent, j'ai toujours pensé que tu étais juste faible. J'ai toujours pensé que je devais te protéger. Mais maintenant je vois que tu peux te défendre. J'ai toujours eu peur pour toi, je pensais que tu ne pouvais pas t'en sortir dans ce monde d'hommes durs, que tu allais te faire démolir et être blessée... ».

Thérapeute : « Passez sur l'autre chaise » (en montrant le côté qui ressent). « Quel effet cela vous fait-il d'entendre que le côté critique s'inquiète, qu'il veut vous protéger d'expériences douloureuses ? »

Cliente : (se tourne pensivement vers le côté qui ressent) « Cela fait du bien d'entendre cela... ça me fait du bien d'entendre qu'elle se soucie de moi » (pointant vers l'autre côté).

Thérapeute : « Dites-le-lui directement ! »



Cliente : « Oui, ça fait du bien d'entendre que tu te soucies de moi. Mais ce dont j'ai vraiment besoin, c'est d'encouragements. J'aimerais que tu sois de mon côté au lieu de toujours me faire douter... »

Thérapeute : (répétant, parlant à partir de la cliente) « J'ai besoin de tes encouragements, de ton soutien... comment vous sentez-vous en disant cela ? »

Cliente : (montrant sa poitrine) « Ça s'ouvre vraiment ici. Je recommence à respirer. »

Thérapeute : « OK, répétez cela... je veux que tu sois de mon côté, je veux que tu me soutiennes... »

Si un besoin important a été exprimé du côté ressenti, il est important de laisser le client changer sur la chaise critique pour entendre sa réaction.

Thérapeute : « Passez de l'autre côté » (en montrant le côté critique). « Qu'est-ce que ça fait d'entendre ça ? »

Cliente : « Eh bien, cela semble inhabituel... mais d'une certaine manière, ça me plaît aussi... cela me rend curieuse envers elle... d'une certaine manière, elle est plus forte que je ne le pensais » (directement vers le côté ressenti) « Je viens de réaliser que tu n'es pas si faible que ça. Si je suis de ton côté et que je te soutiens, nous pouvons y arriver ensemble... »

Thérapeute : « Changez ! » (montrant le côté qui ressent).

Cliente : « Wow, c'est un tout nouveau sentiment. J'ai justement l'impression d'être une rivière qui a coulé dans le même lit pendant des années et tout à coup, toutes les ramifications et les bras secondaires de la rivière s'ouvrent... » (rires) « wow, je pense que c'est comme ça que je peux tout laisser flotter... »

## ► Aspects importants

### ● Travailler à la limite du possible

Les thérapeutes EFT/TCE travaillent toujours à la limite du possible pour amener leurs clients dans le noyau de la souffrance, puis pour les aider à quitter cet endroit en accédant à de nouvelles émotions adaptées. Idéalement, les thérapeutes ont un coup d'avance sur leurs clients. Ils identifient les émotions implicites qui permettent de passer à la prochaine zone de développement possible et, grâce à l'observation du processus, ils aident à les expliciter et à les utiliser. Il est important que les thérapeutes n'aient pas deux coups d'avance sur leurs clients, sous peine de les perdre.

### ● **Blocages émotionnels et auto-interruption**

Tolérer et réguler la souffrance émotionnelle sont des tâches difficiles et les clients ont tendance à se protéger de la douleur émotionnelle en interrompant et en bloquant les émotions. Les blocages émotionnels et l'auto-interruption peuvent prendre différentes formes (intellectualisation, dialogue avec le thérapeute plutôt qu'avec une chaise, réponses « je ne sais pas », etc.). Il est important que les thérapeutes reconnaissent ces interruptions « douces » et recentrent leur client sur son ressenti de manière empathique mais cohérente, afin de ne pas perdre le fil du discours.

Nous faisons la distinction entre « interruption dure » et « interruption douce ». Dans le cas de l'« interruption douce », les clients ne perdent le contact avec l'émotion que temporairement et le thérapeute peut conduire le client à reprendre contact avec son émotion en la refocalisant, par exemple ainsi : « est-il possible de revenir encore une fois à cette profonde tristesse ? Elle était là tout à l'heure et vous pouviez la sentir dans votre ventre. » Dans le cas d'une « interruption dure », les clients perdent complètement le contact avec l'émotion, de sorte que l'interruption ne peut pas être contournée et résolue par le thérapeute au cours du processus, mais constitue un nouveau marqueur d'un problème de gestion émotionnelle, l'auto-interruption ([section 3.4.2](#)). Celle-ci donne le signal pour une nouvelle intervention : la mise en scène du clivage auto-interruptif ([section 3.4.2](#)) ou l'intervention du blocage ([section 4.3](#)).

### ● **Terminer le travail sur les chaises**

Il est important de toujours mettre fin à un dialogue sur chaise du côté qui symbolise le ressenti. S'il n'y a pas de résolution complète (ce qui est

souvent le cas au début de la thérapie), la thérapeute valide le besoin, discute du processus et de la suite de la procédure (par exemple, ce sur quoi il faudra travailler plus tard dans la thérapie).

### ● **Intégration narrative du processus**

À la fin d'un dialogue avec les chaises, la thérapeute résume et réfléchit au processus. Elle met encore une fois en évidence les moments les plus importants, établit des liens, du déclencheur à la douleur centrale en passant par la relation avec l'histoire de l'origine ([section 2.8](#)). La réflexion cognitive et la mise en contexte du processus sont des étapes importantes qui aident les clients à reconstruire leur récit. Pendant le travail avec les chaises, les clients ressentent fortement les choses et ne sont donc pas dans leur tête. La plupart du temps, ils ont un sentiment différent après le travail sur les chaises, mais ils ont besoin du soutien de la thérapeute pour le comprendre (par exemple, « dans le dialogue avec le côté critique, il est devenu clair à quel point il est important pour vous d'être encouragé et soutenu. Je peux très bien le comprendre en me remémorant votre histoire de vie. C'est ce qui a toujours manqué dans votre famille »). Les devoirs aident à transposer les nouvelles connaissances acquises dans la vie quotidienne, à consolider et à renforcer le vécu résilient (voir Devoirs et exercices).

### ► **Variations sur le travail avec deux chaises**

La pratique clinique quotidienne révèle souvent des conflits entre deux parties du Soi qui ne se manifestent pas sous la forme d'un clivage critique, mais prennent d'autres formes. Dans certains troubles, certains conflits se présentent sous une forme plus fréquente, comme les processus générant de l'anxiété dans les troubles anxieux (« anxiety split ») (Watson & Greenberg, 2017), les processus générant des symptômes dans les troubles alimentaires (« symptom split ») (Dolhanty & Greenberg, 2007, 2009 ; Lafrance *et al.*, 2013, 2014) et les processus générant du désespoir dans les dépressions (« hopelessness split ») (Greenberg & Watson, 2006). En principe, ces clivages peuvent être traités de la même manière que le clivage autocritique.

### ● **La critique projetée**

Nous parlons de critique projetée lorsque les clients projettent leurs propres critiques sur d'autres personnes (voir l'exemple de Charlotte ci-dessus). La projection de ses propres critiques est fréquente chez les clients qui manquent de confiance en eux ou qui sont socialement anxieux (Shahar *et al.*, 2017). Au lieu de placer son propre critique intérieur du côté critique, la thérapeute demande au client d'être la voix critique « des autres », ceux qui pensent toutes ces mauvaises choses à son sujet. Souvent, le dialogue se transforme alors naturellement en un dialogue autocritique.

Client : « Je me sens tellement inadéquat parce que je n'ai jamais couché avec une femme. Tous mes amis ont pu avoir de nombreuses expériences sexuelles, sauf moi. Mes amis pensent tous que je suis un drôle de type parce que je n'arrive pas à trouver de petite amie... »

Thérapeute : « D'accord, passez de ce côté » (montrant la chaise critique) « et soyez vos amis. Que disent-ils à Viktor... ? »

Client : « Tu es bizarre parce que tu n'as jamais eu de petite amie. Il y a quelque chose qui ne va pas chez toi. Tu es différent des autres... tu as déjà 27 ans et tu n'as toujours pas eu de relations sexuelles... Tu ne pourras jamais rattraper ce retard ! »

Thérapeute : « Changez » (en montrant la chaise expérientielle). « Qu'est-ce que ça fait d'entendre ça ? »

Client : « Cela m'anéantit complètement, c'est ce sentiment qui me rend si impuissant. Je ne sais pas ce que je peux faire pour changer cela... »

Thérapeute : « Dites-le directement au côté critique... »

Client : « Tu me rends tellement impuissant. Quand j'entends cela, je ne vois tout simplement aucune possibilité, j'ai l'impression que le train est parti... pour toujours... »

Le dialogue avec Viktor se poursuit alors avec sa propre voix critique.

Thérapeute : « De quoi avez-vous besoin de sa part ? »

Client : « J'ai besoin de plus de bienveillance de ta part, que tu me parles gentiment au lieu de me décourager comme ça. »

Thérapeute : « Changez de côté » (en montrant l'autre chaise) « quelle est votre réponse à cela ? »

Client : « Je ne peux pas te dire de bonnes choses. Parce qu'en fait, je pense que tu es un vrai raté. Tu ne conduis pas. Tu n'es pas attirant. Aucune femme ne veut de toi, aucune n'a jamais voulu de toi et ce sera toujours le cas. Tu n'as tout simplement pas ça en toi. »

La « critique projetée » est maintenant devenue une voix critique intérieure avec laquelle on peut et on doit continuer à travailler. La reformulation des « autres critiques » en « voix critique personnelle » est très importante car les clients peuvent ainsi prendre la parole. Ils se rendent compte de la manière dont ils se traitent eux-mêmes et de l'influence dévastatrice que cela a sur leur expérience. Tant qu'ils projettent leurs propres critiques sur les autres, cela n'est pas possible et ils restent dans une position de victime.

## ● Le clivage du coach

Une autre difficulté survient lorsque les clients du côté critique ne sont pas leur voix critique, mais lorsqu'ils passent à un niveau plus superficiel et deviennent coach. Le coach coache le côté expérientiel à être différent, à ne pas avoir de sentiments ou de symptômes négatifs, par exemple en disant « ne sois pas si déprimé », « ne sois pas si impuissant », « fais enfin face », « sois comme je veux que tu sois », « ne sois pas une mauviette » ou « surmonte ça ». Il est possible d'entamer un dialogue à deux chaises avec le coach, mais il est très important d'approfondir le processus et d'accéder à des émotions plus primaires. Ce qui intéresse les thérapeutes EFT/TCE, c'est de savoir comment le client se déprime, comment il se donne le sentiment d'être impuissant ou comment il conduit le côté qui ressent à ne pas s'attaquer à quelque chose.

Client : (du côté critique) « Tu devrais montrer davantage tes sentiments à ta partenaire. Tu sais qu'elle attend cela de toi, tu sais qu'elle a besoin de cela... » (Coach Split : tu devrais t'ouvrir davantage)

Thérapeute : « D'accord, vous le critiquez parce qu'il ne peut pas s'ouvrir... et je me demande ce qui empêche Henry de s'ouvrir davantage... Pouvez-vous essayer d'être la voix intérieure qui fait qu'Henry ne peut pas s'ouvrir ? Comment faites-vous cela, que lui dites-vous ? » (Question d'approfondissement : *comment le conduisez-vous à ne pas s'ouvrir ?*)

Client : « Hmm, c'est difficile... je ne sais pas... »

Thérapeute : « Que lui dites-vous ? Est-ce que c'est quelque chose comme... ce serait gênant de montrer tes sentiments ou plutôt... tu te rendrais vulnérable... ou... »

Client : « Oui, c'est ça » (se tournant vers le côté expérientiel) « Ne montre pas tes sentiments. Cela pourrait être tellement gênant. Tu pourrais faire des gaffes, tu pourrais rougir, ta voix pourrait paraître bizarre... »

Thérapeute : « C'est ça, vous lui faites craindre d'être gêné. Faites-en plus... »

Client : Tu es gênant de toute façon. Tu n'as rien à offrir. Tu es la risée de tous, regarde-toi un peu... »

Pour la description d'autres clivages (le conflit décisionnel, le côté clivé, le split dans le split), les livres d'Elliott *et al.*, 2013 et Greenberg *et al.*, 1993 conviennent parfaitement.

## ► Difficultés fréquentes

### ● Le Soi qui s'effondre

Les thérapeutes EFT/TCE ressentent souvent leur première crise lorsqu'ils effectuent un travail avec deux chaises, et que le client est d'accord avec la voix critique et s'effondre (« oui, tu as raison, je suis un cas désespéré, un bon à rien »). Les thérapeutes ne doivent pas se laisser décourager par ce problème. Ce phénomène du « Soi effondré » est très fréquent. Il y a deux façons de contourner le Soi effondré. La première consiste à rendre les émotions profondes accessibles plutôt que d'aller avec l'approbation du contenu.

Client : (du côté qui ressent) « Oui, c'est exactement ça, tu as tout à fait raison. Je suis un incapable, un raté. Je n'arriverai jamais à rien. »

Thérapeute : (répétant) « Je suis incapable et je le serai toujours. » (*Se focalise ensuite sur le ressenti plutôt que sur l'accord sur le fond.*) « Et comment vous sentez-vous pendant que vous dites cela ? »

Client : « Je me rends compte que je deviens incroyablement triste » (la voix se brise)...

Thérapeute : « Restez un moment avec cette tristesse... elle exprime le fait qu'il vous manque quelque chose d'important... »

Dans ce cas, la tristesse est une émotion primaire et aide le client à progresser dans son traitement émotionnel.

La deuxième façon de traiter le Soi effondré est d'augmenter le stimulus (voir l'exemple de Charlotte ci-dessus). Si la critique est renforcée, la probabilité de déclencher une saine protestation du côté qui ressent augmente. Pour y parvenir, le client est invité à revenir sur la chaise critique et à y exprimer à nouveau la critique en l'exagérant.

Cliente : (du côté ressenti) « Oui, c'est vrai, je suis indisciplinée et paresseuse. Tu as tout à fait raison... » (*La cliente est d'accord, s'effondre et semble impuissante et résignée*)

Thérapeute : « OK, revenez du côté critique et faites-en plus. Comment lui donnez-vous le sentiment d'être un échec complet ? Dites-en davantage, dites-lui... » (invite à l'exagération)

Cliente : (sur le côté critique) « Tu as raté toute ta vie. Tu n'as pas trouvé de mari, tu es toujours tombée amoureuse des mêmes crétins et tu es devenue dépendante d'eux. Tu es une femme sans volonté, laide et grosse, qui se noie toujours dans l'apitoiement sur elle-même ! »

Thérapeute : « Passez de l'autre côté. Qu'est-ce que ça fait de recevoir ça à la figure ? »

Cliente : (d'une voix triste) « Ça me détruit, ça me déprime à mort. Et en même temps, je sens que je me mets en colère parce que je ne mérite

pas d'être traitée comme ça... »

Dans cet exemple, le renforcement de la critique a permis à la cliente d'accéder à une bouffée de colère affirmative qui va l'aider à se rebeller contre cette voix critique destructrice.

### ● **Le critique intérieur reste ferme**

Si la voix critique reste dure pendant plusieurs séances, cela peut indiquer qu'elle n'incarne pas des valeurs et des normes intériorisées, mais qu'elle est une introjection d'une figure d'attachement pertinente (par exemple, la voix intériorisée du père). Dans ce cas, l'intervention avec la chaise vide conduit à la résolution souhaitée ([section 3.3.3](#)).

### ► **Devoirs et exercices**

En EFT/TCE, les devoirs sont guidés par des marqueurs. Les devoirs aident les clients à consolider les expériences qu'ils ont faites pendant la séance de thérapie (Ellison & Greenberg, 2007 ; Greenberg & Warwar, 2006 ; Warwar & Ellison, 2019). Les devoirs en EFT/TCE sont toujours effectués selon le principe du « hot teaching », par opposition au « cold teaching » en TCC.

### ● **Devoirs pour une sensibilisation accrue aux processus internes**

Par exemple, si une cliente prend conscience d'une voix critique intérieure lors d'un dialogue à deux chaises, on peut lui demander d'être attentive à cette voix critique au cours de la semaine suivante. Elle peut noter les situations dans lesquelles cette voix critique apparaît, ce qu'elle lui dit et l'effet que cela a sur son ressenti.

### ● **Devoirs pour consolider les changements vécus**

Si un nouveau vécu a été rendu accessible au cours d'un dialogue avec les chaises, par exemple en permettant à la cliente d'accéder à une colère affirmée ou en adoucissant la voix critique, on peut demander à la cliente de s'exercer à ce vécu émotionnel transformé au cours de la semaine suivante (par exemple, faire preuve de plus de compréhension et de bienveillance à



l'égard de son propre vécu, laisser l'énergie de la colère adaptée se manifester dans son corps à plusieurs reprises et la ressentir consciemment).

Il est également possible de revoir et de noter le déroulement d'une intervention avec les chaises étape par étape avec le client (Warwar & Ellison, 2019), comme indiqué dans le [tableau 3.4](#).

### 3.3.3 Le dialogue sur la chaise vide pour résoudre les enjeux relationnels non résolus

Dans la pratique clinique quotidienne, les clients rapportent souvent des situations avec d'autres personnes (partenaire, supérieur hiérarchique, ami) qui déclenchent chez eux des émotions fortes, souvent envahissantes, qui ne semblent pas adaptées à la situation. Lorsque nous connaissons mieux leur histoire de vie, nous nous rendons compte que la réaction émotionnelle trouve son origine dans le passé. Ce problème de gestion émotionnelle est appelé « enjeu relationnel non résolu » ou « unfinished business » (Greenberg *et al.*, 1993). Ce terme fait référence à un schéma émotionnel inadapté qui a été établi dans le passé dans l'interaction avec des personnages d'attachement importants et qui est maintenant activé et pertinent sur le plan comportemental dans les relations actuelles. Comme son nom l'indique, ce schéma repose sur un processus émotionnel qui n'a pas pu être achevé parce que des émotions et des besoins fondamentaux ont été interrompus ou bloqués dans le passé et sont stockés dans la mémoire sous cette forme interrompue (Greenberg *et al.*, 1993).

Sarah : « Je n'ai jamais pu être ce que je suis vraiment. Mes parents n'ont jamais pu m'accepter sincèrement »... (souponne). « Mais que voulez-vous, cela ne conduit à rien d'en parler. Je ne leur en veux pas non plus, je sais qu'ils ont fait de leur mieux... ».

Cette déclaration de Sarah exprime un processus émotionnel inachevé typique. Sarah a été frustrée par ses parents dans le passé en ce qui concerne un besoin important (le besoin d'être elle-même et d'être validée dans sa façon d'être). Ici et maintenant, elle ne semble pas se sentir autorisée à défendre ce besoin. Elle n'a accès ni au besoin non satisfait, ni à la douleur

centrale qui lui est associée (un sentiment basé sur la honte de ne pas être bien), ni aux émotions qui pourraient l'aider à gérer cette émotion douloureuse (par exemple la colère qui s'affirme ou l'auto-empathie). Sarah reste dans cet état d'impuissance, de résignation et de désespoir qui caractérise les processus émotionnels interrompus. En thérapie, le rôle de la thérapeute est de rendre les émotions bloquées accessibles et de les laisser s'exprimer.

### ► Le problème de gestion émotionnelle sous-jacent

Les événements importants sont stockés dans la mémoire sous forme de schémas émotionnels ([section 2.3.2](#)). Des expériences négatives avec des personnes proches et chères entraînent des sensibilités qui sont rapidement réveillées dans l'ici et maintenant et qui peuvent conduire à des états émotionnels violents. Lorsque l'expression d'émotions adaptées dans des situations liées à l'attachement a été incertaine ou non soutenue pendant l'enfance, l'expérience de l'expression interrompue est stockée dans la mémoire émotionnelle et réactivée plus tard dans la vie dans des situations liées à l'attachement (Greenberg *et al.*, 1993). Le terme « Unfinished Business », qui désigne les processus non achevés et les besoins interrompus, est dérivé de la thérapie Gestalt de Fritz Perls (Perls *et al.*, 1951).

### ► Le marqueur

Les enjeux relationnels non résolus sont ressentis comme très pesants. Les personnes concernées éprouvent une forte activation émotionnelle, elles se sentent souvent impuissantes face à ces émotions, incapables d'en parler et résignées. Les clients ressentent souvent des émotions clés telles qu'une profonde solitude, le sentiment de ne pas être aimé ou de ne pas être important, le sentiment d'être rejeté, l'impuissance ou la colère envers une autre personne (Greenberg & Watson, 2006). Les émotions primaires sont généralement masquées par des émotions secondaires telles que les reproches, le désespoir ou les plaintes.

Les marqueurs du problème de gestion des sentiments non résolus sont caractérisés par les quatre aspects suivants
---

(Greenberg *et al.*, 1993) :

- 1) Il y a une émotion récurrente, douloureuse et persistante (souvent basée sur la honte ou la peur) ou une émotion secondaire (par exemple un mélange de tristesse et de colère qui entraîne des lamentations secondaires) qui recouvre l'émotion primaire.
- 2) L'émotion est liée à l'origine à une figure d'attachement importante (par exemple le père, la mère, les pairs).
- 3) L'émotion est activée dans l'ici et maintenant, dans l'interaction avec d'autres personnes significatives.
- 4) L'émotion et son besoin ont été interrompus ou limités dans le passé et ne peuvent pas être pleinement exprimés dans l'ici et maintenant.

### **Marqueurs de processus non résolus (exemples)**

Cliente 1 : (résignée) « Je souhaiterais tellement avoir une relation avec un homme... cela fait des années que je rêve de trouver un partenaire » (souponne profondément)... « mais que voulez-vous, personne ne veut de moi de toute façon... » »

Cliente 2 : (agacée) « Cela m'énervne énormément que le fils de mon amie ne m'écoute pas quand je lui dis de mettre son casque de vélo. Il fait simplement comme s'il n'avait rien entendu. Mais je ne peux pas en parler à mon amie, je ne veux pas l'ennuyer avec ça. De toute façon, ce n'est pas à moi de me mêler de l'éducation de son fils. » »

Cliente 3 : (en dialogue sur deux chaises avec le critique intérieur) : « La façon dont la critique vient de me parler provoque en moi une impuissance, l'impuissance que j'ai toujours ressentie vis-à-vis de mon père... » »

### **► L'intervention**

La résolution de ce problème de traitement consiste à achever le processus interrompu, c'est-à-dire à rendre à nouveau accessibles, à faire ressentir et à faire exprimer toutes les émotions et tous les besoins qui ont été scindés,

interrompus et externalisés dans le passé en relation avec la personne d'attachement. Cela se fait grâce à l'intervention du dialogue sur la chaise vide (Greenberg *et al.*, 1993), dans lequel un dialogue est instauré avec la représentation interne de la personne d'attachement correspondante. Le but de l'intervention est de rendre accessibles les schémas émotionnels stockés dans la mémoire, de les activer et de les assimiler aux nouvelles expériences et ressources de la personne adulte. Le schéma émotionnel est stocké dans la mémoire sous une forme modifiée et la prochaine fois qu'il sera réactivé, non seulement les anciennes émotions inadaptées seront accessibles, mais aussi les nouvelles expériences et ressources. Lorsque ce processus est rejoué plusieurs fois, l'ancienne trace mnésique se transforme, et avec elle le récit du client ([section 2.5.3](#)).

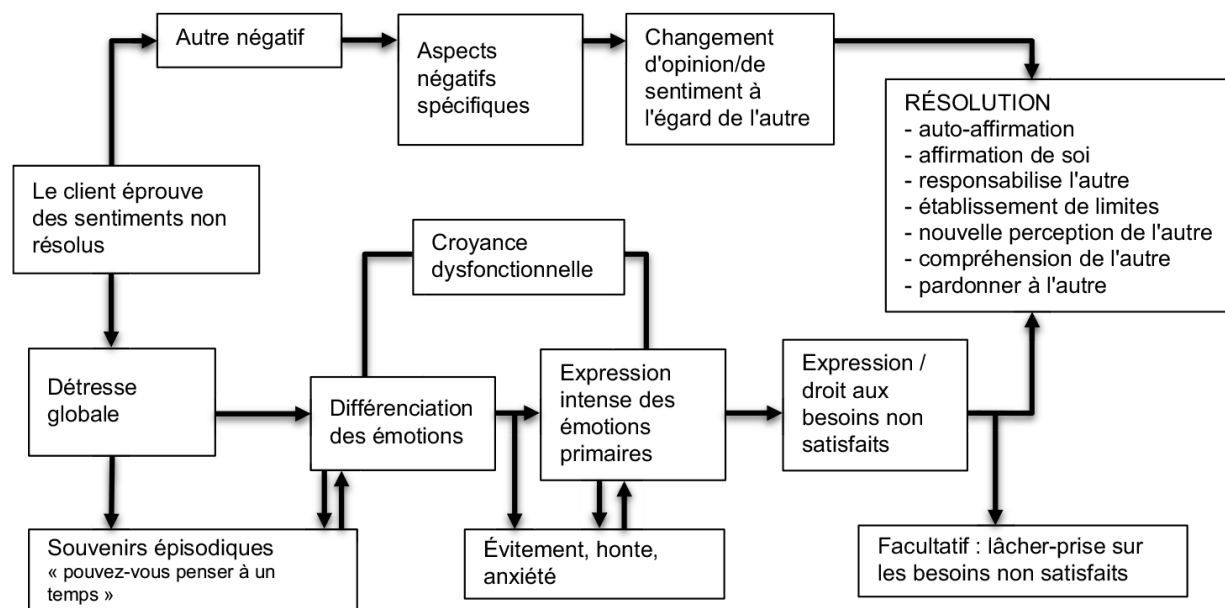
Par analogie, on pourrait dire que les Schémas émotionnels inadaptés sont un vieux journal intime qui a été enfermé dans un tiroir pendant des années. Il est à présent ressorti du tiroir et complété par de nouvelles notes. L'ancien texte est remis dans le tiroir sous une forme transformée et la prochaine fois qu'on le ressortira, on ne saura plus très bien quelles sont les notes originales et quelles sont les nouvelles. Le travail sur la chaise vide ne transforme pas le passé, mais il transforme le « passé ressenti » (Lane *et al.*, 2015). Une histoire importante n'a pas de sens sans émotions et les émotions n'existent pas en dehors du contexte d'une histoire (Angus & Greenberg, 2011 ; Paivio & Angus, 2017). Les histoires que les gens se racontent à propos d'eux-mêmes pour donner du sens à leur expérience et construire leur identité sont basées sur le répertoire émotionnel et les contenus mémoriels accessibles. Lorsque les souvenirs du passé sont transformés, le récit de sa propre vie et son identité narrative le sont également (Greenberg & Watson, 2006).

## ► Le processus de changement

Le processus de changement se produit lorsque la thérapeute mène à bien avec le client, dans l'ici et maintenant, le processus émotionnel interrompu dans le passé. Elle rend accessibles les schémas émotionnels avec toutes leurs composantes, active la douleur bloquée et les sentiments non traités, les conduit à s'exprimer et favorise l'accès aux émotions adaptées comme l'auto-empathie et la colère adaptée en rendant saillants les besoins non satisfaits. Ce processus est souvent très bouleversant, douloureux et

profond, et comme les émotions peuvent continuer à résonner après la séance, l'intervention ne doit être réalisée qu'avec des clients stables et suffisamment régulés ([section 2.9](#)). La thérapeute doit pouvoir avoir confiance dans le fait que les émotions activées lors du travail sur la chaise vide, classées et régulées ensemble lors du débriefing, peuvent être maintenues à la maison. Le problème des sentiments non résolus est surmonté lorsque les clients se sentent autorisés à ressentir et à exprimer les émotions et les besoins précédemment interrompus et bloqués. Cette résolution entraîne chez les clients une meilleure estime de soi et un sentiment d'autonomisation (« empowerment »). Le dialogue sur la chaise vide est souvent interrompu et bloqué dans le travail clinique et nécessite généralement plusieurs passages pour une résolution complète.

Pour le dialogue sur la chaise vide également, un modèle de phase de résolution (« Task Analysis », Greenberg *et al.*, 1993) a été développé sur la base de l'observation clinique et de l'étude de séances de thérapie productives, qui représente les étapes fondamentales de la résolution d'un processus non résolu ([Figure 3.5](#)).



**Figure 3.5.** Déroulement du dialogue sur la chaise vide en cas de sentiments non résolus (« Unfinished Business ») (adapté de Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013 ; Paivio, 2019).

Les clients passent par trois phases dans le travail avec la chaise vide.

- 1) Dans la première phase, il y a une forte activation émotionnelle. Dans cette phase, le client imagine la représentation interne de la figure d'attachement significative (l'Autre négatif). Les attributs négatifs spécifiques de l'Autre sont mis en évidence et utilisés comme stimulus (par exemple, le regard absent, l'expression faciale dévalorisante). Cette représentation est très évocatrice et, en plus des émotions inadaptées, elle active souvent des blocages émotionnels, car les clients se protègent contre le fait de revivre une souffrance émotionnelle. À ce stade, il est important de travailler sur la peur des émotions douloureuses, la honte des sentiments évoqués et l'interruption de soi-même, sans perdre le focus ([section 3.4.2](#), [section 4.3](#)). La résolution des processus émotionnels relatifs à soi-même (comme l'auto-interruption, l'autocritique) sont une condition préalable pour conduire les processus émotionnels relatifs aux autres (comme les « sentiments non résolus ») à une résolution (Sharbanee *et al.*, 2019 ; Greenberg, 2010, 2017).
- 2) La deuxième phase concerne l'expression non inhibée des émotions précédemment interrompues. Le client a l'occasion d'exprimer sa réalité intérieure. Souvent, les clients expriment d'abord des émotions secondaires telles que le ressentiment, les plaintes et les accusations. Quand ces émotions sont ressenties de manière différenciée (par exemple, la tristesse et la colère sont vécues et exprimées séparément au lieu de se manifester par une plainte fusionnée) et quand les clients parviennent à prendre la responsabilité de leur vécu (par exemple, au lieu de dire « tu n'as jamais été là pour moi », ils disent « je me suis senti si seul »), le processus s'approfondit et les clients accèdent à leur besoin existentiel non satisfait (par exemple, « j'aurais eu besoin de me sentir important »).
- 3) L'expression et le sentiment de légitimité vis-à-vis du besoin existentiel non satisfait (« j'aurais eu le droit de me sentir important ») dans la dernière phase du dialogue avec les chaises conduisent à un sentiment transformé vis-à-vis de soi-même (comme ayant de la valeur et comme étant plus solide) et à un sentiment transformé vis-à-vis de l'Autre négatif (comme étant moins puissant, comme étant responsable). Dans le cas idéal, le client parvient à se débarrasser de

son besoin non satisfait vis-à-vis de la figure d'attachement. Plus important que le lâcher-prise, il faut valider le besoin et son propre sentiment de légitimité (« je sais que j'ai de la valeur. Et je mériterais d'être aimé par toi. Mais aujourd'hui, je n'ai plus besoin de ton affection. Le fait que tu n'aies jamais pu m'aimer en dit plus sur tes problèmes que sur ma personne »). Dans le [tableau 3.5](#) sont exposées les six étapes pour résoudre le processus non résolu ainsi que les tâches thérapeutiques qui y sont liées (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013).

**Tableau 3.5.** Dialogue sur la chaise vide dans les processus émotionnels non résolus : étapes de la résolution (adapté de Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 1993 ; Dolhanty, 2019).

Côté expérientiel	Représentation interne de l'Autre négatif
<p><b>1. Marqueur d'un processus non résolu</b>  C : « D'une certaine manière, j'ai toujours ce sentiment de ne pas être à la hauteur. Je le connais de mon père. »  T reflète le marqueur et introduit le dialogue avec les chaises.  T : « Êtes-vous d'accord pour que nous fassions apparaître votre père de l'époque ? »</p>	
<p><b>2. Régression de l'âge. L'autre négatif est imaginé et les émotions émergentes sont exprimées.</b>  T initie la régression d'âge.  T : « Soyez le garçon de 8 ans de l'époque. »  T évoque la représentation interne de l'Autre négatif de cette époque.  T : « Imaginez votre père de l'époque. Comment est-il assis là ? Que voyez-vous dans ses yeux ? » et favorise le ressenti et le contact avec la chaise vide.  T : « Qu'est-ce que cela vous fait de le voir ainsi devant vous ? Dites-lui ce que cela vous fait. »</p>	
<p>C : « Je me sens petit et insuffisant. »  T aide à la régulation des émotions.</p>	

Côté expérientiel	Représentation interne de l'Autre négatif
<p>T : « Respirez », approfondit et différencie les émotions et évite l'auto-interruption.  C : « Ça ne sert à rien de lui dire ça. »  T : « Dites-lui : 'il y a tellement de choses en moi, mais je ne peux pas vous le dire'. Qu'est-ce que cela vous fait ? »</p>	
<p><b>3. Les émotions primaires sont ressenties</b>, différenciées et exprimées (tristesse, colère, peur, honte, douleur). T soutient l'approfondissement et l'expression des émotions.  3.1 Aucune émotion primaire n'est ressentie</p>	<p><b>3.2 En l'absence d'activation émotionnelle &gt; Mise en scène de l'Autre négatif</b>  C : « Tu n'es pas le fils que j'aurais voulu avoir »</p>
<p><b>4. La douleur liée à un besoin existentiel non satisfait</b> est rendue accessible et exprimée.  T : « De quoi auriez-vous le plus besoin de sa part ? »  C : « Qu'il soit fier de moi. »  T : « Dites-le-lui directement. »</p>	<p><b>5. Réaction de l'Autre négatif</b>  T : « Que se passe-t-il de ce côté quand vous entendez cela ? »  <b>5.1 Pas d'empathie</b>  C : « Je ne sais pas de quoi tu parles, j'ai toujours été fier de toi. »  <b>5.2 Empathie</b>  C : « Je suis désolé, j'avais peur de te montrer à quel point je suis vraiment fier de toi. »  T favorise une nouvelle perception de l'autre (comme moins puissant, avec ses propres problèmes ou sous un jour plus positif).</p>
<p><b>6. Réaction de la partie qui ressent les émotions</b>  <b>6.1 Le Soi effondré</b>  C : « Cela ne conduit à rien, il ne se changera jamais. »  T rend accessible des émotions plus profondes.  T : « Qu'est-ce que ça fait d'être aussi désespéré ? »  <b>6.2 Soi colérique et affirmation de soi</b>  C : « Tu n'as pas le droit de me traiter comme ça, je ne mérite pas ça ! »  <b>6.3 Soi résilient</b>  Les besoins non satisfaits sont rendus accessibles.  C : « J'aurais eu le droit d'être vu » et l'affirmation/l'excuse de moi-même est</p>	



Côté expérientiel	Représentation interne de l'Autre négatif
encouragée C : « Cela n'a rien à voir avec moi. »	
<b>7. Résolution : expérience du Soi renforcée (comme valable, justifiée) et vision transformée de l'autre</b> <b>7.1</b> L'autre négatif est tenu pour responsable et <b>le Soi est renforcé et affirmé.</b> <b>7.2</b> Les besoins non satisfaits et les émotions négatives sont lâchés et <b>le Soi se distancie de l'autre.</b> <b>7.3</b> Vision transformée et plus nuancée de l'Autre (considéré comme moins puissant, avec ses propres problèmes), <b>le Soi peut pardonner.</b>	

## ► Exemple pratique

### ● Étape 1 : Identification d'un marqueur d'un processus non résolu

Les étapes de la résolution sont décrites ci-dessous à l'aide d'un exemple avec Larissa. Larissa a consulté la psychologue en raison de dépressions récurrentes. Elle a grandi en Suisse avec des parents d'origine italienne. Elle ressentait son père comme un homme dominant, patriarcal et critique. Sa mère ne l'a jamais défendue contre ses dévalorisations. Enfant, Larissa s'est sentie inadéquate et non protégée. Au moment de la thérapie, le mariage de Larissa était dans un état critique. Son mari menaçait de la quitter parce qu'elle avait commis une infidélité. En fait, le mariage et la famille étaient depuis longtemps affectés par la distance émotionnelle de Larissa et ses crises de colère récurrentes. La veille de la séance de thérapie, elle avait eu un accrochage avec son mari. Elle l'avait blessé par une remarque maladroite et lorsqu'elle avait remarqué la blessure de celui-ci, son « mur » était remonté autour d'elle...

Cliente : « Ce mécanisme est tellement puissant. Dès que je réalise que j'ai fait une erreur... quelque chose bloque à l'intérieur et je prends mes

distances. J'ai l'impression que c'est la fin du monde, comme autrefois avec mon père... »

Thérapeute : « Je vois, il semble que quelque chose d'important se passe en vous. Lorsque vous réalisez que vous avez blessé votre mari, il se passe quelque chose à l'intérieur de vous qui est lié à votre relation avec votre père. Êtes-vous d'accord pour que nous travaillions sur ce sujet aujourd'hui ? »

## ● **Étape 2 : Structurer le travail avec la chaise vide et entamer le dialogue**

Il est important que les clients donnent leur accord pour travailler avec la chaise vide avant que l'on n'entre dans la mise en acte. L'idée d'avoir une conversation avec un père qui fait peur, une mère faible ou un camarade de classe qui harcèle, et d'entrer en contact avec les blessures profondes dont on s'est souvent protégé avec succès pendant des années ou des décennies, provoque chez la plupart des clients, pour des raisons compréhensibles, de la peur et un malaise. Ces émotions inadaptées profondes sont souvent liées à l'identité personnelle (par exemple, « je suis différent des autres », « il y a quelque chose qui ne va pas chez moi ») et comme il s'agit des suppositions les plus profondes et les plus privées, elles sont cachées à la fois à soi-même et aux autres. Un grand nombre de troubles psychiques sont dus au fait que ces émotions douloureuses ne sont pas traitées. Ce processus est impliqué dans l'apparition et le maintien des troubles psychiques (Barlow *et al.*, 2019a, 2019b ; Hayes *et al.*, 1996, 2005 ; McCullough *et al.*, 2019 ; Sachse, 2018 ; Watson & Greenberg, 2017).

Il est important de valider la peur de la douleur émotionnelle sans suivre l'autoprotection ([section 4.3](#)). Certains clients ont besoin de plusieurs séances avant de pouvoir s'engager dans cette expérience difficile. Ils doivent faire confiance à leur thérapeute et se sentir suffisamment en sécurité dans le contexte thérapeutique ([section 2.7](#), [section 3.2](#)). Il est important que les thérapeutes ne poussent pas leurs clients à faire quelque chose qu'ils ne sont pas encore prêts à faire. D'un autre côté, il n'est pas non plus utile que les thérapeutes acceptent le blocage des clients et soient trop prudents. Les thérapeutes EFT/TCE essaient toujours de travailler à la limite de ce qui est possible et de pousser leurs clients aux limites de ce

qu'ils peuvent faire. Il s'est avéré utile de qualifier le travail sur les chaises d'expérience et d'inviter le client, avec une attitude curieuse, à tenter l'expérience en sachant que la thérapeute est là pour l'aider (par exemple, « Seriez-vous d'accord pour tenter cette expérience ? Je suis là pour vous aider »). Il peut également être utile de faire remarquer au client l'effet positif du travail sur les chaises (« la plupart des clients trouvent aidant de pouvoir exprimer leurs sentiments et se sentent mieux après »). De plus, il est très important de dire au client que la chaise vide n'est qu'une représentation interne de la figure d'attachement significative et que le vrai père ou la vraie mère n'est pas présent dans le cabinet. Il est également précisé que le travail sur les chaises ne doit pas être confondu avec la réalité, qu'il s'agit dans le cabinet de traiter des processus émotionnels et qu'il est rarement pertinent ou utile de transposer dans la réalité le dialogue élaboré en séance. Le travail sur les chaises a pour but d'aider le client à mettre un terme à des processus émotionnels inachevés dans un contexte thérapeutique sûr et n'est pas un entraînement aux compétences ou à la sociabilité.

Tout d'abord, la thérapeute invite le client à imaginer et à décrire la figure d'attachement (l'Autre négatif) d'autrefois et à se glisser dans la peau de l'enfant. Il est important de faire apparaître l'Autre négatif du passé et de ne pas travailler avec la figure d'attachement du présent, car nous voulons travailler avec le stimulus des processus non résolus d'autrefois. Comment le père est-il assis ? Quels vêtements porte-t-il ? Quelle est l'expression de ses yeux ? La question de l'expression du visage et du regard est particulièrement évocatrice. « Comment le père vous regarde-t-il ? Est-ce qu'il vous regarde ou regarde-t-il vers le sol ou à côté de vous ? Que lisez-vous dans ses yeux ? ». La question de l'expression des yeux est évocatrice, car elle met en évidence l'attitude affective de l'autre négatif et stimule ainsi l'activation du schéma inadapté.

Thérapeute : (va chercher une chaise vide et la place devant la cliente) « Pouvez-vous imaginer que nous amenions votre père ici, votre père de l'époque ? Pouvez-vous le voir ? »

La cliente acquiesce.

Thérapeute : « Pouvez-vous décrire comment vous le voyez ? Comment est-il assis là ? Comment le ressentez-vous ? »

Cliente : « Il est assis là, très sûr de lui. Droit, fier, inaccessible... »

Thérapeute : « Et quelle expression voyez-vous dans ses yeux ? Comment vous regarde-t-il ? »

Cliente : « Il a une expression sévère. Ses yeux sont sévères et froids... »

Thérapeute : « Et qu'est-ce que ça vous fait de regarder votre père de l'époque ? »

Cliente : (s'affaisse, soupire et se met à pleurer doucement) « Je sens la distance avec lui, je me sens jugée, évaluée... »

Thérapeute : « Et qu'est-ce que cela vous fait intérieurement ? Que ressentez-vous dans votre corps ? »

Cliente : « Ce sont beaucoup de sentiments différents..., mais en premier lieu je ressens de la peur... »

Au début du travail sur les chaises, des émotions secondaires assez globales apparaissent souvent. Il s'agit de les approfondir et de les différencier au fur et à mesure du travail sur les chaises en les suivant et en les guidant de manière empathique. Dans la première phase du travail sur les chaises, les thérapeutes rencontrent souvent des difficultés et des processus d'auto-interruption ([section 3.4.1](#), [section 3.4.2](#)).

Si les clients ne ressentent pas d'activation de schéma en imaginant l'autre négatif, on peut leur demander de mettre en scène l'autre négatif pour l'utiliser comme stimulus ([tableau 3.5](#)).

### ● **Étape 3 : Ressentir, différencier et exprimer les émotions primaires. Gestion de la peur, de la honte et de l'autoprotection**

Une fois que le contact avec la personne d'attachement est établi et que la cliente est activée émotionnellement, la thérapeute l'aide à approfondir le

processus et à rendre les émotions primaires accessibles. Cela se fait en suivant et en guidant de manière empathique ([section 3.2.3](#)). Il est important à ce stade d'amener la cliente au seuil de conscience le plus proche possible afin de rendre accessibles les émotions primaires vulnérables cachées sous les émotions secondaires. Les émotions diffuses telles que les plaintes ou le ressentiment sont divisées en leurs composants individuels tels que la colère et la tristesse afin de les rendre utilisables.

Thérapeute : « D'accord, vous ressentez de la peur. Pouvez-vous sentir la peur dans votre corps ? »

Cliente : « Oui... » (désigne la région de la poitrine)

Thérapeute : « Êtes-vous d'accord de mettre la main à cet endroit et de tenir compagnie à la peur pendant un moment ? Essayez de parler à partir de ce sentiment. Que dit la peur ? »

Cliente : (pose la main sur la poitrine). « Je ressens une pression... c'est ce vieux sentiment d'avant... le sentiment de ne pas être à la hauteur, de ne pas être assez bien... »

La thérapeute aide Larissa à élaborer le sentiment de peur (secondaire) en l'invitant à poser la main sur la partie du corps concernée et à parler à partir de la peur. Cette intervention ralentit le processus et aide à approfondir la peur en dirigeant consciemment l'attention. Il s'avère que l'anxiété est une réaction secondaire au sentiment de ne pas être à la hauteur (honte). Une fois que Larissa a atteint cette émotion primaire, la thérapeute lui demande d'exprimer cette émotion à son père.

Thérapeute : « Parlez à votre père de ce sentiment de ne pas être suffisante... »

Cliente : (sanglots) « J'ai le sentiment de ne pas être à la hauteur pour toi... »

Thérapeute : « C'est la douleur, ce sentiment de ne pas être à la hauteur, cette inquiétude... Qu'est-ce qui fait le plus mal ? »

Cliente : (sanglots) « J'ai peur de ne pas être aimée par toi... »

Thérapeute : (répète et reformule) « Je ne me sens pas digne d'être aimée... »

Cliente : (pleure à haute voix)...

À ce stade, il est important de maintenir les clients dans leur expérience. Si les clients adoptent un langage qui met de la distance envers le vécu (« tu es si distant »), la thérapeute le reformule dans un langage interne, lié aux émotions (« je ne peux pas me sentir proche de toi et je me sens donc si perdue... »).

Thérapeute : « Qu'est-ce qui a le plus manqué à la petite Larissa ? »

Cliente : « Cela m'a toujours tellement manqué que tu me prennes dans tes bras, que tu me montres que tu m'aimes... c'est ce qui m'a le plus manqué. » (est secouée par des pleurs)

Thérapeute : « Respirez profondément... »

Cliente : (expire)

Thérapeute : « Pouvez-vous le dire directement à votre père ? Je me suis toujours sentie si seule... »

Demander aux clients ce qui leur a le plus manqué évoque la tristesse. Tristesse de savoir ce qui leur a manqué, ce dont ils auraient eu le plus besoin (« heart felt need »). Dans cet exemple, la cliente est presque submergée par sa douleur et la tristesse, si bien que la thérapeute lui demande de prendre une grande respiration. La respiration diaphragmatique (expiratoire) consciente aide à réguler les émotions.

Thérapeute : « Expirez profondément. Dites-le directement à votre père... »

Cliente : « Cela m'a tellement manqué que tu me prennes dans tes bras » (pleurs), « que tu me réconfortes quand je vais mal. »

Thérapeute : « Je me suis sentie seule et sans connexion avec toi... j'avais le sentiment de ne pas être à ta hauteur... »

Cliente : (en pleurant) « Oui, c'est ça... »

Thérapeute : « J'aurais eu besoin d'être aimée pour ce que je suis. »

Cliente : « C'est ce dont j'aurais eu le plus besoin. C'est ce qui m'a le plus manqué. » (pleure à voix haute)...

Thérapeute : « Respirez profondément une fois de plus. »

Cliente : (expire profondément) « C'est si triste... »

Thérapeute : « Oui, il y a tellement de tristesse à propos de ce qui vous a manqué. Est-il possible de dire directement à votre père ce dont vous auriez eu besoin ? »

Cliente : « J'en aurais tellement eu besoin Papa, c'est tellement douloureux... j'aurais tellement eu besoin que tu m'aimes... »

Dans le travail avec la chaise vide, les clients s'interrompent souvent eux-mêmes. Cela signifie que les sentiments qui surgissent sont interrompus dans leur vécu et leur expression. Nous faisons la distinction entre l'interruption dure et l'interruption douce. Dans le cas de l'interruption douce, l'émotion est bloquée, mais en re-focalisant, la thérapeute parvient à contourner le blocage et à rétablir le contact avec l'émotion. Dans le cas d'une interruption dure, l'accès n'est plus possible. Ce micromarqueur donne l'indication pour l'intervention du clivage auto-interruptif ([section 3.4.2](#)). Chez Larissa, une interruption douce apparaît dans la mise en acte avec les chaises.

Thérapeute : « Avec quel sentiment cela vous a-t-il laissé ? »

Cliente : « Peur » (émotion secondaire).

Thérapeute : (répétant) « Peur de ne pas être à la hauteur. » (peur de la honte)

Cliente : « Peur de ne pas être juste. »

Thérapeute : « OK, il y a ce sentiment terrible de ne pas être assez bien... pouvez-vous le percevoir en ce moment ? » (douleur centrale)

Cliente : « Oui... »

Thérapeute : « Où le sentez-vous ? »

Cliente : (pause)... « Je le connais depuis toujours... c'est cette peur qui me rend si impuissante... ce désespoir... toutes ces années... je ne peux rien faire pour briser son mur... »

Larissa a été brièvement en contact avec le sentiment de ne pas être adéquate (émotion basée sur la honte). Lorsque la thérapeute tente d'élaborer cette émotion primaire, la cliente réagit avec une émotion secondaire de peur et de désespoir. La thérapeute tente de rendre l'émotion primaire à nouveau accessible.

Thérapeute : « Oui, il y a tellement de désespoir... et sous ce désespoir, la douleur de ne pas être à la hauteur. Pouvez-vous revenir à cette douleur... »

Cliente : « Hmmm. »

Thérapeute : « Est-ce que vous pouvez rester encore un moment avec cette douleur ? Je pense que c'est une douleur importante... Et ça fait si mal et ça fait peur de ressentir cette douleur... »

Cliente : « Hmm. »

Thérapeute : « Est-il possible de poser un peu plus de mots sur la douleur ? Je me sens tellement... »

Cliente : « Je me sens tellement à côté de la plaque, j'ai le sentiment de ne pas être à la hauteur, je ne peux pas répondre à ses exigences... j'ai le sentiment de devoir me cacher. » (honte, avec disposition à réagir)

Thérapeute : « Dites-le directement à votre père. »

Cliente : « J'ai le sentiment de ne pas être comme tu voudrais que je sois. J'ai le sentiment de ne pas être comme je devrais être... » (en pleurant)... « j'aurais tellement eu besoin que tu me prennes dans tes bras et que tu me montres que je suis assez bien... »

Thérapeute : « Dites-le encore une fois à votre père. »

Cliente : « J'aurais eu besoin de me sentir aimée... »



L'expression de la douleur centrale permet à Larissa d'entrer en contact avec le besoin existentiel non satisfait. La plus grande partie du travail avec la chaise vide se fait du côté du ressenti. En règle générale, la chaise vide reste vide. Un changement de chaise est toutefois possible lorsqu'une fenêtre s'ouvre pour un changement de la représentation interne de l'Autre négatif (le père). Après que Larissa a pu exprimer la signification personnelle de la douleur (« j'ai le sentiment de ne pas être assez bien »), un changement de chaise est indiqué pour vérifier la réaction du père.

Thérapeute : « Venez sur cette chaise » (en montrant la chaise vide) « et soyez votre père. Qu'est-ce que cela fait d'entendre que Larissa a le sentiment de ne pas être à la hauteur ? »

Cliente : (du côté du père) « Ça me fait mal d'entendre ça, ça me fait mal que tu dises ça comme ça. »

Thérapeute : « On dirait presque que votre père se sent attaqué... »

Cliente : « Oui, c'est ça ! » (à l'adresse du côté ressenti). « Qu'est-ce que tu attends de moi ? Tu es une enfant ingrate ! »

Thérapeute : (pointant du doigt le côté qui ressent) « Revenez ici. Qu'est-ce que ça vous fait d'entendre ça ? »

Cliente : (sopire) « Cela me donne le sentiment qu'il ne me comprend pas... »

#### ● **Étape 4 : Valider et exprimer les besoins existentiels non satisfaits**

Les émotions et les besoins sont étroitement liés et l'expression de l'un entraîne souvent l'expression de l'autre. De nombreux clients ne sont pas conscients de leurs besoins ou ne se sentent pas autorisés à les ressentir et à les exprimer. C'est pourquoi nous sommes attentifs à l'expression des besoins existentiels non satisfaits. La plupart des besoins sont liés à l'attachement ou à l'identité (image de soi).

#### **Suite**

Thérapeute : « Ce n'est pas ce dont j'ai besoin... »

Cliente : « Oui, ce n'est pas ce dont j'ai besoin... »

Thérapeute : « Je n'ai pas besoin de choses matérielles, ce dont j'ai besoin, c'est... »

Cliente : ... « Je veux me sentir aimée telle que je suis. C'est ce dont j'ai vraiment besoin... »

Larissa peut exprimer son besoin non satisfait, ce qui l'aidera à se distinguer de son père et à devenir plus résiliente.

### ■ **Étapes 5 et 6 : Transformer le regard sur l'autre, transformer le regard sur soi, s'affirmer et lâcher prise (résolution complète)**

Dans la dernière étape de la résolution, la thérapeute favorise la prise de perspective de la figure d'attachement et encourage la cliente à lâcher prise sur les besoins non satisfaits. Le lâcher-prise passe par la compréhension, le pardon ou la responsabilisation de l'autre et l'affirmation de soi.

Larissa commence à développer une vision différente de son père. Cela l'aide à se voir sous un autre jour et à pardonner à son père.

Cliente : « Tu es si différent de moi... et je sais aussi d'où cela vient. Tu n'as pas appris à faire autrement... » (pleure)

Thérapeute : « Hmm. »

Cliente : « Cela vient de ton propre père, c'est malheureusement comme ça. »

Thérapeute : (montrant la chaise vide) « Venez ici et soyez votre père qui parle de son propre père. Que raconte votre père ? »

Cliente : (en tant que père) « Je ne peux pas te donner ce dont tu as besoin. Mon propre père était sévère et sans cœur, je ne connais rien d'autre, moi aussi je ne peux être que sévère et sans cœur... »

Thérapeute : « Quelque chose est mort en moi... » (supposition empathique).

Cliente : « Oui, cette partie douce en moi est morte et je ne peux pas te donner ce dont tu as besoin... »

Thérapeute : « Si votre père se tenait dehors devant la porte et nous écoutait. Que ressentirait-il intérieurement ? »

Cliente : « Il serait très, très triste. Il serait triste et totalement désolé. Parce qu'au fond, il m'aime beaucoup. »

Thérapeute : « Pouvez-vous le dire directement à Larissa ? »

Cliente : « Je t'aime, Larissa. Tu es ma fille merveilleuse et je t'aime plus que tout. Je suis tellement triste de ne pas pouvoir te le montrer. Ce n'est pas de ta faute, cela n'a rien à voir avec toi... »

Thérapeute : (pointant du doigt le côté qui ressent) « Revenez du côté de Larissa. Qu'est-ce que ça vous fait d'entendre ça ? »

Cliente : (émue) « Cela me fait un bien fou. C'est ce que j'ai toujours attendu. Cela fait tellement de bien d'entendre qu'il m'aime et que cela n'a rien à voir avec moi, qu'il ne peut pas me le montrer... J'ai l'impression que quelque chose vient de changer en moi à cet instant. »

## ► Difficultés fréquentes

Le « Unfinished Business » désigne un processus émotionnel qui n'a pas pu être achevé ou conduit à son terme dans le passé parce que l'expression des émotions adaptées n'a pas été encouragée ou tolérée par l'environnement social (Greenberg *et al.*, 1993). La caractéristique principale de ce problème de traitement émotionnel est donc l'absence de résolution et de traitement. Il n'est donc guère surprenant que dans la pratique clinique, il faille souvent plusieurs passages pour conduire le travail avec la chaise vide à son terme. L'activité inachevée se caractérise souvent par des blocages émotionnels, une auto-interruption et des impasses émotionnelles (« micro-marqueurs », Goldman & Greenberg, 2015), qui doivent être identifiés et traités avant qu'une résolution complète ne puisse avoir lieu. Les difficultés qui apparaissent fréquemment et qui peuvent faire obstacle à la résolution sont énumérées ci-après.

### ● Protestation lors de l'initiation au travail sur les chaises

Certains clients ont du mal à s'engager dans le travail avec la chaise vide. D'une part car l'intervention est très évocatrice et d'autre part car elle génère de la peur chez de nombreux clients. Il est important que la thérapeute soit confiante et croie en l'utilité de l'intervention. Il s'est avéré utile de donner aussi peu d'explications que possible et autant que nécessaire. Des explications trop longues et trop détaillées augmentent l'anxiété du client. Chez certains clients, l'hésitation se manifeste par le fait qu'ils doutent de l'utilité du travail parce que l'origine du problème de traitement se situe dans le passé (par exemple, « tout cela est arrivé il y a si longtemps, pourquoi devrais-je m'y intéresser à nouveau ? »). Dans cette situation, le thérapeute pourrait indiquer que le travail sur la chaise vide est un problème de gestion émotionnelle du passé, mais qui a des répercussions sur le présent ([section 3.5](#)).

### ● **Les émotions sont globales et indifférenciées**

Au début du travail sur les chaises, les émotions du client sont souvent secondaires, globales et indifférenciées (gémissements plaintifs, désespoir, résignation). Il est important de valider ces émotions dans un premier temps, mais de ne pas s'arrêter là et de les différencier dans un deuxième temps, afin qu'elles puissent être ressenties et exprimées sous une forme pure (tristesse, colère, peur et honte). Le fait de ressentir et d'exprimer une émotion pure est essentiel pour pouvoir lire le contenu informatif de l'émotion, comprendre le besoin qui y est intégré et rendre accessible la tendance à l'action adaptative. Seules les émotions pures peuvent être utilisées ou transformées (Greenberg, 2015 ; Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Les émotions mélangées (par exemple, la colère et la tristesse qui se mélangent pour former une plainte secondaire) sont des impasses émotionnelles dans lesquelles les clients restent bloqués et tournent en rond ([section 2.2.2](#)).

### ● **La colère et la tristesse se mélangent pour former des jérémiades secondaires**

Au début du travail avec la chaise vide, les lamentations et les plaintes secondaires sont particulièrement fréquentes. Les jérémiades sont l'expression d'une douleur émotionnelle dont on ne peut pas encore revendiquer la paternité et à laquelle se mêlent la tristesse et la colère

(Greenberg & Watson, 2006). Lorsque nous nous sentons blessés, cela nous rend souvent à la fois tristes et en colère. La douleur émotionnelle se situe à mi-chemin entre la tristesse et la colère (Greenberg, 2015). Lorsque les clients se plaignent et se lamentent, ils sont pris dans des énoncés en « tu » (« comment as-tu pu... ») et dépendent du changement de comportement de la personne de référence primaire pour pouvoir se débarrasser de la douleur émotionnelle. Souvent, il ne peut pas y avoir de résolution parce que le client ne peut pas prendre la responsabilité de son ressenti (« ça me met en colère que... », « je suis triste que... »).

La colère auto-affirmée soutient le fait que l'on a subi une injustice. Le sentiment de colère auto-affirmée est généralement une condition préalable au pardon et au lâcher-prise (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019).

Il est donc important que la thérapeute aide le client à reformuler les messages « tu » en messages « je » et à devenir l'auteur de son vécu. Si le client dit par exemple « tu étais si faible, tout tournait toujours autour de toi », la thérapeute l'aide en reformulant (par exemple, « essayez de dire une fois : 'je te reproche de n'avoir toujours pensé qu'à toi' »). Les expressions qui favorisent l'expression de la colère sont « je t'en veux » ou « je t'en veux de... ». Il en va de même pour l'expression de la tristesse. La tristesse est une émotion adaptée que nous ressentons lorsque quelque chose nous manque. L'expression de la tristesse dans « Unfinished Business » aide à faire le deuil d'un besoin existentiel important qui n'a pas été satisfait dans l'enfance. Si les clients ne parviennent pas à ressentir de la tristesse et à faire le deuil de ce besoin non satisfait, ils peuvent facilement rester coincés dans leur besoin et ne pas pouvoir lâcher prise. Les déclarations qui évoquent la tristesse sont « ce qui m'a le plus manqué, c'est que... ». La supposition empathique ou l'offre de ces phrases aide souvent les clients à autoriser et à ressentir la tristesse.

### **La figure d'attachement est protégée**

Certains clients ont du mal à exprimer leurs émotions profondes à leur figure d'attachement. Cela peut s'expliquer par le fait que parler de ses émotions dans le passé n'était pas sûr ou va à l'encontre des normes et des valeurs sociales intériorisées (« ce n'est pas bien de dire ça à ses parents »). Dans de telles situations, il est important de rappeler que l'expérience avec

la chaise vide n'a rien à voir avec la réalité. Par exemple, la thérapeute peut dire que « le dialogue a lieu avec la mère dans votre tête » ou « avec la représentation interne de votre mère », et non avec la mère réelle (« votre vraie mère n'est pas dans cette pièce, elle ne peut rien entendre de ce que vous exprimez ici »). De plus, il est important de mentionner que le travail de la chaise vide a pour but d'exprimer et de traiter les émotions afin de pouvoir libérer les sentiments négatifs. Il ne s'agit pas de transposer le dialogue sur la chaise vide dans la réalité. Ce n'est explicitement pas l'objectif de cette intervention.

Souvent, les clients prennent également leurs parents sous leur protection et, en adoptant la perspective de ceux-ci, ils perdent le contact avec leurs propres besoins et émotions (« je sais que ma mère a fait de son mieux, je ne peux tout simplement pas lui en vouloir »). Dans de tels cas, il peut être utile d'ajouter une chaise supplémentaire. La représentation interne de la mère est divisée et symbolisée par deux chaises. Sur l'une des chaises se trouve la représentation positive de la mère qui a fait de son mieux et sur l'autre chaise la représentation négative de la mère. Face à la représentation positive, le client peut exprimer ses émotions positives et sa gratitude. Cela facilite souvent l'expression d'émotions douloureuses face à la représentation négative.

### ● **Distinction entre culpabilité et responsabilité**

De nombreux clients ne veulent pas blâmer leurs parents et veulent les protéger (« mon père était lui-même malade, il ne pouvait pas faire mieux »). Il est important de préciser la différence entre la *culpabilisation* et la *responsabilité*. Dans le dialogue sur la chaise vide, nous ne voulons pas accuser l'autre négatif, mais lui rendre sa responsabilité. Les enfants négligés et maltraités ont tendance à s'attribuer la responsabilité de l'injustice (« si j'avais été un meilleur enfant, ma mère ne serait pas tombée malade »). Il est important de renvoyer cette responsabilité aux parents (« je n'étais qu'un enfant, tu étais la mère. C'était ta responsabilité de chercher de l'aide et de t'assurer que tu allais bien pour que tu puisses être une meilleure mère »).

### ● **Pas de changement dans la représentation interne de la figure d'attachement**

La résolution du travail avec la chaise vide est favorisée lorsque la représentation interne de la figure d'attachement s'adoucit, lorsque celle-ci ressent et exprime de l'empathie et de la compréhension pour la souffrance émotionnelle du client. Dans le meilleur des cas, elle prend ses responsabilités et s'excuse (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Si les figures d'attachement n'ont jamais manifesté d'émotions douces dans la réalité, les clients peuvent avoir du mal à l'imaginer. Dans ce cas, il peut être utile d'inviter le client à imaginer que sa mère se tient derrière la porte de la salle de thérapie et qu'elle a tout entendu (thérapeute : « Comment votre mère se sentirait-elle si elle se tenait derrière la porte et entendait tout ? Qu'est-ce que votre douleur émotionnelle provoquerait chez elle ? »).

Lorsque les besoins existentiels sont rendus accessibles et exprimés pour la première fois dans le travail sur les chaises et que la représentation interne de la mère ou du père reste dure, cela peut déclencher une douleur émotionnelle très intense chez le client. Si le client n'est pas en mesure de tolérer et de réguler cette douleur, mais qu'il est submergé par elle, un dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement peut être mis en place ([section 3.4.4](#)) afin de réguler l'affect dérégulé et d'augmenter la tolérance aux émotions.

### ● **S'accrocher à un besoin non satisfait**

Dans le travail avec la chaise vide, les besoins restent généralement insatisfaits. En fait, le « Unfinished Business » ne concerne pas non plus la satisfaction des besoins non satisfaits, mais le sentiment de légitimité vis-à-vis de ceux-ci (« c'est triste que je n'aie jamais eu ça, mais j'aurais eu le droit de l'avoir, comme n'importe quel autre enfant »). Le lâcher-prise des besoins non satisfaits vis-à-vis de la figure d'attachement est souvent lié à un processus de deuil douloureux.

Il arrive que les clients restent bloqués lorsqu'ils ne peuvent pas lâcher l'espoir que leur besoin non satisfait soit un jour comblé par la figure d'attachement (peut-être décédée depuis longtemps) (« j'en aurais tellement besoin, je ne peux pas m'empêcher d'espérer qu'un jour j'obtiendrai de toi ce dont j'aurais eu besoin toute ma vie » ou « tant que je n'obtiendrai pas ton approbation, ma vie n'aura pas de sens »). Dans de tels moments, les interventions paradoxales se sont avérées utiles (Greenberg & Woldarsky

Meneses, 2019 ; Paivio & Pascual-Leone, 2010). La tentative désespérée du client de transformer son père peut être exagérée : « Insistez, répétez à votre père que vous voulez absolument qu'il s'excuse. Qu'est-ce que cela vous fait ? ». L'attachement à l'espoir peut également être introduit sous la forme d'une intervention paradoxale : « Essayez de dire : 'Je ne peux pas vivre tant que tu ne me respectes pas' ». L'image dramatique du client sur la tombe de son père est particulièrement évocatrice (« à votre avis, même après la mort de votre père, continuerez-vous à aller sur sa tombe et à attendre qu'il vous présente ses excuses ? Quel effet ça fait d'imaginer cela ? »). Souvent ces interventions réveillent la résistance interne du client, ce qui l'aide à se restructurer émotionnellement et à lâcher prise.

### ● **Manque de légitimité par rapport à ses propres besoins**

Une autre impasse peut survenir lorsque le client ne ressent pas en lui le sentiment d'avoir le droit de répondre à ses propres besoins non satisfaits : « Personne ne m'a jamais aimé. Pourquoi quelqu'un m'aimerait-il maintenant ? Je ne mérite tout simplement pas d'être aimé » ou « ce dont j'ai besoin n'a jamais intéressé personne. Il est préférable de ne pas avoir de besoins ». Ces processus d'auto-interruption sont étroitement liés à une approche négative de soi et à des processus d'autocritique. Une relation négative avec soi-même doit être résolue avant de pouvoir résoudre une relation négative avec la figure d'attachement (Sharbanee *et al.*, 2019). Pour les clients qui négligent ou clivent leurs propres besoins, les thérapeutes doivent être particulièrement attentifs à ces derniers et les valider en conséquence lorsqu'ils se manifestent entre les lignes. Il peut également être utile de faire preuve de créativité et d'évoquer les droits fondamentaux de l'enfant en tant que forme de droits humains universels. Chaque enfant a le droit d'être aimé et écouté. Chaque enfant mérite de grandir dans un environnement sûr, où il est protégé de la violence et de la négligence.

Une autre étape importante dans la résolution de l'« Unfinished Business » est la distinction entre le sentiment de légitimité vis-à-vis d'un besoin existentiel non satisfait et sa satisfaction (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Un besoin peut être légitime même s'il n'a pas été satisfait dans le passé. La reconnaissance de ce besoin est importante. Dans un tel moment, on peut discuter avec le client des autres personnes qui pourraient satisfaire ce besoin aujourd'hui (le partenaire, la meilleure amie ?). La satisfaction



réelle du besoin par une autre personne est une expérience corrective importante. Une autre question importante est de savoir ce dont le client a lui-même besoin pour que son besoin soit satisfait. Les clients qui s'interrompent beaucoup se sentent souvent en position de victime (« personne ne me prend au sérieux », « personne ne m'entend »). Dans ce cas, il faut se demander quels sont les processus d'auto-interruption en cours chez le client (par exemple, l'interruption de la colère ou de la fierté adaptatives). La mise en scène du clivage auto-interruptif s'est avérée être une intervention utile pour résoudre les processus auto-interruptifs intenses ([section 3.4.2](#)). Cette intervention aide le client à entrer en contact avec le coût de son auto-interruption et à ressentir la nécessité de se réapproprier l'émotion ou le besoin scindé.

### ● **La colère adaptée est bloquée**

Une autre difficulté dans la résolution de l'« Unfinished Business » apparaît souvent lorsque la colère saine, celle qui permet de s'affirmer ou de se distinguer, est interrompue ou inaccessible (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). La colère d'affirmation de soi ou de démarcation est un sentiment d'autonomisation, qui favorise l'expérience de soi en tant qu'individu actif, capable d'influencer l'environnement et les autres. Ressentir une colère affirmée procure un sentiment de sécurité, en rendant possible de tracer une limite, et s'accompagne d'un sentiment de fierté, car « on est digne » de se défendre. La colère affirmée transforme la honte et l'anxiété inadaptées, elle agit en quelque sorte comme un antidote (Greenberg, 2015). La colère adaptative est souvent indispensable au processus de transformation émotionnelle. La colère interrompue ou clivée s'exprime souvent par des processus secondaires tels que l'impuissance, la détresse, le désespoir et un sentiment de victimisation. La colère affirmée est une émotion fondamentalement importante dans le processus de résolution de la peur et de la honte dans l'« Unfinished Business », et la colère bloquée ou clivée fait partie des difficultés les plus courantes qui mènent à des impasses dans la résolution (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019).

Pourquoi la colère saine est-elle si souvent inaccessible chez les adultes ? Outre les normes et règles sociales (« la colère est mauvaise et ne doit pas exister »), les expériences d'apprentissage dans l'enfance jouent un rôle

important. Si les parents ont eu un bon accès et une bonne gestion de la colère auto-affirmée, un enfant peut l'apprendre et l'intérioriser. Les expériences d'apprentissage négatives dans l'enfance laissent des traces toxiques dans la mémoire émotionnelle, y compris en ce qui concerne la colère. Les enfants qui grandissent dans un environnement violent apprennent que la colère est destructrice. Leur propre colère est souvent interrompue par une peur secondaire. Lorsque les enfants sont maltraités et/ou traumatisés par leurs parents, ils ont tendance à diriger leur saine colère (face à l'injustice) non pas contre les parents, mais contre eux-mêmes (Abbass, 2015 ; Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Ce mécanisme protège le lien avec les parents, avec lesquels il existe une relation de dépendance. La colère, la rage, la haine ainsi que l'impulsion à agir et à blesser l'autre sont des réactions automatiques et adaptatives de l'organisme lorsque celui-ci est menacé ou endommagé. Si ces réactions et émotions adaptées ne peuvent pas être dirigées vers l'extérieur pendant l'enfance, elles sont soit clivées, soit dirigées contre le soi. L'énergie destructrice dirigée vers l'intérieur consolide l'expérience de nous-mêmes de l'enfant comme mauvaise et coupable (Abbass, 2015 ; Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019).

### **Gérer une colère clivée ou bloquée**

Dans le travail avec la chaise vide, il est fondamental de pouvoir distinguer l'expression productive de la colère de son expression improductive. Le ressenti et l'expression productifs de la colère assertive répondent aux critères suivants (Paivio & Pascual-Leone, 2010) :

- La colère est dirigée vers l'extérieur, contre l'auteur, plutôt que vers l'intérieur, contre son propre soi.
- Elle est dirigée vers la source de la douleur, c'est-à-dire vers la personne qui a dépassé les limites ou n'a pas assumé ses responsabilités.
- La colère est ressentie sous sa forme la plus pure et ne se mêle pas à la tristesse ou à la culpabilité. Ce n'est que lorsque la colère est ressentie sous sa forme pure que l'information et la disposition à réagir qui lui sont inhérentes peuvent être utilisées.
- Le client ressent qu'il est l'auteur de sa colère et en assume la responsabilité (colère du moi). La colère n'est pas exprimée de

manière passive ou indirecte.

- L'intensité de la colère est en accord avec la situation et l'ampleur de la blessure ressentie. L'intensité de la colère se reflète dans une expression cohérente dans la tonalité de la voix, la posture du corps, l'expression du visage et le choix des mots.
- Le client comprend la signification de sa colère. Il ne s'agit pas de catharsis, d'extériorisation de la colère, mais de son expression productive.

## ● **Psychoéducation**

Lorsque la colère adaptée est bloquée ou interrompue, la psychoéducation s'avère utile. Le thérapeute peut insister sur le fait que la colère adaptative est une émotion importante, vitale et puissante, qui a un impact décisif sur notre expérience de nous-mêmes et sur nos relations interpersonnelles. De plus, la colère est un sentiment porteur d'espoir, car elle incarne la croyance que l'on peut exercer une influence. La colère est une énergie puissante qui, d'une part, nous aide à nous protéger et, d'autre part, nous donne un sentiment d'efficacité personnelle.

Pour de nombreux clients, il est important de faire la distinction entre le fait de ressentir de la colère et le fait de l'exprimer (Greenberg, 2015 ; Jacob Hendel, 2018). L'affirmation de soi est une expérience et une émotion internes qui n'ont pas besoin d'être exprimées. En revanche, l'expression de la colère peut avoir un pouvoir destructeur et détruire les relations ou blesser les autres. Lorsque les clients ont grandi dans un environnement violent, ils associent souvent la colère à la violence, aux blessures et à l'impuissance. Il est alors important d'insister sur la distinction entre ressentir et exprimer, et entre émotion et comportement. Ressentir la colère en soi et la comprendre lorsqu'on a été maltraité ou blessé est une compétence extrêmement importante. C'est la seule façon dont on peut se protéger ou se démarquer. Exprimer cette colère est très différent. Il faut souvent beaucoup de discipline et de compétences sociales pour exprimer une colère légitime d'une manière que l'autre personne peut entendre et comprendre sans réagir de manière défensive. L'expression socialement appropriée de la colère adaptative peut être discutée à l'avance avec la thérapeute et testée dans un jeu de rôle (Greenberg *et al.*, 1993).

## ● **Organiser les éléments de la colère dans une forme cohérente**

Les clients inhibés par la colère ressentent souvent la colère adaptée de manière timide et inachevée. Cela signifie que leur colère n'a pas encore pris la forme qui leur permettrait d'utiliser ce sentiment pour eux-mêmes et pour leur croissance (Greenberg, 2015). Pour favoriser ce processus, il est important que la thérapeute reconnaisse, nomme et accorde de l'importance aux éléments qui manifestent la colère dans un premier temps (« j'entends une nouvelle énergie dans votre voix, la percevez-vous aussi ? Je pense que cette énergie pourrait être importante, est-ce que cela ne vous dérange pas si nous restons là un moment et que vous essayez de la ressentir de manière encore plus consciente ? »). Dans un deuxième temps, la thérapeute aide son client à organiser les éléments de la colère, qui sont présents mais pas encore structurés, dans un processus de co-construction, sous une forme cohérente afin que le client puisse les utiliser. C'est comme assembler les pièces non triées d'un puzzle. Tant que les pièces sont éparpillées, elles n'ont pas de sens. Ce n'est que lorsqu'on les organise dans une forme cohérente et que le puzzle est en place que l'image devient visible. Les sensations somatiques, les tendances à l'action, les déclarations ou les métaphores qui manifestent la colère se trouvent dans la fiche de travail 1.

## ● **Observation du processus et recentrage cohérent sur la colère interrompue**

Lorsque les clients masquent et interrompent habituellement leur colère par des sentiments secondaires (culpabilité, peur, tristesse), il est bon de prendre note de ces émotions secondaires et de les valider, puis de se recentrer très rigoureusement sur la colère sous-jacente. Dans ces moments-là, il est important que la thérapeute guide plus le processus qu'en temps normal (Paivio & Pascual-Leone, 2010) (par exemple, « je vois à quel point cela vous fait peur d'être en colère et de perdre le contrôle. Il n'est pas étonnant que ce soit le cas, je connais votre histoire. Mais je peux clairement entendre la colère dans votre voix. Est-il possible de simplement prendre note de cette peur et de vous concentrer sur votre colère pour aujourd'hui ? Votre colère est un sentiment important et je pense que nous devrions lui donner un peu plus d'espace en ce moment » ou « Pendant que vous racontez cela, beaucoup de sentiments remontent à la surface. La tristesse,

la culpabilité, mais aussi la colère. Tous ces sentiments sont importants et nous allons nous pencher sur chacun d'entre eux, l'un après l'autre. Aujourd'hui, concentrons-nous sur la colère, je peux l'entendre clairement dans votre voix »).

Le feedback sur les émotions secondaires doit toujours être fait de manière bienveillante et curieuse, de sorte que le client ne se sente pas gêné (« J'ai remarqué que vous vous sentez souvent coupable très rapidement lorsque vous vous sentez en colère. N'est-ce pas intéressant ? Vous êtes en colère et hop, la culpabilité arrive et fait disparaître la colère comme par magie. Cela se produit très rapidement et automatiquement, l'avez-vous déjà remarqué ? »). Si le client s'effondre sans cesse dans la culpabilité et l'auto-accusation, la thérapeute peut dire « il y a tellement de douleur et de culpabilité à cause de la douleur. Mais n'allons pas là aujourd'hui, concentrons-nous sur la colère qui est aussi dans la douleur » ou « cela a vraiment blessé vos sentiments et il en résulte une énorme douleur. Mais j'entends aussi de la colère dans votre voix ».

### **Utiliser la colère de la thérapeute par procuration**

Lorsque la colère adaptée est bloquée, la thérapeute peut utiliser sa propre expérience pour ressentir la colère interrompue et se servir de modèle (Greenberg, 2015). Elle peut décrire par procuration ce que le message de la figure d'attachement déclenche chez elle dans le travail sur les chaises (« être contrôlé à ce point par ma mère me mettrait en colère si j'étais vous. Que se passe-t-il pour vous, cela vous met-il aussi en colère ? ») ou elle peut décrire les réactions physiologiques qu'elle perçoit dans son propre corps et qui indiquent la colère (« pendant que je vous écoute, je sens cette pression ici dans la poitrine. C'est un bon indicateur de ma colère. Connaissez-vous aussi ce sentiment ? » ou « percevez-vous aussi cette pression en ce moment ? »).

L'expression par procuration d'émotions adaptées par la thérapeute peut être une étape intermédiaire importante et nécessaire, en particulier pour les clients gravement atteints qui présentent des traits de personnalité insécures et dépendants (Pos & Choi, 2019).

## ● **Extérioriser la colère et se focaliser sur la tendance à l'action**

Pour les clients très anxieux et fragiles, dont l'expérience d'eux-mêmes n'est pas assez solide pour tolérer la colère et en devenir l'auteur, il peut être utile de parler de la colère avec des mots distants et de les inviter à prendre un rôle d'observateur. Il s'est avéré utile de qualifier la colère d'« énergie ». La thérapeute peut parler à la troisième personne de « cette énergie dans le corps » et inviter le client à la laisser circuler librement et à l'observer pour une fois, sans la retenir, la contrôler ou l'interrompre (Greenberg & Watson, 2006). Une question utile pour favoriser le ressenti d'une colère affirmée est celle de la tendance à l'action de l'énergie (« qu'est-ce que cette énergie aimerait faire si elle était libre de s'exprimer ? »). Pour établir une distance de sécurité, la thérapeute peut aller plus loin et extérioriser l'énergie (« que ferait cette énergie si c'était une énergie en libre circulation à l'extérieur de votre corps et que rien ne la retenait ? » ou « que ferait cette énergie si elle ne vous appartenait pas, mais était la colère d'un animal sauvage ou d'un homme fou ? »).

## ● **Modeler et renforcer**

De nombreux clients ne se sentent pas autorisés à être en colère et ont appris à s'adapter et à nier leurs besoins plutôt que de les défendre. Ces clients doivent être amenés progressivement à ressentir une colère qui s'affirme. Une possibilité est de leur faire exprimer des mots et des phrases de plus en plus forts qui favorisent le ressenti de la blessure et de la colère. La thérapeute encourage son client à répéter des énoncés adaptés et relatifs tels que « je suis déçu » ou « je suis agacé » et à les exprimer de manière un peu plus pointue, par exemple « je me sens blessé et traité injustement », puis « je n'aime pas être traité de cette façon », enfin « cela me met vraiment en colère », puis « je suis indigné et hors de moi ». La thérapeute invite le client à répéter la même phrase et, à la manière d'une expérience, à utiliser des mots de plus en plus forts et à voir ce que cela fait. Il s'agit d'une forme d'exposition graduelle au ressenti et à l'expression de la colère (Paivio & Pascual-Leone, 2010). En même temps, la thérapeute encourage le client à adopter une expression corporelle et faciale congruente. Il est important de prendre en compte la blessure et le dommage ressentis. La colère doit être dirigée contre la personne responsable. Le ressenti et

l'expression de la colère sont également soutenus par les expressions suivantes :

- L'expression des besoins sous forme de demandes et d'attentes (« je demande », « j'attends », « je veux que » – au lieu de « j'ai besoin de »).
- L'expression du refus (« je refuse », « je ne le ferai en aucun cas », « je ne veux pas » – au lieu de « je ne peux pas »).
- Exprimer les différences permet de favoriser la démarcation (thérapeute : « Dites à votre mère que vous êtes différent d'elle. Expliquez-lui les points sur lesquels vous êtes différent d'elle »).
- Exprimer son ressentiment permet de contenir et de renforcer la colère (ex. : « ce pour quoi je t'en veux le plus, c'est que... », « je te reproche de... »).
- L'expression de la blessure et l'expression de la colère à propos de la blessure.

Thérapeute : « Comment vous sentez-vous quand votre père vous parle ainsi ? »

Client : « Cela me blesse. »

Thérapeute : « Dites-le-lui directement ! »

Client : « Cela me blesse quand tu me parles comme ça. »

Thérapeute : « Et qu'est-ce que ça fait d'être blessé ? »

Client (avec une colère montante dans la voix) : « Je n'aime pas être blessé, ça me fait vraiment mal. »

Thérapeute : « Dites-lui directement ! Dites-lui ce que vous lui reprochez ! »

Client : (en colère) : « Je t'accuse de me faire du mal ! Je veux que tu arrêtes de faire ça. Je ne mérite pas d'être maltraité, tu comprends ? »

## Devoirs à domicile pour la colère bloquée

Pour stimuler la colère bloquée et clivée, il est utile de donner au client des devoirs axés sur l'expérience (par exemple l'écriture expressive,

Pennebaker, 1995).

Pour pouvoir mieux détecter la colère interrompue, le client peut être invité à observer et à décrire, au cours de la semaine, des situations dans lesquelles sa colère émergente a été interrompue. Par exemple, il doit prêter attention à la façon dont sa colère est interrompue par la tristesse (par exemple, « lundi, ma sœur m'a crié dessus sans raison. Cela m'a d'abord laissé perplexe et triste, puis j'ai soudain eu une envie pressante de fumer une cigarette. Il est possible que la tristesse et le fait de fumer m'aident à ne pas ressentir ma colère. »).

Un autre type de devoirs consiste à écrire ce que vous ressentez dans certaines situations et à imaginer ce que la/le meilleur(e) ami(e) aurait ressenti dans la même situation. Cet exercice de distanciation peut aider à développer une conscience des émotions adaptées qui manquent dans le répertoire comportemental de la personne.

### ► Variations du travail avec la chaise vide

Lorsque des difficultés ou des interactions interpersonnelles actuelles (par exemple dans une relation de couple ou entre un employé et son employeur) entraînent des émotions négatives persistantes que le client ne peut pas surmonter, nous parlons d'un « Ongoing Business ». Par analogie avec l'« Unfinished Business », l'« Ongoing Business » peut être traité par un dialogue sur une chaise vide, dans lequel le client a la possibilité d'exprimer des émotions interrompues et de conduire des processus émotionnels jusqu'à leur terme.

Deux aspects distinguent le « Ongoing Business » du « Unfinished Business ». Premièrement, les émotions négatives se rapportent à l'ici et maintenant et non au passé. Deuxièmement, la clé de la résolution consiste à se demander ce dont le client a besoin de lui-même dans l'ici et maintenant pour mieux gérer la situation ou se sentir comme il veut se sentir. La question clé de l'« Unfinished Business » – « de quoi auriez-vous besoin de la part de votre père ? » – est remplacée dans l'« Ongoing Business » par la question : « de quoi avez-vous besoin de la part de vous-même ? »

### ► Devoirs et exercices



Lorsque nous travaillons de manière intensive avec des clients pour résoudre des processus inachevés, l'utilisation de journaux thérapeutiques s'avère utile (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Par exemple, le client peut noter après chaque séance comment ses sentiments envers une figure d'attachement importante se transforment. Ou il peut décrire s'il y a un changement dans la représentation de la figure d'attachement. La description en parallèle des processus internes modifiés aide le client à internaliser et à consolider la transformation émotionnelle (Warwar & Ellison, 2019).

### 3.4 MODULER ET RÉGULER LE RESSENTI

Les difficultés de régulation des émotions font partie des principales difficultés de traitement qui sous-tendent, nourrissent et maintiennent les problèmes psychologiques ([section 2.4.3](#)). Notre régulation des émotions est influencée par les expériences que nous avons vécues avec nos figures d'attachement primaires dans l'enfance (Schore, 2003 ; Sroufe, 1996). Nos parents ont été de bons « coachs émotionnels » (Greenberg, 2011, 2015) lorsqu'ils ont su reconnaître nos émotions comme des occasions de moments intimes, lorsqu'ils ont pu nous aider à les comprendre et à poser des mots afin que nous puissions apprendre à les gérer de manière productive et les utiliser pour atteindre nos objectifs (Greenberg, 2015). Une bonne régulation des émotions se traduit par la *capacité à se sentir comme on aimerait se sentir à un moment donné*. Cela implique de ressentir une émotion donnée à un moment donné, dans une mesure donnée et de la manière donnée (Greenberg, 2021).

Comme nous l'avons vu à la [section 2.5.2](#), la régulation des émotions est un phénomène complexe. Dans cette section, nous distinguons deux dimensions fondamentales de la régulation des émotions. La section est structurée en conséquence. La première dimension concerne la température de l'émotion. Comme pour un radiateur, les émotions trop chaudes, trop envahissantes et excessives doivent être régulées à la baisse et les émotions trop froides ou absentes à la hausse. La deuxième dimension concerne la régulation consciente ou volontaire versus la régulation inconsciente, involontaire et automatique de l'affect. On peut soit régler manuellement la

température du radiateur, soit installer un thermostat près du radiateur pour que la température de la pièce se régule automatiquement. C'est l'objectif de l'EFT/TCE.

La question de savoir si les émotions doivent être régulées vers le haut ou vers le bas est liée au type d'émotion ([section 2.2.1](#)). Les émotions excessives et débordantes sont généralement des émotions secondaires et réactives. Les émotions secondaires excessives se présentent souvent sous une forme globale indifférenciée (« Global Distress », Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Par exemple, les plaintes persistantes, qui mêlent blessure, tristesse et colère, remplissent le cabinet de thérapie comme un grondement de tonnerre. Ou l'impuissance dépressive qui s'étend comme un tapis paralysant sur la thérapeute et le client. Un autre exemple est la colère instrumentale, dirigée contre la terre entière. L'anxiété, comme émotion excessive, est plus subtile et doit également être régulée. La peur de ressentir est une émotion inhibitrice, souvent inconsciente et qui se manifeste sous forme d'étourdissement, de vision floue, d'interruption cognitive ou de tensions corporelles ([section 4.1.1](#)).

Mais les émotions primaires inadaptées peuvent également être ressenties, lorsqu'elles sont rendues accessibles pour la première fois, sous une forme dérégulée et débordante (par exemple, l'anxiété liée à un traumatisme). Les émotions inadaptées, c'est-à-dire la souffrance émotionnelle résultant d'expériences d'attachement blessantes dans l'enfance, sont souvent si profondément et douloureusement enracinées qu'elles sont stockées dans la mémoire émotionnelle sous une forme surrégulée (autrement dit réprimée/trop contenue). La douleur émotionnelle profonde est l'endroit caché dans la grotte la plus reculée de la mémoire émotionnelle où le client a passé sa vie tout seul parce qu'il l'a fait garder par dix soldats armés jusqu'aux dents. Si les émotions inadaptées sont si douloureuses, c'est parce qu'elles sont *profondément enracinées dans l'identité et qu'elles sont perçues comme synonymes de moi (par exemple, « je suis insuffisant·e », « je suis seul·e »)*.

Mais les émotions adaptées, telles que la colère adaptée, la tristesse liée à la perte, la fierté et l'empathie pour soi-même, peuvent également apparaître sous une forme surrégulée si les expériences négatives correspondantes vécues dans l'enfance conduisent à les stocker comme incertaines,

dangereuses ou inacceptables. Si en tant qu'enfant, vos parents ont été souvent complètement dépassés par votre colère au point de ne plus pouvoir être des parents utiles (si, par exemple, ils ont craqué et sont devenus psychiquement malades ou s'ils ont réagi avec violence), vous apprenez avec le temps à ne plus percevoir votre propre colère. Si, en tant qu'enfant, on s'est moqué de vous quand vous étiez triste et vulnérable, vous apprenez à ne pas vous montrer ainsi et, le cas échéant, à ne même plus ressentir ces sentiments.

La deuxième dimension de la distinction concerne la régulation des émotions en tant qu'acte volontaire et explicite ou en tant que processus involontaire et automatique. Cette distinction est basée sur la différenciation de la régulation des émotions comme processus à un ou deux facteurs ([section 2.5.2](#)).

L'EFT/TCE est basée sur la théorie monofactorielle, un point de vue soutenu par les neurosciences affectives (Campos *et al.*, 2004 ; Cozolino, 2019 ; Greenberg, 2021). La théorie unifactorielle de la régulation des émotions repose sur l'hypothèse que la régulation des émotions est un processus inhérent à la génération des émotions. Cette théorie soutient le point de vue selon lequel la régulation des émotions est un processus hémisphérique droit, implicite et automatique, qui n'est pas soumis à un contrôle volontaire. L'affect ou l'émotion apparaît sous une forme régulée ou dérégulée. Quand des schémas émotionnels inadaptés sont traités et transformés en EFT/TCE, ils sont reconsolidés dans la mémoire émotionnelle sous une forme modifiée et régulée, de sorte qu'ils surgissent sous une forme plus régulée lors de la prochaine activation (Stevens, 2019). Un autre exemple de processus monofactoriel de régulation des émotions est la corégulation interpersonnelle implicite des affects par le fait que le client et la thérapeute sont en relation dans la salle de thérapie (Porges, 2011 ; Schore, 2009, 2019). Un autre exemple est celui des clients qui rapportent avoir intériorisé la voix bienveillante et régulatrice de la thérapeute au cours de la thérapie. La voix intériorisée de la thérapeute conduit à un auto-apaisement automatique et implicite et à une amélioration subliminale de l'auto-empathie. Le [tableau 3.6](#) présente un aperçu des interventions qui peuvent être utilisées pour réguler les émotions vers des niveaux plus élevés ou plus bas.

**Tableau 3.6. Types de régulation émotionnelle**

	<b>Rendre les émotions surrégulées accessibles</b>	<b>Réduire les émotions excessives</b>
Quelle émotion ?	Émotions inadaptées (basées sur la honte ou la peur, surrégulation) Émotions adaptées (colère, tristesse, fierté, empathie envers soi-même)	Émotions secondaires (« détresse globale ») Émotions instrumentales Émotions anticipatives (peur de ressentir et honte de ressentir) Émotions inadaptées (basées sur la honte ou la peur, sous-régulées)
Régulation des émotions dans le processus	Focalisation cohérente sur les émotions, retour empathique sur l'expérience vécue ( <a href="#">section 3.2</a> et <a href="#">4.3.2</a> ) Empathie (reflet, observation du processus, supposition empathique, empathie évocatrice) ( <a href="#">section 3.2.3</a> ) Création d'un environnement favorable aux émotions ( <a href="#">section 3.2</a> et <a href="#">4.2</a> )	Validation de la peur des émotions ( <a href="#">section 4.1</a> ) Respiration diaphragmatique. Présence rassurante de la thérapeute ( <a href="#">section 2.5.2</a> et <a href="#">2.7</a> ) S'accorder à l'affect du client ( <a href="#">section 3.2</a> ) Ajustement de l'empathie (voix solide et soutenue)
Interventions	Focusing ( <a href="#">section 3.2.4</a> ) Auto-interruption ( <a href="#">section 3.4.2</a> )	Clearing a Space ( <a href="#">section 3.4.2</a> ) Auto-apaisement ( <a href="#">section 3.4.4</a> )
Favoriser la régulation des émotions entre les séances	Promotion de la régulation émotionnelle entre les séances Accroître la prise de conscience à travers : journal des émotions (fiche de travail 3) et auto-observation (fiches de travail 1 à 4) Psychoéducation et devoirs ( <a href="#">section 3.5</a> )	Amélioration de la tolérance émotionnelle à travers : compétences comportementales Mindful Self-Compassion, yoga Ancrage, lieu sûr Internalisation de la présence apaisante de la thérapeute empathique
Régulation implicite des affects	Transformation des émotions (par ex. à travers l'intervention de la chaise vide) ( <a href="#">section 3.3.3</a> )	Co-régulation interpersonnelle de l'affect par le biais de la relation thérapeutique ( <a href="#">section 3.4.3</a> )

### 3.4.1 Rendre accessibles les émotions sur-régulées et clivées

Paradoxalement, la voie royale pour une régulation réussie des émotions est de rendre conscient le vécu implicite et de diriger sur lui la lumière de la lampe de poche, pour que le vécu puisse être ressenti consciemment. La dérégulation émotionnelle résulte généralement de l'évitement, du blocage, de la mise à l'écart, de l'ignorance ou de l'engourdissement des expériences douloureuses et angoissantes. Comme une balle que l'on pousse profondément sous la surface de l'eau et qui, ensuite, rebondit violemment à la surface et au-delà, les expériences évitées se manifestent tôt ou tard avec une intensité concentrée.

De nombreux clients souffrant de difficultés à réguler leurs émotions oscillent entre l'engourdissement émotionnel (émotions primaires) et la submersion émotionnelle (émotions secondaires). Ces deux éléments consolident leur expérience d'eux-mêmes comme étant faibles et incapables de faire face aux émotions négatives.

Réguler ses émotions implique d'être capable d'approcher l'expérience douloureuse, de la ressentir consciemment, de l'accepter, de la symboliser et d'y trouver un sens, pour pouvoir finalement l'utiliser dans le sens de ses objectifs, de ses besoins et de son bien-être. Si, en tant que thérapeute, nous ne parvenons pas, au début de la thérapie, à créer un espace dans lequel les clients se sentent invités et suffisamment en sécurité pour explorer leur vécu redouté, nous ne serons pas des coachs émotionnels efficaces pour eux. En ce sens, la première phase de la thérapie, discutée à la [section 3.2](#), qui consiste à encourager une attitude ouverte, curieuse et orientée vers l'approche chez le client, est l'étape la plus importante pour favoriser une régulation réussie des émotions. La deuxième étape consiste à se concentrer sur l'expérience de manière amicale mais cohérente et à prendre le pouls émotionnel du client moment par moment (Greenberg, 2015).

La prise de conscience des émotions déconnectées ou surrégulées peut être encouragée de différentes manières. En séance, le reflet empathique (« je vois une larme dans vos yeux ») et l'observation du processus (« pendant que vous dites cela, votre voix se transforme ») aident à rendre l'expérience implicite explicite. La supposition empathique (« vous êtes tellement en colère parce que vous êtes blessé. Quelle est cette blessure ? ») est l'intervention de base utilisée pour approfondir l'expérience et mettre en lumière la vulnérabilité émotionnelle. Les thérapeutes ne doivent pas

s'attendre à ce que la vulnérabilité apparaisse comme par magie. Il faut beaucoup d'habileté thérapeutique et une attention constante aux expériences plus profondes pour faire remonter à la surface la partie immergée de l'iceberg. Le vécu plus profond et clivé devient accessible lorsque les thérapeutes parviennent à ne pas écouter le contenu, mais à se focaliser sur le son de la musique et à écouter la mélodie. Rendre les émotions douloureuses accessibles signifie toujours valider la peur de les ressentir (« cela fait peur d'accueillir cette douleur, mais la douleur est là et elle est importante. Êtes-vous d'accord d'y passer un moment ? » ou « il y a ce mur qui vous protège, mais derrière ce mur il y a un enfant seul et apeuré. Pouvez-vous parler à partir de lui ? ») ([section 4.1.1](#)).

Outre les interventions axées sur le processus, qui peuvent rendre accessibles les émotions bloquées et surrégulées, certaines tâches et interventions thérapeutiques spécifiques se sont révélées particulièrement utiles. Le focusing ([section 3.2.4](#)) permet d'améliorer la conscience du ressenti et de symboliser un sentiment corporel confus. Dans le focusing, le client est invité à tourner son regard vers l'intérieur et à observer son vécu avec bienveillance. De plus, l'attitude d'acceptation et de curiosité du client envers son vécu l'aide à établir et à maintenir une relation bienveillante avec ses émotions. Une autre intervention est la mise en scène du clivage auto-interruptif. Ici, le client met en scène la partie intérieure qui interrompt, clive et bloque l'émotion et, du côté du ressenti, le coût de ce processus est rendu perceptible. Le clivage auto-interruptif est l'intervention standard pour gérer les émotions bloquées et interrompues ([section 3.4.2](#)).

## ► Améliorer la conscience du vécu

Chez les clients ayant une conscience très limitée de leur propre vécu et peu de contact avec celui-ci (peu de profondeur de vécu), la question se pose toujours de savoir si cela découle d'un manque de motivation ([section 4.1.1](#)) ou d'un déficit de compétences. Les clients qui ont grandi dans un environnement dépourvu d'émotions n'ont pas la compétence de lire leurs sentiments et de les classer. En effet, pour développer la conscience de son propre vécu, un enfant a besoin d'être vu et reflété par des adultes et il faut aussi que ses parents puissent mettre des mots sur leur propre vécu. Les clients présentant des déficits de compétences bénéficient de recevoir une

psychoéducation et de devoirs sous forme de guides d'auto-observation. La section suivante est consacrée à ce sujet.

## ► Psychoéducation

Lorsqu'il existe des déficits de compétences dans la reconnaissance et la lecture de son propre vécu, un peu plus de psychoéducation que la normale peut être utile (Warwar & Ellison, 2019). Contrairement à d'autres approches thérapeutiques, la psychoéducation en EFT/TCE est axée sur le processus et s'oriente vers la zone proximale du développement du client (Vygotsky, 1986), si le client est ouvert à une information nouvelle et importante. La psychoéducation se fait sous forme d'apprentissage ciblé (« hot teaching ») à des moments où une fenêtre s'ouvre, où le client est ouvert et réceptif (« teachable moments ») ([section 3.5](#)).

## ► Devoirs et introspection

Les clients présentant des déficits de compétences bénéficient de devoirs entre les séances, qui favorisent l'introspection et le développement d'une attitude attentive au paysage intérieur de l'expérience. L'EFT/TCE ne peut fonctionner que si les clients comprennent qu'ils ont des émotions (et tout le monde en a !) qui guident leur comportement, même s'ils n'en ont pas conscience et n'y ont pas accès pour le moment. Nous invitons donc nos clients à tendre l'oreille vers l'intérieur et à écouter leur mélodie interne, à la fois pendant la séance et en dehors de la thérapie. Nous encourageons leur écoute musicale, pour ainsi dire. Pour certains clients, cela demande un peu plus de discipline et de pratique, pour d'autres moins. Lorsque nous donnons des devoirs, nous nous assurons que les clients comprennent pourquoi et comment les devoirs vont les aider à développer leur oreille musicale. Il est également important qu'ils comprennent comment cela peut les aider à devenir le chef d'orchestre de leur orchestre intérieur et à y créer plus d'harmonie et la symphonie souhaitée. Si les clients ne font pas leurs devoirs, cela signifie que nous leur avons imposé un morceau de musique trop difficile et nous essayons de comprendre avec eux comment et ce qui les a bloqués et comment on pourrait adapter les devoirs.

Les fiches de travail 1 à 5 peuvent être utilisées pour améliorer la perception émotionnelle de soi.



### 3.4.2 Mise en scène de l'auto-interruption en cas d'émotions surrégulées et interrompues

Monsieur J. est un homme qui a bien réussi. Il vient en thérapie parce qu'il se sent déprimé et sans motivation après la séparation de sa petite amie. Pendant les séances, sa narration est externe, il parle d'une voix monotone et la thérapeute a du mal à se sentir vraiment proche de lui et à se mettre à sa place. Monsieur J. montre peu d'émotions pendant les séances. Lorsqu'il est en contact avec la tristesse, il la ravale immédiatement et n'y a plus accès par la suite.

Comme leur nom l'indique, les processus d'auto-interruption se produisent lorsque les clients bloquent, repoussent, couvrent ou interrompent l'expression de leurs émotions et de leurs besoins (Greenberg *et al.*, 1993 ; Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg, 2015 ; Greenberg *et al.*, 2019). L'auto-interruption peut donc se produire à deux niveaux : dans le ressenti et dans l'expression des émotions et des besoins.

Dans la mise en acte sur deux chaises pour l'auto-interruption, nous travaillons sur la manière dont le côté interruptif du client repousse son vécu et ce qu'il en coûte à la partie qui ressent. Le client ressent qu'il est l'auteur de ce processus et peut ainsi l'influencer activement. Dans des ouvrages antérieurs, l'intervention du clivage auto-interruptif était appelée « clivage sujet-objet » (Greenberg, 1979). Ce terme souligne le fait que les processus d'auto-interruption conduisent à l'objectivation de notre soi. Le dialogue avec les chaises vise à faire ressentir aux clients qu'ils sont les sujets actifs de ce processus. Cela implique qu'ils prennent conscience de l'auto-interruption, qu'ils ressentent comment elle se produit et quel en est l'impact (le coût) sur leur vie (par exemple, « je ne suis pas blessé, mais je ne me sens proche de personne »). Le fait de ressentir le coût de l'interruption de soi déclenche une tendance opposée (par exemple, « je veux me sentir proche des autres »). Si les clients ressentent qu'ils sont les auteurs de ce processus, ils peuvent aussi l'influencer activement.

#### ► Le problème de gestion sous-jacent



L'auto-interruption est très fréquente dans le processus thérapeutique. Elle se produit généralement de manière hautement automatique et inconsciente (Weston, 2018). On fait la distinction entre une auto-interruption dite forte et une auto-interruption dite faible. L'auto-interruption faible se produit lorsque les clients se distancient de leur ressenti pendant une courte période, mais qu'ils entrent à nouveau en contact avec lui grâce au recentrage empathique de la thérapeute. Dans ces cas, on ne fait pas de mise en acte avec les chaises, mais on cible le problème de gestion par un recadrage empathique (par exemple : « je comprends ce que vous dites, mais revenons à ce sentiment de... »). L'observation du processus peut également aider à contourner l'auto-interruption douce (par exemple, « j'ai remarqué que vous riez chaque fois que vous êtes en contact avec un sentiment douloureux. Êtes-vous d'accord de rester un moment avec cette douleur sans rire ? »).

L'auto-interruption est dite dure quand les clients ne parviennent pas à retrouver l'accès à leur expérience ou à leur besoin (« je viens de ressentir cette douleur, mais maintenant elle semble s'être effacée »). Dans ce cas, un dialogue à deux chaises est indiqué pour le clivage autocritique.

L'auto-interruption peut prendre deux formes :

- 1) soit il s'agit d'une *interruption d'émotions adaptées* (colère, tristesse, empathie envers soi-même, douleur) ou de *besoins légitimes*. Ce type d'auto-interruption apparaît souvent dans le travail avec la chaise vide et empêche sa résolution ;
- 2) l'auto-interruption peut également être *une forme habituelle de gestion négative de soi* (« les besoins des autres sont plus importants que mes propres besoins » ou « il vaut mieux ne pas avoir besoin des autres »). Ce type d'auto-interruption est souvent observé chez les clients dont l'expérience d'eux-mêmes est fragile.

Les processus d'auto-interruption sont toujours des processus anxieux et sont accompagnés de processus émotionnels, cognitifs et somatiques. À court terme, l'auto-interruption entraîne un sentiment de soulagement et de contrôle car elle permet d'éviter un état de peur. Mais à moyen terme, elle entraîne un malaise, un vide intérieur, un désespoir, une résignation, une impuissance et un sentiment de déconnexion (Greenberg, 2015). Les

personnes qui s'interrompent beaucoup se sentent souvent comme des objets ou des victimes. Bloquer ou interrompre ses émotions empêche de pouvoir en assumer la responsabilité (Greenberg, 1979).

L'auto-interruption sert toujours à se protéger. Si l'on ne ressent rien, si l'on ne révèle rien de soi et si l'on n'a pas besoin des autres, on ne peut être ni déçu ni blessé. On est conforme, petit, invisible, mais on se sent en pseudo-sécurité. Les processus d'auto-interruption sont fréquents chez les clients souffrant de troubles d'internalisation (c'est-à-dire de surrégulation émotionnelle), comme les troubles alimentaires, la dépression, les troubles de la douleur, les troubles post-traumatiques ou les troubles anxieux.

### ► Le marqueur

L'interruption de soi peut se manifester à différents niveaux (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

- Dans le dialogue sur la chaise vide, *les émotions adaptées* sont interrompues (par exemple, la colère adaptée, la tristesse, la vulnérabilité, la douleur).
- Les clients ont des systèmes *de croyances ou des valeurs* basés sur l'auto-interruption (« la colère est un péché », « on ne fait pas son propre éloge », « pleurer est un signe de faiblesse », « si je me focalise sur moi-même, je suis égoïste et je fais du mal aux autres »).
- *Craintes catastrophistes* face aux émotions dangereuses (« si je commence à pleurer, je ne pourrai plus jamais m'arrêter », « si je suis en contact avec ma douleur, je vais me briser »).
- L'auto-interruption peut se manifester au *niveau somatique* (les larmes sont ravalées, les émotions sont contrôlées par des tensions dans le cou, les émotions sont somatisées).
- *L'auto-interruption habituelle* se manifeste par un engourdissement émotionnel, un contrôle excessif de soi, un sentiment de culpabilité lors de l'expérience des besoins ou par une dissociation.

**Le marqueur d'une auto-interruption a trois aspects :**

La personne commence à ressentir une émotion ou un besoin.

L'émotion ou le besoin est interrompu(e), observé(e) par le client ou par la thérapeute.

Le client ressent des conséquences négatives suite à l'auto-interruption, par exemple un vécu somatique négatif (sensation d'étouffement, oppression thoracique, maux de tête) ou un vécu émotionnel négatif (désespoir, résignation, sentiment de victimisation).

### **Exemples :**

Cliente 1 : La semaine dernière, je me suis disputée avec mon mari, je me suis enfuie au milieu de la dispute et j'ai eu un mal de tête terrible pour le reste de la soirée.

Client 2 : Hier, mon fils a encore passé la nuit sur l'ordinateur. Mais je n'ai tout simplement pas pu m'imposer. Je ne peux jamais m'imposer, je me sens tellement désespéré.

### **► L'intervention**

L'objectif principal de cette intervention est d'amener les clients à se réapproprier leurs émotions et leurs besoins refoulés ou externalisés, à les reconnaître comme faisant partie d'eux-mêmes, à les accepter et à en assumer la responsabilité. Une fois que les émotions et les besoins sont de nouveaux tangibles pour le client, on peut chercher les moyens de les satisfaire au mieux dans la vie réelle. Cela implique parfois la recherche et l'expérimentation de modes d'expression appropriés (Greenberg *et al.*, 1993). Parfois, l'expression de l'émotion n'est pas une nécessité, il suffit de ressentir le sentiment en soi, de le comprendre et de l'accepter (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

Pour prendre la responsabilité de son ressenti, il faut *prendre conscience* du processus d'auto-interruption (Elliott *et al.*, 2013). La plupart du temps, il est plus efficace, plus évocateur et plus inclusif que les clients mettent en scène l'action de l'auto-interruption (*le comment de l'auto-interruption*) plutôt que le quoi ou le pourquoi (*en parler ou le comprendre*) (Greenberg, 1979 ; Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). La thérapeute aide le client

à s'identifier aux deux côtés, le sujet qui fait l'interruption et l'objet qui subit l'interruption. Pour évoquer un changement, les clients doivent s'identifier au sujet qui interrompt et à sa fonction de protection.

L'auto-interruption est une intervention paradoxale. En mettant en scène la façon dont les clients se transforment en objet (« ne ressens rien », « n'aie besoin de rien », « tu ne survivras pas à cela »), ils déclenchent souvent une contre-réaction rebelle (« mais je veux ressentir », « j'ai besoin de cela », « je suis assez fort pour y faire face »).

La tâche du thérapeute est de mettre en scène cette auto-interruption à tous les niveaux du vécu :

- *acte physique* (piétiner les émotions, jeter le vécu hors de la pièce, rabattre une couverture par-dessus) ;
- *métaphorique* (emprisonner, incinérer, étouffer) ;
- *verbal* (« tais-toi », « ne ressens rien », « tu ne peux pas y survivre »).

La [figure 3.6](#) illustre le déroulement de l'intervention du clivage auto-interruptif. (adapté de Vrana, 2020 ; Greenberg, 2021).

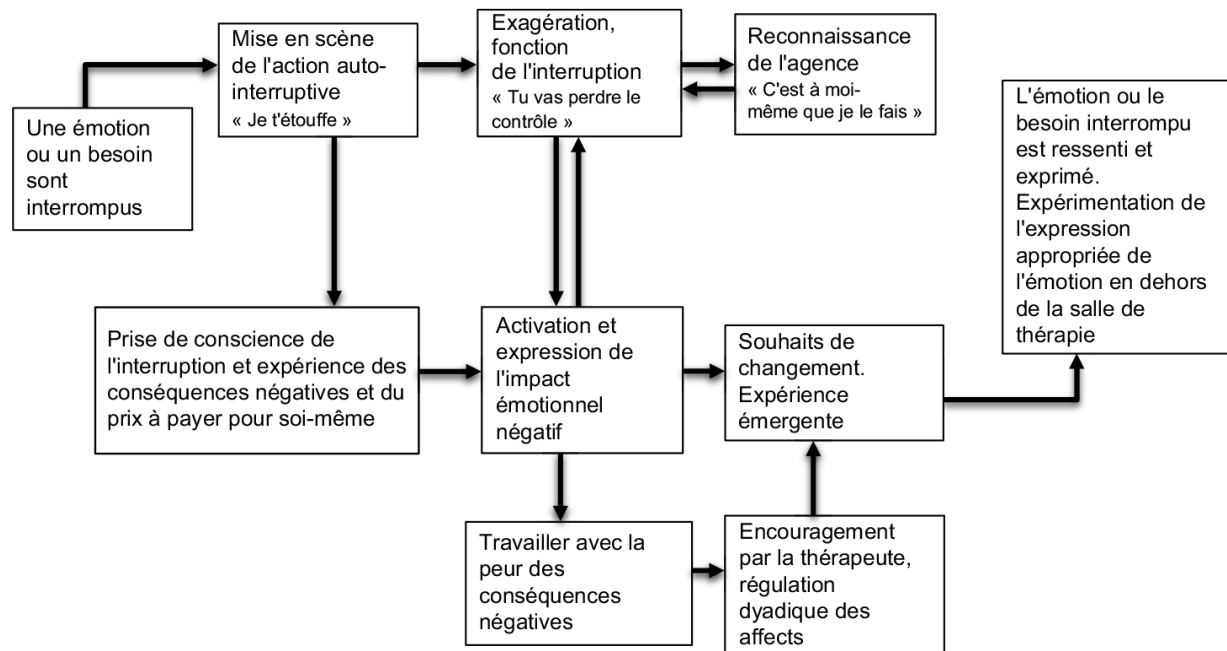


Figure 3.6. Déroulement de l'intervention du clivage auto-interruptif (adapté de Vrana, 2020 ; Greenberg, 2021).

**Tableau 3.7.** Clivage auto-interruptif : étapes de la résolution  
(adapté de Greenberg *et al.*, 1993 ; Paivio & Pascual-Leone, 2010 ; Elliott *et al.*, 2013).

Côté expérientiel	Côté interrompant
<p><b>1. Marqueur de clivage auto-interruptif</b>  C : « Il y a quelques instants, j'avais ce sentiment, maintenant il a disparu. »  T reflète le marqueur.  T : « Il semble qu'il y ait une partie en vous qui fait disparaître la colère. Êtes-vous d'accord pour que nous travaillions là-dessus aujourd'hui ? » et introduit la tâche.  T : « Venez de ce côté et incarnez la partie qui fait disparaître la colère. »</p>	<p><b>2. Mise en scène de l'action d'auto-interruption</b>  T : « Soyez le mur qui fait disparaître vos sentiments. Comment le faites-vous exactement ? »  Intensifier et exagérer l'interruption.  T : « Répétez l'action. Faites-le davantage. »</p>
<p><b>3. Exploration de l'effet de l'auto-interruption</b>  <b>C ressent le bénéfice à court terme de l'interruption.</b>  C : « Merci d'être là, tu me protèges. »  T favorise la prise de conscience des effets à long terme par une intervention paradoxale.  T : « Remerciez la partie qui interrompt. Dites-lui qu'elle doit vous débarrasser de votre colère pour le reste de votre vie. »  <b>C ressent les effets à long terme de l'interruption.</b>  C : « Sans colère, je me sens vide et sans espoir », le coût de l'interruption</p>	<p><b>4. Fonction de l'auto-interruption</b>  Lorsque le client ne fait pas face à des coûts négatifs à long terme de l'interruption, le T favorise la connexion avec les souvenirs épisodiques en créant un pont affectif.  T : « Quand dans votre vie avez-vous appris qu'il valait mieux ne pas être en colère ? » ou favorise la prise de conscience de la fonction de l'interruption en mettant en scène une situation anxiogène.  T : « Faites-lui vraiment peur pour une fois. Que se passerait-il s'il ressentait sa colère ? »</p>
<p>C : « Je ne peux pas m'affirmer et à la longue, je deviens vraiment dépressif. Je ne peux pas vivre comme ça » et assume la responsabilité  C : « Je me fais ça à moi-même, mais je ne suis pas obligé de le faire. »</p>	
<p><b>5. Accès à l'émotion interrompue</b>  T favorise la prise de conscience de l'émotion précédemment réprimée et encourage son expression.  T : « Comment vous sentez-vous en disant cela ? »  C : « Cela me met vraiment en colère. »</p>	

Côté expérientiel	Côté interrompant
<p><b>6. Expression et confiance en soi</b>  L'émotion précédemment interrompue ou clivée est ressentie et exprimée. Le T renvoie l'expression de l'émotion précédemment interrompue dans le dialogue avec la chaise vide.  T : « D'accord, maintenant nous allons faire revenir votre père dans la chaise vide. Parlez-lui de votre colère » ou invite à expérimenter une expression appropriée de l'émotion dans le jeu de rôle.</p>	

## ► Le processus de changement

La résolution du clivage auto-interruptif se fait en six étapes ([tableau 3.7](#)). L'intervention est décrite en s'inspirant de Greenberg *et al.*, 1993 et Paivio & Pascual-Leone, 2010 ; Elliott *et al.*, 2013.

## ► Exemple pratique

### ● Étape 1 : Le marqueur est identifié

L'intervention commence par l'identification et la désignation du marqueur.

Client : « Je suis tellement en colère contre mon père. (père assis sur la chaise vide) »

Thérapeute : « Dites-le-lui. »

Client : « Je ne pourrais jamais faire ça. Je ne pourrais jamais lui dire que je suis en colère. Je ravale tout cela. Même maintenant, c'est impossible de le dire. »

Après l'apparition du marqueur, la thérapeute structure le dialogue en dissociant les deux parties du soi et en favorisant le contact entre elles.

Thérapeute : « Venez de ce côté. Soyez la partie qui repousse la colère. Comment faites-vous cela ? »

## ● Étape 2 : Mise en scène de l'action auto-interruptive et intensification de l'interruption

L'important dans la mise en scène de l'auto-interruption est le comment de l'action et non le pourquoi. Mettre en scène quelque chose et ressentir ses effets est plus efficace que d'en parler ou de le comprendre (Greenberg, 1979). Les interventions standards du thérapeute sont par exemple « *comment* vous rendez-vous impuissant ? », « *comment* vous empêchez-vous d'être triste ou en colère ? », « *faites-le*, empêchez-le de ressentir quelque chose ! » ou « retenez ses larmes ! ».

L'utilisation *d'images ou de métaphores* est également particulièrement utile. Par exemple si le client se coupe de ces émotions, la thérapeute peut l'inviter à mettre cette interruption en scène en disant : « *Soyez ce mur !* », « *soyez le tissu qui étouffe la colère* » ou « *soyez la radio bruyante qui étouffe la voix intérieure* ».

À ce stade, il est bon d'exagérer le traitement négatif de soi-même. L'exagération aide à mettre en lumière des aspects inconscients (par exemple, la façon dont les muscles de la mâchoire sont comprimés). La répétition aide également à ramener l'inconscient à la conscience (« faites-le encore une fois ! », « dites-le encore une fois, cette fois-ci un peu plus fort »).

Thérapeute : « Quelque chose en vous fait disparaître la colère. Comment cela se passe-t-il ? »

Client : « Eh bien, mon père est une personne tellement puissante. Je cède toujours très vite et je craque. »

Thérapeute : « Venez de ce côté » (en montrant la deuxième chaise) « et soyez cette partie qui repousse la colère, qui le conduit à craquer. Comment cela se passe-t-il ? Que lui dites-vous ? »

Client : « Tu n'as pas le droit de le contredire. Ne vous mettez pas en colère contre lui, c'est dangereux... »

Thérapeute : « Dites-le encore une fois. C'est totalement dangereux. Faites-lui vraiment peur. »

Client : « Attention. Tu n'auras encore rien à dire. »

Thérapeute : « Et maintenant, soyez la partie qui le laisse sans voix, qui fait que les mots se bloquent dans sa gorge. »

Client : « Tu vas bégayer, tu vas finir par être à nouveau beaucoup trop émotif et cela va définitivement briser la relation. Tu n'es tout simplement pas à la hauteur. Tu n'as qu'à te taire et te rendre tout petit. »

Thérapeute : « Dites-lui encore une fois. »

Client : « Écrase-toi et ferme ta gueule. Obéis simplement comme un chien. »

Thérapeute : « C'est ça, obéis comme un chien. Comment l'amenez-vous à se soumettre ? »

Client : « Je le frappe avec les pieds. » (se lève et donne un coup de pied à la chaise qui ressent)

### ● Étape 3 : Ressentir le coût de l'interruption

À présent, la thérapeute favorise l'identification avec le côté qui ressent, qui est traité comme un objet. *Les effets et les coûts de l'interruption* sont rendus vivants et introduits dans le dialogue. La thérapeute invite le client à parler du point de vue de l'objet, ce qui lui permet d'arriver émotionnellement à cet endroit.

Thérapeute : « Venez de l'autre côté » (du côté qui ressent). « Comment vous sentez-vous ? »

Client : « Euh, c'est difficile. Ça fait mal. Je ne suis pas un chien qui se laisse piétiner. Je ne veux pas être piétiné. J'ai un point de vue légitime et je veux le faire savoir à mon père. Quand j'entends comment ce côté me traite, je suis vraiment en colère. »

Thérapeute : « D'accord, et maintenant nous allons faire venir votre père. Dites-lui que vous êtes en colère. »



Client : « Ce n'est pas possible... »

Thérapeute : « Bon, alors nous allons de nouveau faire venir la partie qui vous interrompt sur cette chaise. » (pointant la chaise de la partie interruptrice). « Dites-lui ce que cela fait d'être piétiné comme un chien et de devoir s'écraser. »

Client : « C'est humiliant, je dois m'écraser et me cacher dans la niche du chien. »

Thérapeute : « Faites-vous tout petit et cachez-vous dans la niche du chien. Comment vous sentez-vous ? »

Client : (se faisant tout petit sur sa chaise) « Mal. C'est comme si je devais me dissoudre, comme si j'étais une coquille vide. Un moins que rien. » (pause) « Je ne peux pas vivre comme ça. »

Thérapeute : « Que voulez-vous faire ? »

Client : « Sortir de la niche. Devenir visible, dire ce que j'ai à dire. »

Une autre étape de la résolution est la reconnaissance de la paternité. Ce n'est pas l'autre qui est à l'origine de l'interruption, mais une partie de soi-même. Avec cette prise de conscience, on peut également en assumer la responsabilité. La reconnaissance de la paternité et du coût de l'interruption conduit à l'émergence d'un nouveau sentiment, par exemple la douleur, l'insécurité, la peur, la colère. L'important est de remplir le vide du côté qui ressent avec une émotion.

Thérapeute : « Venez du côté qui interrompt. Qu'est-ce que ça fait d'entendre ça ? »

Client : (change de chaise, du côté interrupteur). « Cela m'affecte de le voir comme ça. Je ne veux pas qu'il se sente comme un chien. Cela ne lui fait pas de bien. Ce que je fais n'aide pas. »

Thérapeute : « Dites-lui. »

Client : « Je ne veux pas que tu te sentes comme un chien. Ce n'est pas ce que je veux... »

## ■ Étapes 4 à 6 : Accès et expression de l'émotion coupée, « empowerment »

La résolution est atteinte lorsque le client a accès à ses émotions déconnectées et qu'il peut les conduire à s'exprimer.

Thérapeute : « Bon, alors nous allons faire revenir votre père. Que lui dites-vous ? » (la thérapeute passe au dialogue sur la chaise vide avec le père pour vérifier que l'auto-interruption est résolue).

Client : « Je suis différent de toi et je défends un point de vue différent du tien. Cela me met en colère que tu ne veuilles ou ne puisses pas entendre mon point de vue. Mais même si tu ne veux pas m'écouter, je continuerai à défendre mon point de vue. Car mon point de vue est aussi important que le tien. Ta colère ne me fait plus peur. Bien au contraire. Elle me montre que tu te sens menacé par moi. Elle me montre que ce que j'ai à dire a un sens. »

Le fait de ressentir et d'exprimer ses émotions et ses besoins permet de renforcer l'expérience de nous-mêmes. Plus le client se sent fort et résilient, moins il a besoin de se protéger en s'interrompant.

Il peut également être utile d'expérimenter en séance l'expression de son besoin et de son émotion d'une manière qui soit cohérente et qui augmente la probabilité que le besoin soit satisfait dans le monde réel (Greenberg *et al.*, 1993). Exprimer certaines émotions (adaptées) (principalement la colère et la douleur) sans déclencher une réaction négative en retour chez l'autre personne, qui se sentirait honteuse, humiliée ou infantilisée, relève du grand art (Greenberg, 2015). Expérimenter l'expression de ses émotions et des besoins associés en présence du thérapeute peut être une étape intermédiaire importante pour pouvoir également faire des expériences correctives dans le monde réel.

### ► Difficultés fréquentes

#### ■ Trop tôt, trop souvent

L'une des difficultés tient au fait que l'intervention d'auto-interruption est effectuée trop tôt et en cas d'interruption douce. Comme nous l'avons dit au début, l'auto-interruption est très fréquente. Dans la mesure du possible, nous essayons de contourner l'auto-interruption par l'approfondissement empathique, par la re-focalisation ou l'observation du processus et en laissant le client se tourner vers son expérience interne.

### ● **Se concentrer trop sur les aspects cognitifs plutôt que sur l'action qui interrompt**

Une autre difficulté peut venir du fait que les thérapeutes se focalisent trop sur les aspects cognitifs plutôt que sur la mise en scène de l'action auto-interruptive. La résolution de l'auto-interruption implique que les clients ressentent à quel point ils se maltraitent. La mise en scène du sujet agissant, qui fait du soi ressenti un objet, conduit au changement. La mise en scène de l'action d'auto-interruption en tenant compte des aspects somatiques et de la tendance à l'action est décisive pour la résolution.

### ● **Différence par rapport au processus d'autocritique**

Dans le cas de la critique interne, c'est le jugement négatif porté sur soi qui est au premier plan (« tu es un raté »). Dans l'auto-interruption, nous nous concentrons davantage sur l'action (le comment de l'interruption). Les processus physiques non verbaux jouent un rôle important.

### ● **Jeux de rôle**

À la fin de cette intervention, il est important d'expliquer aux clients la différence entre ressentir une émotion et l'exprimer. Le plus important est de ressentir une émotion adaptée en soi et de pouvoir la contenir. Dans un cadre thérapeutique sûr, il est également utile d'expérimenter son expression. Les émotions compliquées, telles que la colère auto-affirmée, peuvent notamment être pratiquées avec le thérapeute, de sorte que leur expression aboutisse à l'objectif souhaité (Greenberg *et al.*, 1993). Cependant, dans la vie réelle, il peut être contre-productif d'exprimer une émotion, même si elle est adaptative. Par exemple, il peut être contre-productif d'exprimer de la colère à son supérieur hiérarchique, même si celle-ci est adaptative et assertive. En revanche, il est important de ressentir

cette colère en soi et de valider le besoin blessé d’être traité avec respect qui y est associé.

### ● **Traitement négatif de soi-même**

Le traitement négatif de soi (« negative treatment of self ») doit être résolu avant de pouvoir résoudre un traitement négatif par les autres (comme « Unfinished Business » ou « Ongoing Business ») (Sharbanee *et al.*, 2019). Le traitement négatif de soi-même peut prendre bien d’autres formes que l’auto-interruption, à savoir : s’adapter excessivement et faire plaisir aux autres, se faire tout petit et faire passer ses propres besoins au second plan, tenir ses semblables à distance ou entrer dans un mode de fonctionnement excessif.

### ► **Devoirs et exercices**

Si les clients s’interrompent de manière très habituelle, il est utile de continuer à observer l’auto-interruption après la séance. Cela peut prendre la forme d’un journal de bord, d’exercices basés sur la pleine conscience ou de devoirs à domicile ([section 3.5](#)).

### **3.4.3 Réguler à la baisse les émotions excessives**

Les émotions secondaires se présentent fréquemment sous une forme sous-régulée. Même les émotions inadaptées, très profondes et douloureuses, peuvent être dérégulées lorsqu’elles sont évoquées pour la première fois. Pour les clients très sous-régulés (par exemple, les clients présentant des symptômes de stress post-traumatique ou une structure de personnalité borderline), il peut être utile, dans la première phase de la thérapie, d’enseigner des compétences de régulation des émotions, de stabilisation et d’augmentation de la tolérance aux émotions (Linehan, 1993).

Lorsque les clients ont tendance à être submergés par leur vécu, il s’est avéré utile d’adapter le style empathique au cours du processus thérapeutique. Plutôt que d’utiliser une voix et un langage évocateurs qui activent le ressenti, il est préférable d’adopter un ton solide et factuel qui aide à maintenir et à encadrer le ressenti (Pos & Choi, 2019). Nous ne nous accordons donc pas seulement à l’affect du client (« empathic attunement

»), mais nous adaptons notre empathie à la dérégulation émotionnelle du client (« attuned empathy »). Les clients fortement surrégulés bénéficient d'une empathie évocatrice qui aide à activer et à encourager le ressenti. Les clients fortement sous-régulés bénéficient d'une empathie encadrante qui aide à contenir l'affect sans qu'il déborde.

Les clients émotionnellement dérégulés bénéficient non seulement de compétences spécifiques, d'interventions thérapeutiques et de tâches, mais aussi et surtout de la co-régulation interpersonnelle implicite de l'affect par le fait d'être en relation avec la thérapeute.

### ► Régulation implicite des émotions par le biais de la relation (régulation de l'affect)

Dans la régulation des émotions dérégulées, outre la question de savoir ce que nous faisons en tant que thérapeute pour réguler celles-ci, la question cruciale est avant tout de savoir comment nous, en tant que thérapeute, sommes présents avec le client dans l'ici et maintenant (Geller, 2018). La thérapeute et la relation thérapeutique jouent un rôle clé dans la régulation implicite des affects (Cozolino, 2019 ; Greenberg, 2017 ; Schore, 2019). La dérégulation des affects est un processus hémisphérique droit, involontaire, implicite et inconscient. Elle est la conséquence de l'échec de la régulation dyadique des affects dans la petite enfance (Tronick, 1989 ; Schore, 2003, 2009).

De même que la dysrégulation affective est née dans un contexte interpersonnel, la voie royale pour réguler l'affect dysrégulé dans l'ici et maintenant de l'espace thérapeutique est d'être en relation (Cozolino, 2019 ; Schore, 2019 ; Greenberg, 2021). La théorie polyvagale (Porges, 2011) fournit des preuves empiriques de la co-régulation interpersonnelle implicite des affects. Celle-ci explique comment le nerf polyvagale établit une connexion entre notre cerveau (le système nerveux central) et nos organes viscéraux (les tripes). Nous disposons d'antennes fines qui reçoivent et décodent sans cesse et inconsciemment des signaux de sécurité ou de danger provenant de notre environnement social. Les signaux perçus au niveau subliminal sont traités inconsciemment et influencent les organes viscéraux et les états physiologiques (par exemple la respiration, le rythme cardiaque) sans que nous nous en rendions compte. En cas de sécurité

perçue, notre organisme se détend et nous nous engageons dans des interactions sociales ; en cas de danger perçu, l'alarme se déclenche et l'organisme active des stratégies d'autoprotection (Porges, 2011). Les clients nous lisent donc sans cesse et inconsciemment, nous les thérapeutes, et leur organisme réagit différemment en fonction de ce qu'ils perçoivent et traitent inconsciemment. Les stimuli les plus importants pour la perception de la sécurité sont les suivants :

- une expression faciale bienveillante (yeux chaleureux, front lisse, bouche détendue et amicale, etc.) ;
- un contact visuel chaleureux et direct (versus l'absence de contact visuel) ;
- prosodie vocale rassurante (mélodie de la phrase, intonation, rythme) ;
- posture ouverte et légèrement en avant ;
- focalisation de l'attention détendue sur le client (Geller & Porges, 2014).

Il est donc fondamental d'être conscient de nos expressions faciales, de nos gestes et du ton de notre voix, et de veiller à ce que la communication dans le cabinet soit avant tout non verbale. De petits changements dans le ton ou l'expression du visage de la thérapeute peuvent suffire à déclencher le détecteur de fumée du client et à activer des mécanismes d'autoprotection ainsi que des peurs anticipées ([section 4.1.1](#)). Les clients vulnérables ayant vécu de mauvaises expériences dans l'enfance, des traumatismes ou des négligences, ont des antennes extrêmement fines qui détectent la fumée, même lorsqu'il n'y en a pas.

La co-régulation implicite de l'affect se fait de deux manières. D'une part, comme nous l'avons vu, entre le cerveau (sécurité perçue) et le corps (organes viscéraux) d'une personne, mais aussi de manière interpersonnelle entre les systèmes nerveux de deux personnes en interaction (Cozolino & Sproaky, 2006 ; Cozolino, 2019 ; Porges, 2011 ; Schore, 2009 ; Siegel, 2012). Le calme et la sécurité ressentis par une personne se transmettent à l'autre personne, activant les mêmes ressentis chez elle (Geller, 2018). C'est pourquoi, en tant que thérapeutes, il ne suffit pas d'exprimer la sécurité et le calme, nous devons également les ressentir nous-mêmes (Geller, 2018 ; Watson & Wiseman, 2021). Le fait de se sentir ancré, calme, en sécurité et

présent dans le moment présent aide le client à se sentir également centré, calme et présent. Il existe différentes façons d'établir la présence thérapeutique en tant que professionnels (Geller, 2018). La présence thérapeutique peut être pratiquée avant la séance de thérapie, pendant celle-ci et entre les séances. De nombreux exercices sont disponibles dans l'ouvrage de Shari Geller (Geller & Greenberg, 2012 ; Geller, 2017). La manière la plus simple et la plus rapide de calmer son propre système sympathique avant une séance et de réduire les mécanismes défensifs et l'anxiété est de respirer profondément et de manière diaphragmatique (fiche de travail 5). La respiration consciente peut également être coordonnée avec des mouvements, ce qui aide à augmenter le calme et la présence thérapeutiques (fiche de travail 9).

### ► Régulation explicite des émotions pendant la séance

La respiration diaphragmatique en séance est une intervention utile pour réguler l'affect dérégulé. Souvent, il suffit de demander à un client de prendre une profonde respiration. Les clients peuvent également pratiquer la respiration abdominale seuls à la maison (fiche de travail 5). Une autre intervention utile pour gérer les émotions dérégulées est l'exercice du lieu sûr (fiche de travail 5). Il peut être effectué en séance ou à la maison.

Les clients qui arrivent en séance dans un état très dérégulé peuvent bénéficier de l'intervention « Clearing a Space ». Cette intervention a été développée par Robert Elliott (Elliott *et al.*, 2013) et aide les clients qui se trouvent dans un mode secondaire submergeant et indifférencié (« Global Distress ») à différencier les émotions, à les nommer, à établir une distance de travail par rapport à elles et enfin à se focaliser sur une émotion sur laquelle il faut travailler plus en profondeur pendant la séance. Le marqueur classique de cette intervention est le débordement émotionnel. Cependant, elle peut également être utilisée en cas d'engourdissement émotionnel ou de vide émotionnel (« je ne sais pas sur quoi travailler aujourd'hui »).

#### **Exercice : Clearing a Space (adapté de Elliott *et al.*, 2013)**

1. Dirigez l'attention vers l'intérieur.

2. Prenez contact avec l'endroit en vous où vous ressentez tous vos sentiments.
3. Maintenant, posez-vous la question : « Qu'est-ce qui m'empêche de me sentir bien ? »
4. Identifiez le « quelque chose » qui vous empêche de vous sentir bien et nommez-le.
5. Imaginez que vous retirez ce « quelque chose » de votre intérieur et que vous le placez dans un endroit approprié à l'extérieur de vous-même. (Cela peut être un endroit dans la salle de thérapie, par exemple devant ou derrière le client, à côté de lui, sous sa chaise, accroché au plafond, etc. S'il est nécessaire d'établir une distance encore plus grande avec ce quelque chose, on peut le placer dans une boîte qui ferme à clé, un coffre-fort ou un coffre, le placer derrière la porte ou le jeter par la fenêtre).
6. Répétez les étapes précédentes jusqu'à ce que toutes les émotions perturbatrices aient été identifiées, nommées et placées dans un endroit sûr à l'extérieur du client.
7. Appréciez le calme et l'espace intérieurs.
8. Faites une fois de plus le point sur toutes les émotions perturbantes que vous avez retirées de vous et rappelez-vous où vous les avez rangées. Maintenant, choisissez l'émotion qui requiert votre attention pour la séance d'aujourd'hui.

### ► Régulation des émotions par la promotion de l'auto-compassion et de l'auto-apaisement

La capacité à faire face à la souffrance intérieure avec une attitude chaleureuse et d'acceptation est l'une des principales compétences de régulation des émotions (Eisman & Lammers, 2017). La souffrance émotionnelle fait partie de notre humanité. Nous portons tous des bleus et des blessures issus de notre histoire personnelle. L'acceptation et l'auto-compassion vis-à-vis de cette douleur émotionnelle aident à interrompre les processus secondaires qui augmentent et aggravent la souffrance (comme : « je devrais être au-dessus de tout cela »). L'acceptation et l'auto-



compassion permettent également d'interrompre les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles qui visent à ne pas ressentir la souffrance (par exemple, l'abus de substances ou les troubles alimentaires).

L'empathie, l'auto-compassion et l'acceptation sont décrites et vantées dans différentes approches et semblent correspondre à l'esprit du temps. La Compassion Focused Therapy (CFT, Gilbert, 2010), la Mindful Self-Compassion Therapy (MSC, Neff & Germer, 2018) ou la Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes & Lillis, 2012) en sont des exemples. Vingt ans avant elles, la thérapie comportementale dialectique (DBT, Linehan, 1993) avait déjà décrit l'attitude d'« acceptation radicale » comme la clé de la souffrance émotionnelle insupportable. Les techniques orientales telles que le yoga ou la méditation favorisent également une attitude d'auto-acceptation et aident à établir une distance d'observation vis-à-vis des expériences douloureuses.

Les clients émotionnellement dérégulés ont tout intérêt à pratiquer et à cultiver la Mindful Self Compassion Therapy, le yoga ou la méditation entre les séances. En outre, l'écriture thérapeutique s'est avérée un outil utile pour encourager l'auto-compassion et l'auto-empathie. Elle a un effet positif non seulement sur la santé mentale, mais aussi sur la santé physique (Pennebaker, 1990). Il est toutefois important de se référer à son propre ressenti et de ne pas se contenter de décrire des faits (Pennebaker & Beall, 1986). Les interventions narratives centrées sur les émotions pour traiter l'expérience traumatique aident également à réguler les émotions excessives (par exemple, la construction de sens en cas de protestation de sens et le récit narratif en cas de pression narrative). Ces interventions peuvent être consultées dans l'ouvrage de Robert Elliott et ses collègues (2013). Il existe donc différentes compétences, exercices et interventions qui aident à cultiver et à promouvoir l'auto-empathie et l'auto-apaisement et donc à faire face à l'affect dérégulé, comme l'écriture thérapeutique (Greenberg, 2015) (fiche de travail 6) ou un exercice « Time-Machine Self-Soothing » (fiche de travail 7).

Tout comme les enfants internalisent l'attitude protectrice et acceptante de leurs parents pour se calmer (Stern, 1985), les clients intériorisent également avec le temps la voix empathique de leur thérapeute (Greenberg, 2021). Grâce à l'intervention du dialogue d'auto-apaisement et d'auto-

compassion ([section 3.4.4](#)), les clients internalisent l'effet régulateur et apaisant du parent dont ils auraient eu besoin et qu'ils n'ont pas eu quand ils étaient enfants. Lorsque l'auto-apaisement est internalisé par des expériences correctives, nous parlons d'auto-empathie transformatrice et d'auto-apaisement (Greenberg, 2021).

L'exercice d'écriture thérapeutique peut être fait en séance ou réalisé à domicile sous forme d'écriture à la maison. L'objectif de l'exercice est ici aussi de favoriser l'auto-compassion face à son propre vécu douloureux et de pratiquer une attitude d'auto-soutien et d'acceptation. Les clients qui ont tendance à minimiser leur propre expérience (« en fait, je ne vais pas si mal, je n'ai pas de raison de me plaindre ») ou qui évaluent négativement leurs propres émotions (« je devrais déjà être passé à autre chose. Je ne sais pas pourquoi cela me préoccupe encore autant »).

#### **3.4.4 Le dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement en cas de douleur émotionnelle accablante**

Il arrive que des clients entrent en contact avec des émotions très douloureuses dans le cadre du travail avec la chaise vide et qu'ils ne puissent pas réguler eux-mêmes cette douleur extrême (par exemple, lorsqu'ils entrent pour la première fois en contact avec le besoin existentiel non satisfait). Dans ces moments-là, l'intervention d'auto-apaisement et d'auto-compassion (« self-soothing ») aide à réguler les émotions dérégulées du client. Dans cette intervention, le client joue le rôle d'un « père idéal » ou d'une « mère idéale » qui fait preuve d'empathie et de bienveillance pour la douleur de l'enfant intérieur blessé.

La [figure 3.7](#) illustre le déroulement du dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement.

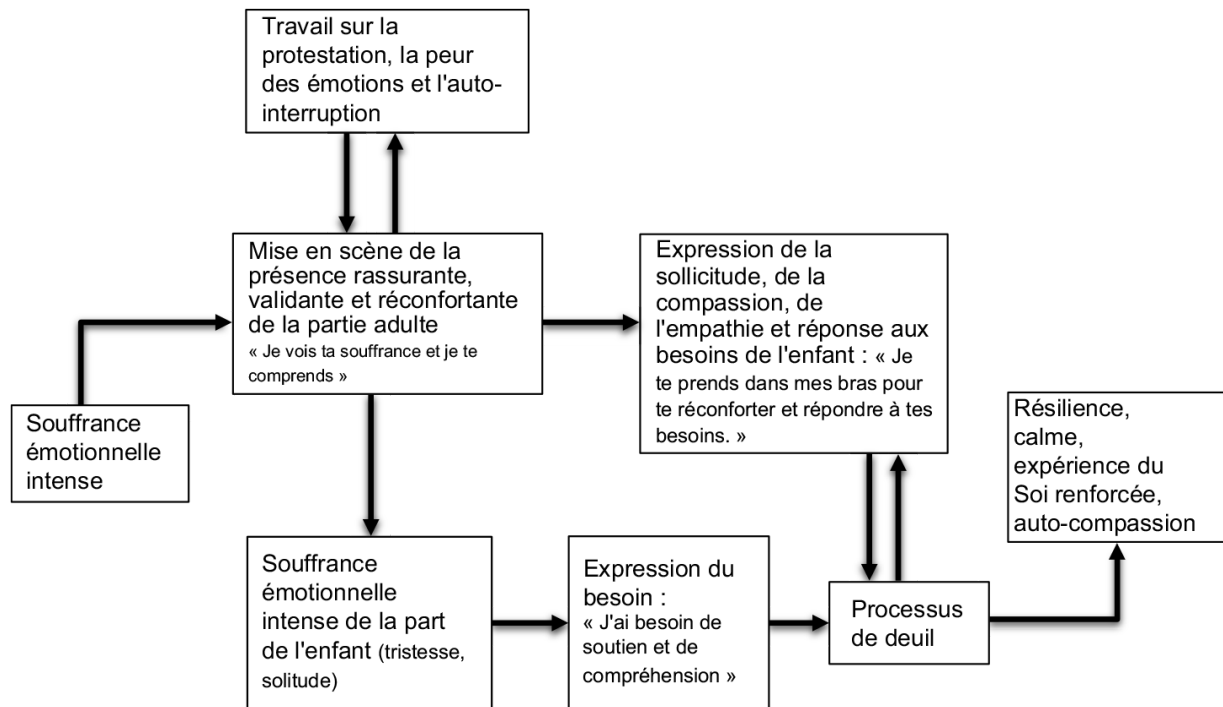


Figure 3.7. Déroulement du dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement (adapté de Goldman & Fox-Zurawic, 2012 ; Ito *et al.*, 2010).

Dans le dialogue d'auto-apaisement et d'auto-compassion, les clients apprennent à faire face à leur douleur d'une nouvelle manière. Au lieu de la cliver, de s'effondrer ou de se condamner comme ils le font au quotidien, ils apprennent dans le dialogue d'auto-apaisement à faire face à leur souffrance intérieure avec empathie et à valider leurs besoins (plutôt que de les nier).

Deux groupes de recherche ont mené des analyses de tâches (« Task-Analysis ») sur le dialogue d'auto-apaisement et d'auto-compassion (Goldman & Fox-Zurawic, 2012 ; Ito *et al.*, 2010). Les explications données dans ce livre présentent une synthèse de ces deux approches.

### ► Le problème de gestion sous-jacent

Les troubles de la régulation dyadique des affects pendant l'enfance ont des conséquences négatives de grande portée ([section 2.5](#)). Les enfants concernés ont une grande sensibilité aux affects négatifs, ils sont dépassés par la régulation de leurs affects, ce qui constitue à son tour un terrain

propice au développement de schémas inadaptés (« weak-me », « bad-me », « lonely-me »). Pour tenter de résoudre ces états émotionnels négatifs, ils développent un traitement négatif d'eux-mêmes (« negative treatment of self »). Leurs sentiments et leurs besoins personnels sont clivés et ils développent une attitude distante envers leur propre expérience. Ces stratégies sont efficaces à court terme, car elles aident à réprimer la douleur émotionnelle. Mais à long terme elles renforcent la dérégulation émotionnelle, leur expérience négative d'eux-mêmes et leurs stratégies de régulation des émotions négatives. Les personnes concernées se retrouvent dans un cercle vicieux de dérégulation des affects, de stratégies dysfonctionnelles de régulation des affects (sur- ou sous-régulation), d'expérience négative d'eux-mêmes (comme faible, sans valeur ou seul) ([section 2.4.1](#)) et d'une relation négative envers eux-mêmes (manque d'empathie envers eux-mêmes).

Lorsque ce processus est très prononcé, on observe dans le travail avec les chaises (surtout dans le « Unfinished Business » avec les parents) que ces personnes n'ont plus accès à leurs besoins (« je ne sais pas ce dont j'aurais eu besoin »), ni ne se sentent autorisées à voir leurs besoins satisfaits (« ma mère était malade, elle ne pouvait pas m'en donner plus »). Cela bloque l'accès aux émotions adaptées (comme la colère ou la tristesse). De plus, ils ont tendance à minimiser leur ressenti et leurs besoins (« ce n'était pas si grave ») et à se blâmer eux-mêmes (« si j'avais été un meilleur enfant, ma mère serait restée en bonne santé »).

Lorsqu'ils sont en contact avec des besoins existentiels insatisfaits, ils manquent d'empathie et de stratégies de régulation des émotions pour faire face à la douleur qui en résulte.

## ► Le marqueur

En anglais, le marqueur de la souffrance émotionnelle intense est appelé « Anguish ». Anguish peut être traduit par « tourment de l'âme », ce qui renvoie à l'intensité et à la qualité de la souffrance. Le marqueur de souffrance émotionnelle intense est une douleur accablante (solitude, honte, peur) déclenchée par la non-satisfaction d'un besoin existentiel (d'amour, de validation ou de protection) qui était auparavant clivé. Le client ressent la douleur existentielle avec une violence intense, presque insupportable,

tout en éprouvant un fort sentiment de désespoir ou d'impuissance (« ça a toujours été comme ça, c'est insupportable et il n'y a rien qui puisse changer cette douleur »). Le client se sent subjectivement dans une impasse émotionnelle bien connue et insupportable, dont il ne peut pas s'échapper (Sharbanee *et al.*, 2019).

**Le marqueur de souffrance émotionnelle intense a deux aspects :**

1. souffrance émotionnelle extrêmement intense, qui n'était pas accessible auparavant,
2. sentiment d'être exposé à cette souffrance, de ne pas pouvoir la transformer et de ne pas pouvoir la tolérer.

Cliente (dans un dialogue sur la chaise vide) : (en pleurs) « Ma mère s'est toujours occupée d'elle-même, jamais de moi. Je me suis toujours sentie seule... toujours... et je le serai toujours... je peux à peine le supporter... »

Le marqueur de souffrance émotionnelle intense doit être distingué du marqueur de vulnérabilité ([section 2.6](#)). Avec le marqueur de vulnérabilité, le client se sent fragile comme un œuf frais prêt à se briser. Ce marqueur surgit quand un client révèle pour la première fois un sentiment douloureux ou une peur qu'il a gardé secret jusqu'à présent. C'est la fragilité de partager quelque chose de très vulnérable avec une autre personne pour la première fois (pour une littérature plus approfondie sur ce marqueur et la tâche thérapeutique de la confirmation empathique, voir Elliott *et al.*, 2014).

## ► L'intervention

L'objectif de cette intervention sur deux chaises est de permettre aux clients de faire l'expérience de l'immersion dans une douleur émotionnelle intense et de pouvoir la gérer de manière bénéfique (c'est-à-dire de réguler la douleur). La douleur ne disparaît pas comme par magie, mais l'attitude d'auto-empathie et d'auto-soutien permet de réguler et de soulager la douleur, ce qui transforme sa qualité et fait qu'elle n'est plus perçue comme

une menace existentielle. L'expérience de pouvoir gérer de manière constructive des émotions intenses renforce le sentiment de résilience et influence l'image de soi de manière favorable.

Dans le dialogue d'auto-compassion ou d'auto-apaisement, les clients sont invités à être des « parents idéaux » pour leur partie intérieure qui souffre, pour leur enfant intérieur blessé. En tant que parents idéaux, ils voient la douleur de l'enfant (« je vois à quel point tu es seul ») et ils valident le besoin existentiel frustré (« ce n'est pas étonnant que tu te sentes si seul, chaque enfant a besoin d'un père qui le protège »). De plus, ils sont encouragés à satisfaire leur besoin en se plaçant dans la position du parent idéal (« je suis là, je vais prendre soin de toi »).

► **Le processus de changement**

La résolution se fait en trois étapes et est décrite dans la section suivante. Le [tableau 3.8](#) montre les étapes de la résolution en tenant compte des difficultés fréquemment rencontrées.

**Tableau 3.8.** Dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement : étapes de la résolution (adapté de Elliott *et al.*, 2013 ; Greenberg *et al.*, 1993).

Côté expérientiel	Côté du parent idéal
<p><b>1. Identification du marqueur</b> C : « Je me sens tellement insignifiant, je me suis toujours senti comme ça... ça restera toujours comme ça. » T établit un lien affectif avec le passé. T : « D'où vient ce sentiment ? À quel âge avez-vous appris à vous sentir si peu important ? » et introduit le dialogue avec les chaises. T : « Venez sur l'autre chaise et incarnez le parent idéal pour cette partie plus jeune de vous. »</p>	

Côté expérientiel	Côté du parent idéal
	<p><b>2a. Mise en scène d'un parent idéal et réconfortant pour la douleur de l'enfant</b>  T invite C à être une mère/un père idéal pour l'enfant intérieur qui souffre.  T : « Soyez le parent idéal dont vous aviez besoin à l'âge de 6 ans. »  T encourage la validation de la souffrance de l'enfant.  T : « Comment se porte l'enfant de 6 ans ? Dites-lui que vous comprenez ce qu'il traverse. »  C : « Je vois à quel point tu te sens seul. Je suis là pour toi. »  T favorise l'apaisement de l'enfant intérieur ainsi que la reconnaissance et la satisfaction de ses besoins par le parent idéal.  T : « Que voudriez-vous dire à l'enfant ? Que voudriez-vous faire pour l'enfant ? Faites-le/dites-le. »  C : « Je voudrais te prendre sur mes genoux et te serrer dans mes bras. »</p> <p><b>2b. Protestation du côté du parent idéal</b>  C ne se sent pas capable (trop faible ou incapable) d'être le parent idéal pour l'enfant qui souffre.</p>
	<p>C : « Je ne peux pas être un parent idéal, c'est ce que je n'ai jamais eu. »  T favorise la mise en scène d'une représentation interne substitutive d'un adulte bienveillant (grand-mère, enseignante, une tante, le Dalai Lama).</p> <p><b>2c. Protestation par manque d'empathie</b>  C ne ressent pas d'empathie ou de compassion pour l'enfant.  C : « Je ne peux pas réconforter l'enfant, c'est de sa faute, je le déteste. »  T favorise l'imagination d'une représentation substitutive de l'enfant qui souffre (un de ses propres enfants, l'enfant du voisin, un enfant universel).</p>
<p><b>3. Réaction de la partie de l'enfant qui souffre</b>  T favorise le ressenti de l'enfant intérieur.  T : « Comment réagissez-vous à cela ? Pouvez-vous l'accepter ? »  et favorise l'exploration et l'expression d'autres besoins.</p>	

Côté expérientiel	Côté du parent idéal
T : « Y a-t-il autre chose dont vous avez besoin ? »	

## ► Exemple pratique

### ● Étape 1 : Marqueur de la souffrance émotionnelle intense et du désespoir

Dans le dialogue avec la voix critique intérieure, le client entre en contact avec une douleur émotionnelle profonde, déclenchée par la non-satisfaction d'un besoin existentiel. Son expérience de vie, selon laquelle ce besoin n'a jamais été satisfait, se traduit par une conception négative de soi (« je ne mérite pas d'obtenir cela ») et évoque en même temps un profond sentiment de désespoir et de résignation (« cela ne sert à rien, je n'obtiendrai jamais cela »).

Client : (dans un dialogue avec deux chaises, s'adressant à la partie critique) « J'ai besoin de ton soutien. J'ai besoin que tu sois de mon côté. »

Thérapeute : « Venez de ce côté. » (Elle montre la chaise critique.) « Que répondez-vous à cela, que dit la partie critique ? »

Client : « Tu ne mérites pas d'être soutenu. Tu devrais avoir honte d'être dans le besoin à ce point. Grandis enfin ! » (en pleurant, se tournant vers la thérapeute) « C'est justement le problème, je n'ai tout simplement pas le droit d'être faible, ça a toujours été comme ça, si je montre de la faiblesse, je me fais encore plus démolir. Personne ne m'a jamais soutenu... »

Souvent, à ce moment-là, le client entre en contact avec des souvenirs épisodiques négatifs dans lesquels son besoin a été frustré. Sinon la thérapeute peut faire le lien avec le passé en confirmant la douleur de manière empathique : « cette douleur de ne pas être soutenu... cela semble être quelque chose que vous connaissez bien. D'où vient ce sentiment ? »



Thérapeute : « On dirait qu'il n'y a jamais eu personne pour vous soutenir. Pourtant, vous en auriez vraiment eu besoin. »

Client : (en pleurant) « J'ai toujours été tout seul, j'ai toujours dû me débrouiller seul... et j'ai appris à faire face, à n'avoir besoin de personne. »

Thérapeute : « Mais on dirait qu'une partie de vous est vraiment triste à cause de ça. Comme si une partie de vous avait profondément aspiré à être soutenue. Cela vous parle ? Accueillez la tristesse si vous êtes d'accord. Qu'est-ce qui vous rend le plus triste ? »

Client : « D'avoir toujours été seul, que personne n'ait remarqué à quel point je me sentais mal... »

Thérapeute : « De quoi auriez-vous eu besoin ? »

Client : « Que mes parents se rendent compte à quel point j'étais malheureux. Qu'ils soient venus me voir et m'aient demandé comment j'allais. Au lieu de m'ignorer... »

Thérapeute : « Pouvez-vous vous souvenir d'une période où c'était particulièrement fort... ce sentiment que personne ne s'intéresse à vous, que tout le monde regardait ailleurs quand vous alliez mal ? »

Client : « Quand j'avais 14 ans et que j'étais harcelé à l'école. Là, c'était particulièrement dur. Toute la classe était contre moi, tout le monde se moquait de moi. C'était la pire période de ma vie. »

Il est important que les clients entrent en contact avec leur besoin existentiel insatisfait. Ressentir cette douleur et ressentir la tristesse que ce besoin soit toujours resté insatisfait est une étape importante dans la résolution du problème de traitement (Ito *et al.*, 2010).

## ● **Étape 2 : Validation de la souffrance intense et accès à l'auto-empathie**

Une fois la douleur existentielle ressentie, la thérapeute demande au client de changer de chaise et d'être, de l'autre côté, la représentation d'un parent idéal bienveillant, qui voit la douleur chez la partie enfantine. L'auto-

empathie peut être encouragée par une question telle que : « que ressentez-vous face à l'enfant, quand vous le voyez assis là ? ».

C'est souvent à ce moment-là que des protestations apparaissent. Une protestation peut être que le client refuse d'être un parent idéal parce qu'il n'en a pas de représentation interne (« comment puis-je savoir ce que dirait un père idéal, je n'en ai pas eu moi-même ? ») ou qu'il ne peut pas ressentir d'auto-empathie pour l'enfant qui souffre (« c'est de sa faute, je le déteste »). Dans ces cas, l'intervention doit être légèrement modifiée (cf. Difficultés fréquentes).

Thérapeute : (montrant l'autre chaise) : « Venez de ce côté-ci. Et essayez de ce côté d'être le père idéal de Marco. Pas votre vrai père, mais le père dont Marco aurait eu besoin. »

Client : (change de chaise)

Thérapeute : « Pouvez-vous me dire comment vous voyez Marco ? Ce jeune de 14 ans qui est harcelé, qui se sent si misérable et seul ? Comment est-il assis là, comment le voyez-vous ? »

Client : « Tout triste et replié sur lui-même » (les larmes montent). « Je peux encore si bien me souvenir à quel point c'était horrible. »

Thérapeute : « Et comment vous sentez-vous en tant que père idéal à ce moment-là, quand vous le voyez comme ça devant vous ? »

Client : « Je suis vraiment désolé pour lui » (en pleurs), « je ne permettrais jamais qu'on traite mon fils de cette façon... »

Thérapeute : « Pouvez-vous le lui dire comme ça : je suis désolé de voir comment tu te sens... »

Client : « Je suis tellement triste pour toi... je vois à quel point tu te sens seul. Tu ne comprends pas pourquoi tout le monde s'est retourné contre toi et est devenu méchant, même tes meilleurs amis. Je vois à quel point tu as honte et tu penses que c'est à cause de toi que tout le monde est méchant. »

Thérapeute : (répétant) « Pas étonnant que tu te sentes si mal... même tes meilleurs amis te laissent tomber. Et de quoi Marco a-t-il besoin en ce moment ? »

Client : « Tu as besoin de quelqu'un qui voit que ce n'est pas juste. Tu as besoin d'un père attentif, qui ne soit pas toujours en voyage d'affaires, mais qui soit là pour voir que tu vas mal. »

Thérapeute : « Soyez ce père attentif. Que lui dites-vous ? »

Client : (en tant que père) « Je veux lui dire qu'il est bien, que cela n'a rien à voir avec lui. Que ce n'est pas de sa faute si tout le monde est méchant. »

Thérapeute : « Dites-le-lui ».

Client : (en pleurant) « Ce n'est pas de ta faute. Tu n'as rien fait de mal. Tu ne mérites pas d'être traité comme ça. Tu es très bien comme tu es, Marco... Ce que je voudrais le plus, c'est te sortir de là. Faire en sorte que ça s'arrête, parler à la prof... »

### — Étape 3 : Soulagement, résilience, compréhension

Après que le client a fait face à sa douleur avec empathie, un sentiment de soulagement et de résilience s'installe souvent. La thérapeute demande au client de changer de côté et de s'asseoir sur la chaise de l'enfant pour ressentir ce que cela fait d'être rassuré et compris.

Thérapeute : (désigne la chaise de la partie qui ressent) : « Revenez du côté de Marco. Qu'est-ce que ça fait d'entendre ça ? »

Client : « Cela fait du bien... c'est exactement ce qui me manquait tellement à l'époque... Quelqu'un qui me dise que je suis bien, que ce n'est pas ma faute, que cela n'a rien à voir avec moi. Quelqu'un qui soit de mon côté, qui parle avec les professeurs. Ça aurait été tellement important. Je me sens plus fort et soutenu maintenant. »

Thérapeute : « Qu'est-ce qui est le plus important dans tout cela ? »

Client : « Que quelqu'un me dise que cela n'a rien à voir avec moi. Et que quelqu'un me soutienne. »

Thérapeute : « Y a-t-il autre chose dont vous avez besoin de la part de votre père ? »

Client : « Qu'il reste toujours avec moi. Qu'il ne parte plus jamais. »

Thérapeute : « Dites-le-lui... »

## ► Difficultés fréquentes

Il est typique que des protestations apparaissent au cours de l'intervention. Soit au sujet du parent qui réconforte (« je suis trop faible, je ne peux pas réconforter l'enfant »), soit au sujet de l'enfant (« je ne peux pas réconforter l'enfant, c'est de sa faute »). Le premier type de protestation est surtout observé chez les clients anxieux, le deuxième type de protestation chez les clients ayant une organisation de soi basée sur la honte. Ces deux types de protestation peuvent être contournés en adaptant légèrement l'intervention (voir [tableau 3.8](#)).

### ● Protestation du côté du parent idéal

La mise en scène d'un parent soutenant peut être difficile pour les clients s'ils n'ont pas pu intérioriser un modèle parental fort et rassurant. De plus, les clients très anxieux qui se sentent faibles et inaptes à se défendre (« weak-me ») peuvent ne pas se sentir capables d'être un parent fort. Dans ces cas, il est utile de recourir à une autre représentation interne d'une personne ou d'une figure-ressource dans la vie passée du client. Cela peut être :

- une grand-mère, une tante ou une marraine soutenance ;
- un instituteur ou un voisin bienveillant ;
- la représentation intérieure d'un personnage bienveillant (le bon Dieu, le Dalaï-lama, Mère Teresa, représentations fictives, personnages de contes de fées...).

Il arrive aussi que les clients protestent parce qu'ils souhaitent que la thérapeute les rassure et leur témoigne de l'empathie. C'est compréhensible et acceptable dans un premier temps, car la représentation interne de la thérapeute rassurante est également internalisée par le client ([section 2.7](#)). Par la suite, il est toutefois préférable que les clients apprennent à réguler eux-mêmes leur affect et à faire face à des états émotionnels douloureux avec leur propre empathie.

## ● **Manque d'empathie envers l'enfant intérieur qui souffre**

Il peut arriver que les clients aient une réaction de défense spontanée face à leur enfant intérieur parce qu'il est associé à tant de souffrance et qu'ils n'ont pas encore les compétences nécessaires pour faire preuve d'empathie. Cela se traduit par des déclarations telles que « je déteste cet enfant, il doit simplement cesser d'exister ». Les réactions négatives ou la haine à l'égard de l'enfant intérieur souffrant sont souvent observées chez les clients très honteux. Il est particulièrement difficile pour eux de faire preuve d'empathie envers la partie qui souffre. La situation est particulièrement difficile lorsque l'enfant intérieur est imaginé à un âge où, par exemple, il était en surpoids (et que le client souffre actuellement de surpoids). Dans ce cas, la représentation interne de l'enfant qui souffre est adaptée comme suit :

- représentation de l'enfant intérieur à un âge différent (par exemple plus jeune) ;
- représentation d'un enfant interne du même âge (par exemple, sa propre fille lorsqu'elle avait huit ans) ;
- représentation d'un autre enfant du même âge (enfant du voisin, nièce, petit-fils) ;
- représentation d'un enfant universel ;
- représentation d'un animal aimé ou d'un animal de compagnie.

L'auto-empathie est, avec la tristesse et la colère, l'une des émotions transformatrices les plus fondamentales. Pour les clients qui n'ont pas ou très peu d'empathie personnelle, le dialogue d'auto-apaisement et d'auto-compassion est particulièrement important. Cette intervention aide à transformer leur relation négative avec eux-mêmes. Une attitude bienveillante et de soutien envers soi-même est souvent une condition préalable à la résolution des difficultés de traitement émotionnel liées aux comportements négatifs des autres (« Unfinished Business » et « Ongoing Business ») (Sharbanee *et al.*, 2019).

## ● **Aspects importants**

En règle générale, il est préférable de ne pas effectuer cette intervention trop tôt dans le processus thérapeutique. D'une part car au début de la

thérapie, les clients déprimés ont besoin d'une thérapeute empathique et capable de réguler leurs affects. Si les thérapeutes attendent trop de leurs clients trop tôt, ceux-ci peuvent se sentir (une fois de plus) seuls et abandonnés. Cette attitude de régulation des affects et d'empathie de la thérapeute est également internalisée dans une certaine mesure par le client (Greenberg, 2015 ; Greenberg *et al.*, 2019 ; Watson, 2019).

D'autre part, un « self soothing » trop précoce peut empêcher les clients d'arriver à leur douleur émotionnelle centrale alors qu'ils auraient les ressources pour la gérer.

### ► Devoirs et exercices

Vous trouverez des exercices pour encourager l'auto-empathie entre les séances dans les fiches de travail 6 et 7. Vous trouverez d'autres exercices et suggestions dans l'ouvrage de Greenberg, 2015.

## 3.5 ► PSYCHOÉDUCATION AXÉE SUR L'EXPÉRIENCE ET DEVOIRS À DOMICILE

L'EFT/TCE est une méthode thérapeutique orientée vers l'expérience. Cela n'exclut pas la psychoéducation et les devoirs à domicile, qui aident à consolider les nouvelles expériences émotionnelles ou à reconnaître les liens entre elles. Contrairement à la TCC, dans laquelle les devoirs sont souvent prescrits pour s'exercer à de nouvelles compétences et la psychoéducation utilisée pour transmettre de nouvelles connaissances, la psychoéducation et les devoirs sont guidés par des marqueurs dans l'EFT/TCE. Cela signifie qu'ils sont orientés vers la zone proximale de développement du client (« zone of proximate development », Vygotsky, 1986). La psychoéducation n'a lieu que lorsqu'il y a des indices montrant que le client est ouvert à une information à ce moment-là, qu'il se focalise avec curiosité sur celle-ci, qu'il pose une question et qu'une fenêtre s'ouvre pour absorber cette information. Nous parlons de « *hot learning* » dans les « *teachable moments* », c'est-à-dire d'« apprentissage ciblé » dans les moments où le client est *réceptif au contenu* (Vygotsky, 1986). Les devoirs sont donnés après qu'un client a fait une expérience corrective pendant la

séance de thérapie, que l'accès à une nouvelle expérience s'est ouvert, qu'un changement ou une transformation émotionnelle s'est produit (Warwar & Ellison, 2019).

Dans ces moments-là, les devoirs peuvent aider à consolider la nouvelle expérience et à la répéter au cours de la période suivante. Si les clients ne font pas leurs devoirs, nous interprétons cela comme une indication que leur motivation a été bloquée par quelque chose d'important. Nous validons leur blocage et essayons de comprendre avec eux ce qui leur a fait peur ou ce qui les a empêchés de faire leurs devoirs (Ellison & Greenberg, 2007 ; Warwar & Ellison, 2019).

### **3.5.1 Rationnel thérapeutique et psychoéducation**

Les rationnels thérapeutiques expliquent la procédure thérapeutique et ont pour but d'augmenter l'ouverture, la disponibilité et la curiosité du client pour le travail avec les émotions. Voici quelques questions typiques posées par les clients et les réponses possibles des thérapeutes à ces questions.

#### **► Que sont les émotions et pourquoi sont-elles importantes ?**

Les émotions sont notre système de référence principal, elles sont une sorte de boussole qui nous aide à traverser la vie. Si nous perdons cette boussole ou si nous ne pouvons pas la lire, nous nous sentons désorientés. Les émotions sont un condensé d'informations importantes. Elles nous informent de ce dont nous avons besoin et de ce que nous voulons, de ce qui est bon ou mauvais pour notre organisme, elles nous renseignent sur ce qui est important, sur ce qui compte pour nous et elles nous aident à comprendre où se situent nos points sensibles. Les émotions nous informent également lorsque quelque chose d'important nous manque. Les émotions nous dirigent, nous et notre comportement, même si nous n'en sommes pas conscients. Elles motivent notre comportement vers quelque chose (par exemple l'amour et la curiosité) ou au contraire l'éloignent de quelque chose (par exemple la peur ou le dégoût) et elles nous aident à satisfaire les besoins de notre organisme et nous protègent des blessures. Sans les émotions, nous ne pourrions pas survivre.

#### **► Que sont les émotions adaptées (saines) ?**

Les émotions adaptées sont des émotions « saines ». Nous pouvons compter sur elles, car elles nous fournissent rapidement et facilement des informations importantes sur la situation et préparent notre corps à adopter un comportement approprié. L'évolution a doté tous les êtres humains d'un système de réponse émotionnelle qui nous aide à survivre et à grandir. Nous ressentons de la colère lorsque nous sommes traités injustement. La colère nous motive à défendre nos droits ou à mettre des limites. Lorsque nous avons perdu quelque chose ou que quelque chose nous manque, nous nous sentons tristes. La tristesse nous incite à rechercher la proximité et le réconfort d'autres personnes ou à nous retirer pour pouvoir faire notre deuil. La peur est ressentie lorsque le danger est imminent. Lorsque nous avons peur, nous sommes vigilants et attentifs et notre corps se prépare à fuir ou à combattre.

### ► Que sont les émotions inadaptées (malsaines) ?

Les émotions inadaptées sont des réactions émotionnelles apprises en raison d'expériences d'apprentissage défavorables dans l'enfance. Les émotions inadaptées sont des « sentiments malsains », car elles ne nous donnent pas d'informations utiles dans l'ici et maintenant. Dans le passé, elles nous ont aidés à survivre (par exemple, il est utile comme enfant, d'éprouver de la peur et de la méfiance lorsqu'on grandit dans un environnement violent), mais à l'âge adulte, elles ne nous aident plus à bien satisfaire nos besoins (par exemple, si on éprouve de la peur et de la méfiance envers tout le monde, il est difficile de nouer des relations proches). Les émotions inadaptées ont un impact sur notre expérience de nous-mêmes. Certaines personnes ressentent qu'elles sont mauvaises ou peu valorisées, d'autres se sentent faibles et n'ont pas le sentiment d'être à la hauteur du monde. Enfin, d'autres personnes souffrent d'une tristesse persistante parce qu'elles ne se sentent pas connectées et en contact avec d'autres personnes. Il s'agit là d'émotions inadaptées typiques que nous voulons rendre accessibles et transformer au cours de la thérapie.

### ► Que sont les émotions secondaires ?

Les émotions secondaires sont des sentiments, des pensées ou des réactions qui se superposent à une autre émotion, la masquant et la dissimulant. Un exemple est la tristesse qui recouvre la colère ou une forte colère qui



masque l'insécurité. Le désespoir dépressif peut aider à ne pas entrer en contact avec un sentiment d'inadéquation plus profond. D'autres exemples de réactions secondaires sont les ruminations, la consommation de substances, les comportements d'automutilation ou la procrastination (remise à plus tard). Les émotions et réactions secondaires nous protègent contre le ressenti d'émotions primaires trop menaçantes ou douloureuses. Ce processus de recouvrement et de brouillage des sentiments plus profonds est inconscient et automatique. Les stéréotypes de genre, la socialisation, la culture dans laquelle nous vivons et notre propre histoire d'apprentissage influencent le développement des émotions et des réactions secondaires. Le plus grand problème des processus secondaires est que nous perdons accès aux sentiments primaires, qui auraient une valeur informative importante.

### **► Pourquoi est-il utile de travailler sur les émotions douloureuses du passé ?**

Nous sommes tous marqués par notre passé et ces traces émotionnelles ont souvent un impact important sur la façon dont nous nous sentons dans le présent. Certains clients ont le sentiment d'être sans valeur ou sans importance et souffrent d'une faible estime de soi. D'autres clients se sentent anxieux et faibles, incapables de faire face au monde. D'autres encore se sentent seuls et déconnectés, même lorsqu'ils sont entourés. Lorsque, en thérapie, nous abordons ces vieux sentiments bien connus de la personne, nous pouvons exercer une influence sur eux et les transformer. Nous ne transformons pas le passé, mais le sentiment lié au passé. C'est comme si, en thérapie, nous ressortions un vieux journal intime écrit autrefois et que nous le réécrivions ensemble. Pour transformer les émotions, il faut les rendre accessibles et les ressentir pendant la séance thérapeutique. Il ne suffit malheureusement pas d'en parler ou d'y réfléchir.

### **► Pourquoi est-il plus efficace de travailler avec les émotions qu'avec les cognitions ?**

Les émotions sont au cœur de notre humanité. Elles sont le moteur de notre activité psychique, elles guident nos pensées et notre comportement. Lorsque nous sommes tristes, nous avons des pensées tristes. Lorsque nous sommes en colère, nous avons des pensées colériques et nous nous comportons d'une manière colérique. Les émotions affectent donc

# Chapitre 4



## Gérer les moments difficiles dans la thérapie centrée sur les émotions

- 4.1 Marqueurs de moments difficiles
- 4.2 « To be EFT/TCE » : La personne de la thérapeute
- 4.3 « To Do EFT/TCE » : Comprendre le client à un niveau plus profond et garder le focus

Dans notre travail quotidien, chacun d'entre nous ressent régulièrement des moments avec des clients qui nous mettent au défi. Les moments difficiles en EFT/TCE peuvent se manifester de différentes manières. Par exemple, si un client ressent fortement le besoin de se protéger d'une expérience douloureuse, il devient difficile d'établir un focus thérapeutique ou de travailler avec les chaises. Des moments difficiles peuvent également survenir lorsque les clients présentent des schémas interactionnels complexes qui déclenchent des réactions émotionnelles chez les thérapeutes ou lorsque les déclarations des clients ne correspondent pas à leurs actions et qu'ils protègent leur estime de soi avec ces distorsions.

Les clients surrégulés n'ont pas accès à leur douleur centrale, ce qui les prive de l'accès à leurs besoins existentiels et empêche toute transformation émotionnelle. Pour les novices centrés sur les émotions, cela peut représenter un véritable défi et alimenter des doutes quant à leur efficacité en tant que thérapeutes. D'autres moments difficiles surviennent lorsque les clients présentent des schémas interactionnels compliqués qui entraînent des contre-réactions émotionnelles de la part du thérapeute (par exemple, lorsqu'ils se montrent très critiques à notre égard en tant que thérapeute). D'autres clients encore ont une perception très déformée d'eux-mêmes et du monde, ils nient les faits et ne peuvent pas reconnaître leur part de responsabilité dans les situations problématiques (par exemple, un homme qui prétend battre sa femme par amour). Les moments difficiles de la vie quotidienne en thérapie nous affectent en tant qu'êtres humains, avec nos propres émotions. Notre capacité à être des thérapeutes utiles dans ces moments compliqués dépend de la conscience que nous avons de nos propres réactions émotionnelles, de notre capacité à réguler nos propres affects sur le moment, de notre compréhension de ce qui se passe et de notre point de vue sur le client. L'attitude thérapeutique est la clé. Ce chapitre est consacré aux moments difficiles en EFT/TCE, avec pour objectif de mettre en lumière les causes possibles de ces moments difficiles et de montrer les voies et les possibilités qui peuvent aider à être présent de manière utile pour le client, même dans les moments difficiles.

Les clients ayant une forte autoprotection sont souvent décrits comme des « clients difficiles », des « clients hautement résistants » ou des « clients évitants » (par exemple Sachse, 2019 ; Abbass, 2015). En EFT/TCE, nous préférons parler des moments difficiles plutôt que des clients difficiles, car nous partons du principe que la responsabilité est partagée entre le client et le thérapeute. Nous ne ressentons les clients difficiles comme difficiles que lorsqu'ils déclenchent en nous-mêmes des émotions négatives (par exemple, de l'impuissance) (en psychanalyse, ce processus est appelé contre-transfert). Mais bien sûr, certains clients nous font vivre un nombre particulièrement élevé de moments difficiles en thérapie, tandis que d'autres le font moins, car nous nous sentons plus rapidement compétents et efficaces dans notre travail avec eux. Souvent, l'activité psychique de ces clients est orientée vers l'autoprotection, c'est-à-dire que leur vécu et leur comportement sont fortement guidés par des schémas émotionnels

inadaptés et sont orientés vers l'évitement plutôt que vers le rapprochement. Cela se traduit par exemple par le fait qu'ils externalisent leurs problèmes au lieu d'en assumer la responsabilité (par exemple : « Je n'ai pas de problème, c'est ma femme qui a un problème. Si ma femme était différente, j'irais bien »).

De nombreuses approches thérapeutiques enseignent ce que l'on doit faire en tant que thérapeute pour pouvoir mieux gérer ces clients difficiles. En tant que méthode thérapeutique profondément enracinée dans les approches humanistes, l'EFT/TCE se concentre principalement sur la façon dont nous, en tant que thérapeutes, pouvons être plus présents pour nos clients afin qu'ils se sentent plus en sécurité avec nous et aient moins besoin de se protéger (Geller, 2018). Cela renvoie à la question de savoir si nous pratiquons l'EFT/TCE ou si nous sommes l'EFT/TCE. La réponse est la suivante : dans les moments difficiles, nous devons être EFT/TCE plutôt que de la pratiquer. L'attitude thérapeutique est essentielle.

La première partie de ce chapitre aborde le sujet d'un point de vue plus général. La première section décrit les marqueurs des moments difficiles et explique leurs causes. La deuxième section traite la personne du thérapeute, ses propres émotions et son attitude dans les moments difficiles. La troisième section est consacrée à la question de savoir comment nous pouvons comprendre nos clients dans les moments difficiles de manière à pouvoir nous sentir empathiques envers eux et à maintenir le focus thérapeutique, c'est-à-dire comment nous pouvons valider leur besoin d'autoprotection sans nous arrêter là. Si nous nous contentons de suivre l'autoprotection du client, nous nous perdons dans des domaines secondaires et ne sommes pas utiles (Perls *et al.*, 1951). La dernière section décrit l'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection, qui s'est révélée particulièrement précieuse pour les clients fragiles.

## **4.1** **MARQUEURS DE MOMENTS DIFFICILES**

Les moments difficiles se manifestent à différents niveaux dans le quotidien thérapeutique. Une entrée en thérapie productive peut être rendue difficile si un client n'a pas de préoccupation propre en rapport avec lui et sur laquelle il souhaiterait travailler dans le cadre de la thérapie (par exemple, « je suis

ici uniquement parce que ma femme le veut. Le vrai problème, c'est elle »). Les facteurs intrapersonnels qui entraînent des difficultés dans le travail centré sur les émotions avec des clients dépressifs sont les narratifs lacunaires ou manquants (par exemple, « mon enfance était merveilleuse, tout était génial et j'avais les meilleurs parents du monde » ou « je n'ai aucun souvenir de mon enfance, il n'y a qu'un trou noir »), une focalisation externe persistante et tenace et un manque d'appropriation de son propre vécu (par exemple, « mon malheur est entièrement de la faute de la société capitaliste et il n'y a absolument rien que je puisse faire pour améliorer ma situation »). La peur et la honte des clients fragiles basées sur l'identité peuvent également constituer un obstacle à une approche centrée sur les émotions pour les novices (« si je montre qui je suis vraiment, ma thérapeute va penser du mal de moi »). Enfin, un effondrement habituel et persistant dans les émotions secondaires (comme le désespoir, la tendance suicidaire et la résignation) s'est avéré être un facteur intrapersonnel qui constitue un obstacle à l'approche centrée sur les émotions si l'approche thérapeutique n'est pas adaptée (Watson *et al.*, 2007).

Des moments difficiles ont également été décrits dans d'autres approches thérapeutiques. Noyon et Heidenreich (2009) citent comme moments difficiles dans le quotidien thérapeutique en TCC des situations avec des clients qui manifestent un comportement très critique et dévalorisant envers la thérapeute (par exemple, « alors la musique dans votre salle d'attente est vraiment mauvaise, c'est une véritable nuisance sonore » ou « pourquoi votre séance ne dure-t-elle que 50 minutes, une heure en compte 60 ? J'aimerais bien gagner ma vie aussi facilement que vous »). Ils citent aussi les clients qui intellectualisent beaucoup et font de longs monologues qui n'ont rien à voir avec eux. Ou les clients qui se plaignent de manière excessive, qui n'acceptent pas d'être aidés et qui, en même temps, mettent la pression sur la thérapeute (« Je me sens juste terriblement mal. Cela fait si longtemps que je suis en thérapie et je me sens toujours aussi mal... »). Ou encore les clients logorrhéiques qui parlent si vite et sans arrêt qu'on ne peut pas leur adresser la parole en tant que thérapeute ni mettre un pied dans la porte. Des clients dont le silence de plomb, les réponses monosyllabiques et les « je ne sais pas » répétés font qu'avec le temps, la thérapeute ne peut plus réprimer un bâillement.

Sachse (2018) a décrit différentes barrières qui peuvent entraîner des difficultés au niveau du traitement ou du processus dans la thérapie axée sur la clarification. Selon Sachse, celles-ci apparaissent lorsque les clients sont si fortement motivés par l'évitement que des sujets importants ne peuvent pas être abordés sur le plan thérapeutique. Sachse a décrit différents marqueurs qui conduisent à des problèmes, notamment la normalisation et la généralisation des clients (« tout le monde a ce problème, ce n'est pas vraiment un problème, nous n'avons pas besoin d'en parler ici »), la minimisation et le rabaissement (« tout cela n'est pas si grave »), la réponse à des questions qu'on n'a pas posées, se réfugier dans des sujets secondaires, des blocages thématiques (« nous n'avons pas besoin de parler de mon enfance, je l'ai déjà fait lors de ma dernière thérapie, il n'y a plus rien à dire » ou « tout cela est déjà clair pour moi » ou « j'ai déjà dit tout cela ») ou des constructions d'insolubilité (« je suis simplement comme ça, j'ai toujours été comme ça, c'est ma personnalité »).

Tous ces marqueurs peuvent conduire à des moments difficiles chez les novices. D'une part, le comportement hostile, critique ou accusateur peut favoriser une contre-réaction défavorable chez la thérapeute (par exemple, se défendre, se justifier), d'autre part, l'absence d'un marqueur centré sur l'émotion peut entraîner une frustration chez la thérapeute. Dans ces moments-là, il est crucial que la thérapeute adapte sa procédure et se serve d'elle-même en tant que personne. Elle doit être en contact avec ses propres parties saines et réussir à comprendre son client à un niveau plus profond afin de le traiter avec bienveillance. Si la thérapeute ne parvient pas à adapter sa procédure, des problèmes dans l'alliance de travail (Bordin, 1979) ou, dans le pire des cas, des ruptures dans la relation thérapeutique (Safran & Muran, 1996) peuvent se produire, car l'agenda explicite dans l'espace thérapeutique (traiter les émotions) ne correspond pas à l'agenda implicite du client (peur de s'effondrer en ressentant des émotions primaires, tout en ayant besoin de se protéger de ce ressenti).

#### **4.1.1 Moments difficiles avec des clients fragiles**

Les clients ayant une expérience d'eux-mêmes comme vulnérables craignent de se désintégrer ou de subir des dommages lorsqu'ils ressentent des émotions intenses (Greenberg, 2021 ; Weston, 2018). Il s'agit d'une peur intense, menaçante et fondamentale de ne pas être à la hauteur de son

propre vécu, de perdre la raison, de se dissoudre, de se dématérialiser ou même de mourir lorsque l'organisme est en contact avec un vécu douloureux (Weston, 2018). Ce sentiment de menace existentielle se joue souvent au niveau subliminal (c'est-à-dire inconscient) et motive l'organisme à se protéger de ce vécu (par exemple en adoptant les comportements décrits dans la section précédente, qui peuvent conduire à des moments difficiles).

Le mécanisme de protection contre les expériences menaçantes a été décrit par Steven Hayes et ses collègues (1996) sous le terme d'« évitement expérientiel » (« experiential avoidance »). Il s'agit d'une tentative pour éviter les pensées, les émotions, les souvenirs, les sensations physiques ou toute autre forme d'expérience intérieure négative. En EFT/TCE, nous préférons utiliser les termes « peur de l'expérience » et « autoprotection » plutôt que le terme « évitement », car la réaction de l'organisme est hautement adaptative et ressentie comme une stratégie de survie. Néanmoins, la définition de Hayes fait référence aux conséquences importantes dans le ressenti et le comportement face à la menace ressentie.

La peur de l'expérience est considérée comme l'un des processus transdiagnostiques les plus importants pour expliquer l'apparition et le maintien des troubles psychiques (Barlow *et al.*, 2019a). En effet, si elle peut réduire les sensations menaçantes à court terme, elle favorise et renforce à long terme les stratégies pathogènes de résolution de problèmes. La peur de vivre et la protection contre les sentiments douloureux chez les clients très vulnérables constituent des obstacles en EFT/TCE si elles ne sont pas identifiées comme telles au début de la thérapie (Timulak, 2015 ; Timulak & McElvaney, 2017). Pour les clients très vulnérables, la manière de construire la relation et la procédure thérapeutique doivent être adaptées en conséquence (sections 4.2., 4.3).

### ► **Angoisse face aux émotions menaçantes**

L'angoisse face aux émotions menaçantes est une forme d'angoisse anticipatoire. On craint que ressentir l'émotion menaçante puisse avoir des conséquences terribles (Greenberg, 2021 ; O'Brian *et al.*, 2019 ; Weston, 2018). Alors que l'angoisse anticipatoire a une longue tradition dans la thérapie cognitivo-comportementale (par exemple, l'angoisse de l'angoisse

dans les troubles de panique), elle a reçu jusqu'à récemment peu d'attention explicite dans l'EFT/TCE (Timulak, 2015). Deux projets de recherche plus récents se sont consacrés aux angoisses anticipatoires (O'Brian *et al.*, 2019 ; Weston, 2018). Les clients ont rapporté différentes formes d'angoisses anticipatoires qui précédaient des blocages émotionnels ou d'autres mécanismes d'autoprotection :

- peur d'être trop vulnérable pour pouvoir survivre à l'émotion menaçante (par exemple, « je pourrais m'effondrer », « je pourrais être submergé·e », « je vais me dissoudre ») ;
- peur de perdre le contrôle (par exemple, « si je commence à pleurer, je ne pourrai jamais m'arrêter ») ;
- peur de se sentir honteux (par exemple, « si je m'ouvre et montre mon vrai visage, on me méprisera ») ;
- peur de se retrouver seul (par exemple, « si je me mets en colère et que je contredis ma femme, elle me quittera ») ;
- peur d'être blessé (par exemple, « si j'accepte de la proximité, je pourrais être blessé »).

L'anxiété anticipatoire peut déclencher une cascade d'états menaçants qui se manifestent à différents niveaux et peuvent être activés aussi bien par la peur d'un vécu adaptatif que par celle d'un vécu maladaptatif. Au niveau le plus profond, le plus existentiel, se trouve cependant souvent la crainte de ne pas être à la hauteur de l'expérience douloureuse, par exemple « si je me mets en colère, ma femme se détourne de moi » (peur des conséquences négatives de la colère adaptative), « et dans le pire des cas, elle me quitte » (peur de, être abandonné), « et ce serait la mort émotionnelle pour moi » (peur de ne pas survivre à la douleur émotionnelle).

La peur des émotions menaçantes est souvent la raison pour laquelle le processus thérapeutique ne progresse pas dans des séquences productives en trois étapes ([section 3.2.2](#)) (Greenberg & Bolger, 2001). Les séquences thérapeutiques productives se caractérisent par un processus en trois étapes : approfondissement des émotions secondaires, mise en évidence des émotions primaires inadaptées et accès aux émotions adaptées via le besoin existentiel frustré. Les clients très vulnérables perçoivent les interventions d'approfondissement comme menaçantes et leur organisme réagit avec des mécanismes d'autoprotection (par exemple, une cliente réagit toujours avec



une colère secondaire contre sa thérapeute lorsqu'elle entre en contact avec sa douleur essentielle. Une autre cliente entre systématiquement dans un état dissociatif dans lequel elle ne peut plus penser lorsque la thérapeute l'encourage à exprimer sa colère dans un dialogue imaginaire).

### ► Coping d'autoprotection

L'organisme peut réagir à différents niveaux pour se protéger, par des réactions de coping qui éloignent du ressenti et rendent le travail centré sur les émotions plus difficile. Les patients anxieux qui suivent une psychothérapie centrée sur les émotions ont rapporté les stratégies suivantes pour échapper à leurs émotions (O'Brian *et al.*, 2019) :

- Le comportement entre les séances peut être axé sur l'autoprotection (par exemple, éviter les conflits désagréables, procrastiner, ruminer, planifier et contrôler de manière excessive, boire ou adopter d'autres comportements autodestructeurs).
- Le traitement négatif de soi (autocritique, perfectionnisme, donner la priorité aux besoins des autres, ne pas prendre au sérieux ses propres sentiments et besoins), ou un traitement négatif secondaire de soi peut aider à se protéger du ressenti (par exemple en se critiquant pour son propre ressenti, « je ne sais pas pourquoi cela me touche autant, je devrais être au-dessus de ça depuis longtemps »).
- Dans l'ici et maintenant de la séance de psychothérapie, on peut citer tous les comportements énumérés [section 4.1](#) qui sont utilisés pour éviter de vivre des émotions (par exemple, répondre de manière évasive, prétendre ne pas avoir de souci, minimiser, banaliser, ne pas répondre aux questions). Tous ces mécanismes de coping permettent d'éviter et de contourner les ressentis.
- Au niveau physiologique, les peurs anticipatoires, qui rendent difficile le contact avec le vécu, se manifestent par exemple par des états dissociatifs, le sentiment d'avoir du coton dans la tête, une vision floue, la perte du fil conducteur, des palpitations, le sentiment d'être submergé.

La peur profonde que l'organisme puisse être endommagé lorsqu'il est en contact avec une douleur intense est souvent une conséquence d'une mauvaise régulation dyadique des affects dans la petite enfance (Tronick,

1989) et de son effet négatif sur les processus hémisphériques droits responsables de la régulation implicite des affects (Schore, 2019) ([section 2.4.1](#)). Plus nos clients sont fragiles, plus ils nous font vivre des moments difficiles, plus il est important d'en tenir compte. L'approfondissement, l'élaboration et la transformation émotionnels ne peuvent avoir lieu que si la thérapeute parvient à réguler les peurs implicites dans l'interaction dyadique et à créer un contexte sécurisant. L'attitude nécessaire à cet effet est abordée dans la section suivante.

#### **4.1.2 Principes généraux de gestion des moments difficiles**

Dans les moments difficiles, nous n'essayons pas d'adopter une vision objective et centrée sur le problème de nos clients, et nous ne cherchons pas non plus à confronter le client à son comportement d'évitement ou à sa résistance, comme c'est le cas dans d'autres approches (Sachse *et al.*, 2011 ; Sachse, 2018 ; Abbass, 2015 ; Abbass & Schubiner, 2018). Lorsque l'on traite avec des clients très fragiles, l'acceptation et l'empathie font fondre les murs de l'autoprotection. Une clarification motivationnelle du comportement d'évitement (Sachse, 2018) ou une confrontation avec sa propre résistance (Abbas, 2015) sont contre-indiquées, car de telles interventions pourraient conduire nos clients fragiles à se sentir encore plus angoissés, dépassés, insécurisés et inadéquats qu'ils ne le sont déjà.

Un autre principe est qu'une attitude orientée vers le changement est contre-indiquée tant que les clients fragiles restent fortement dans l'anxiété. La zone de développement proximale (Vygotsky, 1986) ne peut être atteinte que par la régulation dyadique des affects. Si la thérapeute s'engage trop tôt dans un dialogue évocateur avec les chaises (par exemple, dialogue sur la chaise vide) en ignorant l'angoisse émotionnelle du client fragile, cela ne fera que renforcer son anxiété et son autoprotection. Parallèlement, il est important que la thérapeute ne se contente pas de suivre l'autoprotection du client. Dans le travail avec des clients fragiles, le processus tourne rapidement en rond et se perd si la thérapeute se contente de suivre le contenu apporté par son client (Perls *et al.*, 2019).

Le problème du moment thérapeutique axé sur la présence réside dans le fait qu'il y a une dérive des processus implicites et explicites (Stern, 2004).

L'autoprotection et la peur du client contrôlent le processus thérapeutique à un niveau implicite, mais ne sont pas encore représentées dans la conscience et prises en compte dans l'agenda thérapeutique. Pour cette raison, un autre principe important en EFT/TCE est de diriger la conscience vers les processus implicites de peur et d'autoprotection afin qu'une *conscience intersubjective* (Stern, 2004) ou une *conscience dyadique élargie* (Tronick, 1998) puisse émerger. La thérapeute et le client ont une conscience partagée d'une expérience (subliminale) ou d'un processus (auparavant implicite) dans l'ici et maintenant de la salle de thérapie. L'art thérapeutique consiste à trouver un équilibre entre la reconnaissance, la dénomination et la validation de la peur implicitement activée et des stratégies de coping dysfonctionnelles du client, tout en fournissant une incitation au changement (Greenberg, 2021).

C'est comme une voiture bloquée par la neige en hiver après une tempête de neige et qui doit dans un premier temps être soigneusement débarrassée de la neige et de la glace (régulation de la peur) avant de pouvoir rouler en la poussant doucement ([section 4.3.1](#), [section 4.3.2](#)). Toutefois, cela n'est possible que si le moteur a été préalablement mis en marche et que la motivation du conducteur à s'engager sur la route verglacée est plus grande que sa peur de mourir dans un accident. Transposé au processus thérapeutique, cela signifie que le client doit ressentir le coût de son autoprotection et comprendre que, même si le coping lui permet d'éviter de ressentir une douleur émotionnelle, il ne lui permettra jamais d'obtenir ce à quoi il a réellement aspiré toute sa vie.

Un autre principe dans les moments thérapeutiques difficiles est que nous ne voulons pas transférer toute la responsabilité sur le client, mais que nous partons d'une responsabilité partagée. Lorsque les choses se compliquent en thérapie, c'est souvent parce que nous, en tant que thérapeutes, sommes affectés d'une manière ou d'une autre par nos clients. Ces sentiments déclenchés ne sont pas toujours des projections de schémas relationnels inconscients du passé sur le présent, comme le sous-entend la notion de contre-transfert, mais il peut s'agir de difficultés interpersonnelles générales que les thérapeutes peuvent rencontrer, comme la peur des émotions (les siennes ou celles du client), l'insécurité, des efforts excessifs et anxieux pour aider ou des difficultés à ressentir la colère ou l'ennui.

Pour être en mesure d'aider nos clients dans les moments difficiles, il est important de reconnaître notre propre part dans le processus et d'être en contact avec elle. Pour faire face aux stratégies de coping dysfonctionnelles des clients de manière bienveillante et constructive, plutôt que de réagir de manière secondaire et réactive, il est important que les thérapeutes soient en contact avec leurs propres parties saines et bien ancrées. C'est l'objet de la prochaine section.

## **4.2** « TO BE EFT/TCE » : LA PERSONNE DE LA THÉRAPEUTE

Les moments difficiles de notre quotidien thérapeutique ont toujours un rapport avec nous en tant qu'êtres humains – sinon nous ne les ressentirions pas comme difficiles ! Plutôt que de rejeter la responsabilité sur nos clients, il est plus utile de nous tourner vers nos propres peurs et incertitudes et de nous demander avec curiosité ce que ce client déclenche en nous à un niveau plus profond (impuissance ? insuffisance ? peur ? honte ? sentiment de rejet ?) et d'où vient notre propre sensibilité (l'impuissance était-elle un thème dans mon enfance ? Ai-je vécu dans le passé des expériences douloureuses et marquantes liées au sentiment d'insuffisance ? Ai-je souffert d'être dominé ?). En étant plus conscients de nos propres vulnérabilités, nous pouvons être de meilleurs thérapeutes pour nos clients. Ces vulnérabilités peuvent être d'origines diverses, comme nous l'avons vu, et aller de simples insécurités à des blessures plus profondes. Une bonne gestion des moments difficiles nécessite donc, d'une part, une conscience profonde et une gestion dans l'instant présent de nos propres peurs, insécurités et blessures émotionnelles plus profondes et, d'autre part, de solides compétences interpersonnelles (par exemple, une transparence facilitante, voir [section 4.2.2](#)).

### **4.2.1 Les émotions de la thérapeute**

Les thérapeutes qui réussissent en se concentrant sur les émotions allient force et vulnérabilité. Leur vulnérabilité leur permet d'être en empathie avec les sensibilités de leurs clients. Leur force les aide à croire en leurs clients, à les solliciter dans la mesure de leurs possibilités, à travailler à la

limite du possible et à les faire s'engager dans des interventions douloureuses (Greenberg, 2019b). Lorsque les thérapeutes sont trop vulnérables, ils traitent leurs clients avec trop de précautions et prennent trop de gants. Si les thérapeutes se sentent trop forts et sûrs d'eux, ils confrontent trop leurs clients. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre ces deux aspects, qui permette un travail à la limite du possible, exigeant pour le client mais sans le surcharger. Il faut en outre des compétences interpersonnelles telles que l'empathie et la congruence. Celles-ci sont particulièrement importantes dans les moments difficiles.

Dans le travail thérapeutique centré sur les émotions, les processus émotionnels de la thérapeute peuvent entraîner des difficultés de deux ordres. Premièrement, l'anxiété de la thérapeute qui conduit à des blocages thérapeutiques (par exemple, la peur de la colère du client ou de sa fragilité). Deuxièmement, ses propres sensibilités non traitées et schémas émotionnels inadaptés, qui entraînent des réactions secondaires.

### ► **Peur de la thérapeute**

Nous parlons alors de blocages thérapeutiques lorsque les thérapeutes ne font pas quelque chose qu'ils devraient ou voudraient faire. Par exemple, ils retardent la fin de la thérapie parce qu'ils craignent de décevoir leur client. Ou ils évitent d'effectuer une mise en acte avec les chaises alors que le marqueur serait clairement donné. Ils ne parviennent pas à établir une focalisation. Ils ressentent peu de compassion ou d'empathie envers le client.

Lorsque les thérapeutes bloqués se demandent ce qui les empêche de faire ce qui devrait être fait, ils répondent souvent qu'ils craignent la fragilité de leur client (il pourrait se désintégrer et se faire du mal) ou qu'ils ont peur d'une réaction négative (par exemple, la colère du client). Dans les deux cas, la peur du thérapeute masque une sensibilité plus profonde, généralement liée à sa propre histoire d'apprentissage. Par exemple, la colère du client active chez la thérapeute un sentiment d'impuissance (qu'elle a elle-même souvent ressenti dans son enfance), ou la fragilité du client active un sentiment excessif de responsabilité et un comportement de protection (que la thérapeute connaît bien pour l'avoir vécu avec sa propre mère). La peur ou le blocage de la thérapeute est donc fonctionnel, car il

l'empêche d'entrer en contact avec une émotion plus profonde. En d'autres termes, il peut très bien arriver que les mêmes mécanismes d'autoprotection soient activés chez les thérapeutes que chez leurs clients. Pour gérer les blocages thérapeutiques, voir la [section 4.3.2](#) sur l'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection, qui peut également être utilisée comme exercice d'auto-expérience.

### ► Les sensibilités de la thérapeute

Les sensibilités se rapportent à ses propres schémas émotionnels inadaptes du passé ([section 2.3.2](#)). Il peut s'agir d'une sensibilité au rejet potentiel (active la peur d'être seul, « lonely me »), aux critiques potentielles, au manque de respect/d'acceptation (active le sentiment d'inutilité, « bad me ») ou aux situations dans lesquelles on se sent dépassé (« weak me »). Nous avons tous des sensibilités, c'est normal, car après tout, nous aussi, les thérapeutes, sommes des êtres humains. Les blessures émotionnelles et les bleus font partie de la condition humaine et ne posent pas de problème tant que nous les gérons de manière consciente et productive. Cela ne devient problématique que lorsque des blessures émotionnelles inconscientes et non traitées entraînent des émotions secondaires réactives qui ont un impact négatif sur le processus thérapeutique. La fiche de travail 7 propose un exercice utile pour la prise de conscience et la régulation des sensibilités.

### 4.2.2 L'attitude de la thérapeute

Lorsque tout va bien dans la thérapie, un contexte positif s'établit automatiquement, renforcé par des processus de rétroaction positifs. Le travail se déroule de manière productive, le client fait de nouvelles expériences correctives et progresse, il est satisfait, la thérapeute se sent compétente et utile, le travail avance et les progrès sont visibles et perceptibles. Le client et la thérapeute se sentent comme dans une baignoire d'eau chaude, tous deux se sentent en sécurité, détendus, confiants et à l'aise.

Si le processus s'enlise ou si des moments difficiles surviennent, le contexte positif est menacé. Si de l'eau froide coule sans cesse dans la baignoire, elle finira par devenir peu accueillante, on ne s'y sentira plus à l'aise et on voudra sortir du bain. Au début, on ne remarque peut-être même pas la

baisse continue de la température de l'eau, mais on perçoit plutôt un malaise diffus. Si ce processus se poursuit sans réflexion, on peut, dans le pire des cas, développer en tant que thérapeute des sentiments négatifs envers le client. Les clients sensibles, dont l'histoire de vie a été marquée par des expériences d'apprentissage négatives, ont des antennes très fines pour leurs interlocuteurs. Leurs capteurs inconscients sont dirigés vers des stimuli qui indiquent le danger ou la sécurité (neuroception de la sécurité et du danger, Porges, 2011). L'amygdale du client réagit immédiatement, rapidement, fortement et inconsciemment à l'expression faciale contrariée, au ton impatient ou au regard ennuyé de la thérapeute, et son système nerveux végétatif active immédiatement une réaction de fuite et de combat (peur et anxiété, colère, figement). Cela fait remonter les murs d'autoprotection du client. Si la température de l'eau est inférieure à un certain seuil, le client voudra rapidement sortir de la baignoire.

Carl Rogers a décrit les conditions de base minimales de l'attitude et de la relation thérapeutiques qui sont nécessaires pour que le changement et la croissance du client puissent avoir lieu (Rogers, 1957) ([section 2.7](#)). Les trois variables de base de la thérapie centrée sur la personne (empathie, appréciation positive inconditionnelle et congruence) revêtent une importance particulière dans les moments difficiles. Si elles sont réalisées, la température de l'eau du bain reste acceptable même si le robinet coule. L'empathie a déjà été abordée au [chapitre 3](#), c'est pourquoi nous nous concentrerons ici sur les deux autres aspects.

### ► **Appréciation positive inconditionnelle**

Vivo est un jeune homme brillant issu de l'immigration. Il vient en thérapie parce qu'à 30 ans, il n'a jamais eu de petite amie et n'a pas encore pu avoir d'expérience sexuelle. Il en souffre beaucoup.

Vivo ressent les injustices sociales comme la cause de sa situation difficile, car la société encourage les hommes à courtiser les femmes plutôt que l'inverse. En thérapie, il s'en tient à ce point de vue, convaincu qu'il ne peut pas influencer lui-même sa situation. La seule



solution qu'il voit est qu'une collègue se mette en couple avec lui, parce qu'elle « le lui doit en raison des injustices de la société ».

Que signifie une appréciation positive inconditionnelle ? Devons-nous approuver tout ce que font et disent les clients ? Bien sûr que non.

L'appréciation positive inconditionnelle est *la croyance que les clients font toujours de leur mieux*. Les stratégies de coping défavorables comme celle de Vivo sont des tentatives de gérer des sentiments douloureux. Ce sont les meilleures stratégies possibles à ce moment précis, même si elles semblent à première vue problématiques pour les personnes extérieures. Une appréciation positive inconditionnelle signifie reconnaître cela. En accord avec la thérapie centrée sur la personne et la Gestalt, nous partons en EFT/TCE du principe que les êtres humains veulent survivre et grandir. Cette tendance à la croissance est profondément ancrée en nous. Dans un environnement favorable, les personnes développent des schémas émotionnels adaptatifs, orientés vers l'approche, qui les aident à satisfaire les besoins de l'organisme, à grandir et à se développer. Dans un environnement défavorable, où les besoins sont frustrés, les personnes développent davantage de schémas émotionnels inadaptés, orientés vers l'évitement, qui offrent une protection contre de nouvelles blessures et aident à survivre. Si l'activité psychique des clients est fortement orientée vers l'autoprotection, s'ils clivent leur douleur et la masquent par des émotions secondaires ou s'ils tentent d'y faire face avec des stratégies de coping dysfonctionnelles, s'ils font preuve de méfiance envers nous, se comportent de manière défensive ou hostile, ils le font parce que c'était une stratégie fonctionnelle dans leur passé pour faire face à un environnement blessant. Cette stratégie reste utilisée à l'âge adulte parce qu'elle est devenue un mécanisme inconscient profondément intériorisé.

Si nous avons une vision positive de nos clients, nous voyons sous le comportement problématique secondaire la douleur qui alimente le comportement problématique, les émotions difficiles et l'autoprotection. Dans chaque schéma émotionnel inadapté et douloureux se trouve un besoin frustré. Si nous parvenons à nous positionner de manière complémentaire par rapport à la douleur et au besoin frustré, plutôt que de réagir aux émotions et aux comportements secondaires, nous reconnaissons



le client tel qu'il est vraiment et tel qu'il se sent réellement à un niveau plus profond. Nous brisons la solitude de la douleur, créons un contexte sûr et bienveillant dans lequel le client se sent vu, accepté, invité et suffisamment en sécurité pour se rapprocher de ses émotions douloureuses afin de pouvoir les ressentir, les explorer et les traiter. Ce principe correspond à la manière complémentaire de former les relations thérapeutiques décrites par Grawe (1994, 1998, 2004), selon laquelle les thérapeutes efficaces se mettent en relation de manière complémentaire avec les objectifs et les besoins d'approche de leurs clients, sans activer leurs objectifs d'évitement. En d'autres termes, le thérapeute se met en relation de manière complémentaire avec le besoin de reconnaissance et d'estime du client, en veillant à ne pas lui faire honte en problématisant son comportement ou ses stratégies de résolution dysfonctionnelles.

L'appréciation positive inconditionnelle envers notre client implique la capacité de reconnaître que notre client fait de son mieux à chaque instant et que ses comportements dysfonctionnels sont les meilleures stratégies de coping disponibles actuellement pour faire face à son expérience douloureuse. L'appréciation positive inconditionnelle implique la capacité de reconnaître et d'être touché par cette douleur cachée et profonde, même si elle n'est pas abordée ou montrée au niveau phénoménologique. L'appréciation positive inconditionnelle implique la capacité de voir et de comprendre notre client de telle sorte que nous puissions être pleinement à ses côtés et le soutenir. Cela ne signifie pas que nous approuvons son comportement, mais que nous pouvons le voir et le comprendre d'une manière différente et bienveillante. Pour que cela soit possible, nous devons, en tant que thérapeutes, être nous-mêmes ancrés et en contact avec nos propres parties saines. Nous voulons laisser nos pieds s'enfoncer dans le sable chaud de l'empathie, même si le moment thérapeutique actuel nous semble difficile.

## ► Congruence

Anna est une jeune femme intelligente, éveillée et réfléchie, avec une structure de personnalité complexe et émotionnellement instable. Elle est consciente qu'au cours des séances de thérapie, elle évite les sujets qui sont liés à des expériences d'enfance blessantes. Avec sa thérapeute,

elle décide d'écrire les événements importants sous forme de lettre et de l'envoyer à la thérapeute. Lors de la séance suivante, Anna commence par dire qu'elle ne veut pas parler de la lettre. Bien que la thérapeute perçoive une légère irritation chez Anna et que l'expression de celle-ci la fasse sentir impuissante, elle respecte son souhait et valide le besoin d'Anna de se protéger. Elle s'efforce de trouver un autre sujet productif sur lequel elles pourront travailler pour cette séance. À la fin de la séance, la thérapeute demande à Anna ce qu'elle retient de la séance. Anna répond malicieusement : « Que je réussis toujours bien à éviter les sujets importants dans cette thérapie. » La thérapeute ressent un pincement au cœur, mais ne dit rien. Lors de la séance suivante, elle est beaucoup plus confrontante avec Anna que d'habitude, ce qu'Anna ne peut pas comprendre et qui la déstabilise.

Selon Rogers, la congruence est une condition fondamentalement importante pour une relation thérapeutique basée sur la confiance, qui permet la croissance et le changement. Une thérapeute congruente est authentique, réelle et intégrée, et elle est consciente de son ressenti. La congruence est le contraire d'une attitude imposée, qu'elle soit consciente ou inconsciente (Rogers, 1957).

La congruence signifie-t-elle pour autant que la thérapeute doive toujours dire tout ce qui lui passe par la tête ? Doit-on dire à un client qu'il vous ennueie ? Qu'on le trouve attirant ? Dans l'exemple cité, la thérapeute aurait-elle dû dire à la fin de la séance que la remarque acerbe d'Anna l'avait mise en colère ou blessée ? Non. La congruence, pour être utile sur le plan thérapeutique, doit se faire de manière à faire avancer le client dans son processus thérapeutique. Être utilement congruent est un art délicat qui demande beaucoup d'introspection, de discipline et de compétences interpersonnelles. Parmi les trois variables de base de Roger, la congruence est la compétence la plus difficile à maîtriser (Greenberg, 2019c ; Greenberg & Geller, 2001). Par définition, on est congruent lorsque notre monde intérieur et notre ressenti sont en accord avec le monde extérieur et notre comportement, et que l'on est transparent et ouvert à ce sujet (Greenberg, 2019c). Mais une ouverture non censurée ou inadaptée, même si elle est congruente et authentique, peut être très blessante et destructrice.

La prémisse la plus importante dans la gestion des moments difficiles est toujours que nous voulons être des thérapeutes utiles pour le client. Nous voulons offrir une relation qui favorise la croissance, dans laquelle le client se sent invité à s'ouvrir et à se tourner vers son vécu douloureux. Si nous sommes congruents et authentiques, cette attitude doit soutenir le client dans son processus de croissance, et non l'entraver. Il ne s'agit donc pas d'être authentique pour se sentir mieux, mais plutôt d'aborder les bruits de fond et les bruits parasites implicites dans la salle de thérapie et de les rendre explicites de manière qu'ils puissent être traités de manière constructive. C'est pourquoi nous parlons en EFT/TCE de congruence utile, que nous cherchons à atteindre (Greenberg, 2019c ; Greenberg & Geller, 2001).

Pour être congruent, deux conditions sont nécessaires (Lietaer, 1993) :

- 1) la conscience et le contact avec son propre vécu et en particulier avec ses émotions primaires ;
- 2) la volonté d'être ouvert et transparent à ce sujet.

Pour pouvoir être congruents, nous devons, en tant que thérapeutes, être en contact avec notre vécu et être prêts à le partager avec l'autre. Cela signifie que nous devons être présents non seulement à notre client, mais aussi à nous-mêmes (Geller & Greenberg, 2002, 2012). Tout comme l'empathie est à la fois une attitude et une technique, la congruence utile est *également une attitude, mais aussi une technique, pour créer un contexte thérapeutique sûr*. Une thérapeute congruente est tangible pour son client parce qu'elle met des mots sur ce qui se passe en elle. Ce que le client entend et voit correspond à ce qu'il perçoit. Cela entraîne une réduction de l'anxiété interactive chez le client et lui procure un sentiment de sécurité. Il sait qu'il ne peut pas y avoir de mauvaises surprises, car sa thérapeute n'a pas d'agenda caché.

La non-congruence peut avoir trois origines. Premièrement, quand la thérapeute a conscience de ce qu'elle vit mais n'est pas prête à le partager avec son client (par exemple, parce qu'elle a peur que cela ne soit pas professionnel ou parce qu'elle ne se sent pas en sécurité et trouve un appui dans une posture d'expert distant). Deuxièmement, lorsque la thérapeute n'est pas consciente de son propre vécu (par exemple, parce qu'elle n'est

pas présente à elle-même ou que ses propres sensibilités échappent à sa conscience, comme des angles morts, qui peuvent être ressentis dans le cadre de la thérapie). Troisièmement, lorsqu'elle a conscience que quelque chose ne va pas, mais que ce sentiment est obscurci par une émotion secondaire (par exemple, elle ressent de l'impatience, sans réaliser qu'elle se sent en fait repoussée).

L'aspect communicatif de la congruence exige des compétences interpersonnelles élevées de la part de la thérapeute. Greenberg et Geller (2001) ont inventé le concept de transparence utile. Cela comprend quatre aspects. Le premier aspect concerne le fait que la thérapeute doit être présente et en contact avec son propre vécu. La thérapeute doit être consciente de ses propres émotions primaires, qui ont été déclenchées par le moment difficile. Il faut parfois du temps et de la discipline pour percevoir et classer l'émotion primaire (vulnérable) cachée sous une émotion secondaire ([section 4.2.1](#)). Il peut donc être important et nécessaire de ralentir le processus, de ne pas réagir sous le coup de l'émotion sur le moment, mais de prendre le temps de réfléchir suffisamment à son propre ressenti et de le comprendre avant de poser des mots dessus.

Le deuxième aspect de la transparence utile décrit le fait que nous ne communiquons que si cela sert le bien-être et la croissance du client. La congruence doit aider à renforcer le lien thérapeutique et à créer de la sécurité. Il ne s'agit jamais pour nous, en tant que thérapeute, de nous sentir soulagés, d'avoir le dernier mot ou de nous débarrasser brusquement d'un client parce qu'il nous a blessé ou mis en colère. Les clients font toujours de leur mieux. C'est à nous, thérapeutes, de comprendre leur comportement interactif provocateur à un niveau plus profond. L'attitude d'appréciation et d'acceptation est fondamentale à cet égard.

Le troisième aspect de la transparence utile concerne la *manière dont les choses sont dites*. Il est bon de se demander ce que nous voulons révéler (le ressenti primaire), si le moment est propice à l'auto-révélation (ou si cela *risque de surcharger le client*) et si l'auto-révélation correspond à la *motivation actuelle du client pour le changement* (« stage of change », Prochaska & DiClemente, 1982). Le choix des mots, le langage et l'intonation sont également très importants. Nous assumons la responsabilité de notre ressenti et utilisons le langage au « je ». Au lieu de

dire « vous êtes » ou « vous faites », il est préférable de dire « je comprends qu'il se passe ceci et cela chez vous » ou « et chez moi, cela déclenche ceci et cela ». Le langage non accusateur vient de lui-même lorsque nous nous mettons en relation de manière complémentaire avec la souffrance du client plutôt que de réagir à son comportement secondaire. Le fait qu'un message soit traité ou non comme un reproche ne dépend souvent pas seulement du choix des mots et du langage, mais aussi du ton, de l'expression du visage et de l'intonation de l'émetteur. Il est également important de ne pas réagir sous le coup de l'émotion, *mais de parler de notre sentiment*. Plutôt que de réagir avec colère, il est préférable de *parler de notre colère sans activation viscérale*.

Enfin, le quatrième et dernier aspect de la transparence utile est l'exhaustivité. « *Saying all of it* » (Greenberg, 2014, 2019 ; Greenberg & Geller, 2001) signifie non seulement partager le ressenti, mais aussi communiquer à un niveau méta sur ce que l'on ressent en partageant ce ressenti. Par exemple, « j'ai du mal à vous dire ceci, mais je réalise que j'ai du mal à suivre attentivement ce que vous dites et j'aimerais comprendre avec vous pourquoi » ou « je réalise que vos mots me bouleversent et j'aimerais vous inviter à comprendre ensemble ce qui vient de se passer ». Il est important de dire au client que l'objectif de l'auto-révélation est de clarifier et d'améliorer la relation et non pas de lui nuire.

À la fin de la séance, Anna dit : « Je retire de la séance d'aujourd'hui que je peux éviter avec succès des thèmes importants ici en thérapie. » La thérapeute lui répond : « Oui, vous avez gagné ce match, vous êtes vraiment forte pour cela. Mais je ne suis pas sûre que cela vous aidera à obtenir ce dont vous avez vraiment besoin en thérapie. Et cela me laisse aussi un sentiment d'impuissance et le sentiment de ne pas pouvoir vraiment vous aider. »

Un client fragile a du mal à s'ouvrir au thérapeute. Le thérapeute écoute le client et lui dit : « Je ne me sens pas aussi connecté à vous que je voudrais l'être et j'aimerais mieux comprendre pourquoi. »

Un client est très rationnel et parle d'une voix externe sans se référer à son vécu. Le thérapeute se sent impuissant parce qu'il n'arrive pas à

mettre un pied dans la porte et dit : « J'entends les mots que vous dites, ils semblent tous très rationnels et logiques, mais il y a un autre niveau important de votre personne qui semble m'échapper et auquel je n'ai pas accès. J'ai l'impression de ne pas vous saisir dans votre être tout entier. Que se passe-t-il dans votre corps pendant que vous dites cela ? »

Un client fait très peu référence à son ressenti. Pendant une pause dans la conversation, la thérapeute dit : « En vous écoutant, j'ai l'impression que le cœur de ce que vous ressentez m'échappe. »

## **4.3 D « TO DO EFT/TCE » : COMPRENDRE LE CLIENT À UN NIVEAU PLUS PROFOND ET GARDER LE FOCUS**

Les moments difficiles avec les clients fragiles se caractérisent par un décalage manifeste entre les déclarations d'un client et son comportement ou ses émotions, par le manque de conscience de sa stratégie de coping dysfonctionnelle et par l'impossibilité d'assumer la responsabilité de l'expérience qui sous-tend le coping dysfonctionnel. C'est le cas, par exemple, d'un client qui bat sa femme et dit à la thérapeute qu'il le fait par pur amour. Ou encore d'un client qui s'accroche fermement à la conviction que s'il n'a jamais eu de relations sexuelles à 30 ans, c'est exclusivement en raison d'un problème social, et que sa collègue lui doit donc de se mettre en couple avec lui. Dans de tels moments, on est tenté, comme thérapeute, de confronter le client à sa perception biaisée de la réalité ou à ses déclarations incohérentes, de le contredire ou de s'engager dans une discussion sur le fond. Dans le contexte où les clients, surtout s'ils sont fragiles, ont besoin de ressentir beaucoup de sécurité et d'acceptation dans la relation, une telle confrontation serait certainement malvenue. D'un autre côté, on ne veut pas non plus accueillir une telle perception déformée. Que faut-il faire ? Comment la thérapeute peut-elle proposer une attitude d'acceptation et une relation sécurisante, tout en aidant le client à accroître sa conscience de ses modes de réaction problématiques et à identifier les émotions clivées ? Les thérapeutes performants se distinguent des thérapeutes moins performants dans l'art de faire précisément cela.

Un travail empirique a examiné l'influence de la relation thérapeutique sur l'ouverture ou l'autoprotection des clients pendant une intervention (Sutter, 2007). Dans les séances réussies, un effet de rétroaction positive a été observé. La bienveillance de la thérapeute avait une influence positive sur l'ouverture du client dans les minutes qui suivaient, et vice versa. À son tour, cette ouverture du client permettait à la thérapeute d'effectuer plus facilement des interventions (par exemple l'empathie clarifiante ou le travail sur les chaises) et les clients restaient ouverts pendant toute la durée de l'intervention. De plus, les thérapeutes efficaces parvenaient à maintenir leur attitude bienveillante, même lorsque le client réagissait de manière anxieuse et évitante (autoprotection). Les séances non fructueuses présentaient un schéma complètement différent. Lorsque le client se protégeait (c'est-à-dire qu'il était fortement guidé par une motivation d'évitement), la thérapeute ne parvenait pas à faire fondre cette autoprotection par son approche relationnelle. Dans les séances moins réussies, l'autoprotection du client se renforçait de manière significative dès que les interventions étaient mises en œuvre (Sutter, 2007).

La différence entre les thérapeutes efficaces et ceux qui le sont moins réside donc dans l'art de réaliser une relation thérapeutique complémentaire (Caspar, 2008, 2018 ; Grawe, 1998, 2004, [section 4.3.1](#)) dans le travail avec des clients fragiles, qui ont un fort besoin de se protéger parce qu'ils craignent de se désintégrer en ressentant leur douleur centrale. Si l'autoprotection du client active également l'autoprotection de la thérapeute, une collaboration productive devient difficile. Les thérapeutes qui réussissent amènent l'autoprotection de leurs clients à fondre grâce à leur approche relationnelle bienveillante, tout en effectuant des interventions de clarification.

Comment pouvons-nous aider nos clients dont le ressenti est clivé ou déformé à atteindre une conscience plus holistique sans les heurter ? Comme nous l'avons déjà mentionné, en EFT/TCE, nous évitons de confronter le client fragile lors d'un moment difficile, ou de lui faire la morale, nous évitons de clarifier ou d'interpréter son comportement sur le plan de la motivation, nous évitons de problématiser son comportement, d'essayer de lui faire comprendre ou d'entrer dans un mode de résolution de problèmes. Nous n'essayons pas de transformer le client. Ce que nous essayons de faire, c'est de rendre le client plus conscient des processus

émotionnels importants, sans qu'il se sente critiqué ou embarrassé. Nous aidons le client à arriver à l'endroit où il se trouve, afin qu'il puisse grandir à partir de cet endroit. Nous essayons d'atteindre, de manière bienveillante, une conscience intersubjective ou dyadique (Stern, 2004 ; Tronick, 1998) des processus émotionnels implicites et de leur coût pour le client. L'intervention de clarification empathique s'est révélée utile à cet égard (Greenberg & Sutter, 2019 ; Greenberg, 2021).

#### **4.3.1 Clarification empathique**

La clarification empathique (Greenberg & Sutter, 2019 ; Greenberg, 2021) poursuit trois objectifs. Grâce à cette intervention :

- 1) le thérapeute et le client peuvent parvenir à une compréhension commune bienveillante des processus émotionnels qui se déroulent implicitement, voir le client sous un nouveau jour et le comprendre à un niveau plus profond (nouvelle compréhension du client) ;
- 2) le thérapeute peut reformuler et valider le comportement problématique en tant que tentative de solution malheureuse pour gérer la douleur émotionnelle (reformulation du récit) et
- 3) le thérapeute peut se recentrer de manière empathique sur la douleur centrale qui doit être traitée, le thérapeute peut ainsi maintenir un focus productif tout en favorisant une attitude d'approche chez le client (recentrage).

On peut se souvenir de ces trois étapes – compréhension nouvelle et plus profonde du client (« re-understanding »), reformulation validante du comportement problématique (« re-framing ») et recentrage empathique sur ce qui doit être traité dans la thérapie (« re-focusing ») – comme de l'intervention avec les trois R (Greenberg & Sutter, 2019 ; Greenberg, 2021). La clarification empathique permet d'établir un lien entre une tentative de coping compréhensible mais malsaine, des blessures émotionnelles plus profondes et des besoins existentiels frustrés, et le client prend conscience que son coping entraîne des coûts élevés pour lui et sa vie.

Une procédure similaire est utilisée dans la thérapie de couple centrée sur les émotions (Greenberg & Goldman, 2008). Le fait de nommer le cercle



interpersonnel dysfonctionnel entre le couple aide à atteindre une conscience commune de la dynamique défavorable (par exemple, « plus vous critiquez votre partenaire, plus il se retire »). Dans le même temps, un lien est établi entre les émotions secondaires dysfonctionnelles ou les comportements réactifs d'une part et les sentiments profonds blessés d'autre part (par exemple, « vous êtes tellement en colère contre lui parce que vous êtes vraiment blessé »). La troisième étape consiste à prendre conscience que les comportements réactifs constituent un auto-goal, car ils n'aident pas à obtenir de son partenaire ce dont on a réellement besoin (par exemple, « et plus vous vous mettez en colère, plus votre mari se fige et se retire. Et plus il se retire, plus vous vous sentez seule et blessée dans cette relation. Mais ce dont vous avez vraiment besoin, c'est de sentir sa proximité et son soutien »). Cette description circulaire bienveillante et empathique du cercle interactionnel aide le couple à maintenir une conscience partagée de la dynamique de couple en cours, sans qu'aucun des partenaires ne se sente coupable ou critiqué.

La clarification empathique est expliquée à l'aide d'un cas concret que nous avons déjà brièvement rencontré :

### **Exemple pratique :**

Vivo est un homme de 30 ans issu de l'immigration. Il est intelligent, diplômé de l'enseignement supérieur et a une bonne situation professionnelle. Il souffre d'avoir peu d'amis et de n'avoir jamais eu de relation intime avec une femme. En thérapie, il se plaint des abus de la société et de la discrimination des hommes par rapport aux femmes. Il est tellement plus facile pour les femmes de trouver un partenaire. Il a passé une année entière sur Tinder et n'a eu qu'un seul match avec une collègue, qui a probablement eu pitié de lui. Pour lui, il est clair qu'il n'y a rien qu'il puisse faire pour améliorer sa situation. Il est tellement désespéré qu'il menace de se suicider. La seule solution qu'il voit est sa collègue Lotta, qui lui doit de l'accepter comme partenaire sexuel, parce que la situation sociale est si injuste.

## **► Nouvelle compréhension du client**

Vivo est un bon exemple de client avec lequel une thérapeute pourrait rapidement dérapier, tant le clivage de ses propres parties est évident. Vivo se protège du contact avec son sentiment profond d'insuffisance et sa peur du rejet en externalisant ses problèmes (« tout est la faute de la société »), en refusant toute prise de responsabilité (« il n'y a rien que je puisse faire pour améliorer ma situation ») et en rendant sa tentative de solution dysfonctionnelle (il fait pression sur Lotta et menace de se suicider si elle ne l'accepte pas comme partenaire). Les séances sont marquées par la colère persistante de Vivo envers Lotta, qui ne fait tout simplement pas ce qu'il lui demande, et il se perd dans des discours sur les injustices sociales qui sont si intolérables et immuables. Si, en tant que thérapeute, on suivait le contenu et qu'on s'engageait dans une discussion sur les injustices sociales, on risquerait de faire tourner le processus thérapeutique en rond à un niveau superficiel. Si on confrontait Vivo à son comportement problématique, il réagirait très probablement de manière défensive et on se dirigerait en peu de temps vers un problème d'alliance. Si on lui proposait un entraînement aux compétences sociales, il serait probablement vexé car il ne se sentirait pas pris au sérieux.

Que faire ? Nous estimons utile, pour nous en tant que thérapeutes, d'essayer de comprendre les clients comme Vivo d'une autre manière. Au lieu de nous focaliser sur leur comportement problématique en surface et d'essayer de les confronter ou de les transformer, nous essayons simplement de les voir sous un nouveau jour. Nous essayons de percevoir la souffrance émotionnelle tapie sous la surface. Si nous parvenons à identifier cette souffrance cachée dans l'ombre et à comprendre que tout le comportement problématique du client en surface n'est qu'une tentative désespérée pour gérer ses propres sentiments d'insuffisance insupportables, non seulement notre vision de Vivo se transforme, mais notre sentiment à son égard aussi. Vivo a peur de s'effondrer s'il est confronté à son sentiment d'insuffisance et à sa douleur d'être seul. Il a peur de se briser s'il est rejeté par une femme. Il craint de ressentir et de montrer sa vulnérabilité. C'est comme une balle de tennis qui flotte à la surface de l'eau. Nous ne devons pas seulement réagir à la partie émergée de la balle, visible parce qu'elle flotte au-dessus de l'eau ; nous devons focaliser notre regard sur la partie invisible, parce qu'immergée sous la surface. Une bonne compréhension du

cas est donc nécessaire pour comprendre Vivo à un niveau plus profond et pour voir et valider sa douleur invisible ([section 2.8](#)).

Ce à quoi Vivo aspire le plus est de se sentir validé, vu, valorisé et d'avoir une relation intime (besoins existentiels). Ses blessures profondes tiennent d'une part à son sentiment d'insuffisance (émotion inadaptée basée sur l'identité) et, d'autre part, à la tristesse de sa solitude (émotion inadaptée basée sur l'attachement). Il a une peur intense de se désintégrer en ressentant cette douleur. Et il échappe à la douleur en ressentant et en exprimant beaucoup de colère destructrice à un niveau secondaire (émotion secondaire) et en exerçant une pression sur Lotta (tentative de coping).

Le secret consiste à ne pas fixer la pointe de l'iceberg que Vivo montre de manière excessive, mais à regarder ce qui se trouve en dessous. Ce faisant, nous devenons complémentaires au besoin d'appréciation et d'attachement de Vivo, même s'il ne le nomme pas lui-même comme tel. Depuis cette position chaleureuse et valorisante, nous validons sa peur du rejet, sa douleur de se sentir inadéquat et sa tristesse face à la solitude. Et nous l'aidons à comprendre que sa tentative actuelle de solution, bien que compréhensible, n'est pas utile pour obtenir ce dont il a vraiment besoin (estime et attachement).

### ► La reformulation circulaire

Dans le travail avec des clients émotionnellement régulés, chez qui la peur de ressentir est suffisamment régulée, une séquence de thérapie productive approfondissante se déroule en trois étapes ([figure 3.3](#) de la [section 3.2](#)) :

- 1) reflet d'une émotion secondaire ;
- 2) supposition empathique de la douleur centrale ou de l'émotion inadaptée et
- 3) identifier ou nommer le besoin existentiel blessé.

Un exemple de ceci pourrait être : « J'entends la colère dans votre voix et je peux vraiment imaginer à quel point vous êtes en colère contre toutes ces injustices sociales » (nommer l'émotion secondaire). « Vous êtes en colère parce que vous êtes si blessé intérieurement et que c'est si douloureux d'être seul et de vous sentir différent des autres »

(supposition empathique de la douleur profonde de la solitude et de l'insuffisance). « Parce que ce que vous avez le plus désiré toute votre vie, c'est d'avoir une relation proche et de sentir que vous appartenez et que vous êtes comme les autres » (besoins existentiels blessés ou insatisfaits).

Nous avons constaté que chez les clients très fragiles avec une expérience d'eux-mêmes vulnérable, la supposition empathique ne conduit pas toujours à une séquence thérapeutique productive et approfondie en trois étapes telle que décrite, car la peur d'une expérience plus profonde alimente les émotions secondaires et les mécanismes d'autoprotection de l'organisme (Greenberg & Bolger, 2001). L'organisme se protège par exemple en minimisant (« je ne suis pas si énervé que ça, ça m'énervé juste un peu ») ou en banalisant (« ma consommation d'alcool est absolument normale, toutes les personnes boivent autant que moi »), en s'autocritiquant (« oui, je devrais être au-dessus de ça depuis longtemps, ça m'énervé que ça m'affecte autant. Pourquoi ne pourrais-je pas être plus sûr de moi ? ») ou en contredisant et en changeant de sujet (« je ne suis pas blessé, cette situation est simplement injuste et je ne comprends pas pourquoi Lotta ne peut pas simplement faire ce pas pour moi. Pour elle, ce serait facile »).

Dans le travail avec des clients très fragiles et dérégulés, il s'est avéré utile de reformuler de manière circulaire en désignant le besoin avant (et non après) la douleur centrale et en désignant l'émotion secondaire en dernier lieu (plutôt qu'en premier lieu). La validation du besoin évoque chez le client des émotions positives, orientées vers l'approche, qui déclenchent une tendance à l'action d'approche et des émotions adaptées. Le client se sent compris, soutenu, vu par la thérapeute et sent que celle-ci est vraiment derrière lui et veut l'aider à se sentir comme il veut se sentir.

En EFT/TCE, la clarification empathique se déroule selon les étapes suivantes ([figure 4.1](#)) :

- nommer, valider et se diriger vers le besoin existentiel que le client désire combler et qu'il a désiré combler toute sa vie (voir encadré 1) ;
- comprendre et nommer avec empathie la douleur centrale clivée qui se trouve sous le coping problématique et qui le nourrit (voir encadré

2) ;

- reconnaître que la tentative de coping secondaire est tout à fait logique et compréhensible et que le client tente ainsi de satisfaire ses besoins et de réguler ses émotions (voir encadré 3) et
- souligner que le coping et la tentative de solution ne sont pas pertinents et n'aident pas à satisfaire les besoins (voir flèche en pointillés).

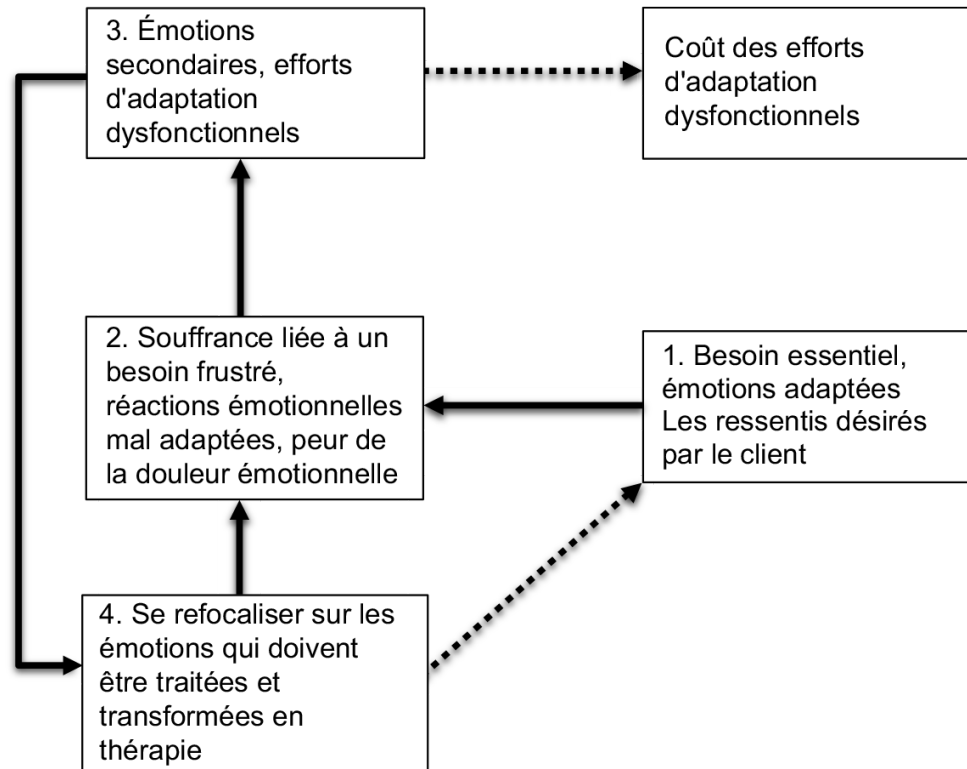


Figure 4.1. Clarification et recadrage empathiques (adapté de Greenberg & Sutter, 2019 ; Greenberg, 2021).

Par exemple, la thérapeute pourrait répondre : « J’entends à quel point vous avez aspiré toute votre vie à avoir une relation intime, à vous intégrer, à ressentir la certitude que vous êtes comme tout le monde » (besoins existentiels non satisfaits). « C’était déjà le cas lorsque vous étiez enfant et vous souffriez déjà d’être moqué et d’être un paria à cause de votre apparence. Et si la situation actuelle est si insupportable, c’est parce qu’elle nourrit continuellement ce doute que quelque chose ne va pas chez vous, que vous êtes différent des autres et que vous vous

sentez infiniment seul et incompris » (émotions inadaptées). « Et lorsque vous ressentez cette peur et ces doutes, vous vous mettez follement en colère contre Lotta, vous lui criez dessus et vous la mettez sous pression parce que tout cela vous semble insupportable » (coping protecteur). « Vous criez sur Lotta parce que c'est tellement insupportable d'avoir ces doutes et vous espérez que Lotta finira par comprendre, céder et se mettre avec vous. Mais le problème, c'est que votre colère fait peur à Lotta et qu'elle se replie sur elle-même » (coût de la stratégie de coping dysfonctionnelle). « Plus vous criez sur Lotta, plus elle prend ses distances et votre colère ne vous aide pas vraiment à obtenir ce dont vous avez vraiment besoin. »

Cette formulation aide le client à comprendre qu'il marque un auto-goal en raison de ses émotions ou comportements secondaires. Cela peut en outre favoriser son ouverture à un nouveau focus thérapeutique.

### ► Refocaliser sur la douleur centrale

La clarification empathique se termine lorsque la thérapeute se refocalise sur la douleur émotionnelle qui doit être traitée pour que le client progresse en direction de ses objectifs ([figure 4.1](#), encadré 4). Ce recentrage empathique est un outil thérapeutique important qui aide à garder le focus. Plus les clients sont fragiles et dérégulés sur le plan émotionnel, plus ils craignent de s'effondrer lorsqu'ils ressentent des émotions douloureuses. C'est pourquoi il est si utile de leur montrer, par une clarification empathique, que leur coping protecteur, bien que compréhensible et intelligible, n'est pas vraiment efficace et, par un recadrage empathique, de recentrer l'attention thérapeutique sur la douleur centrale qui doit être traitée.

Par exemple, la thérapeute pourrait dire : « Votre colère est tout à fait compréhensible, mais elle ne vous aide pas à obtenir ce dont vous avez vraiment besoin. C'est pourquoi nous devons vous aider ici, en thérapie, à gérer différemment ce sentiment d'insuffisance. »

Les thérapeutes efficaces se distinguent des thérapeutes moins efficaces en ce qu'ils parviennent à maintenir le focus thérapeutique sans que la relation thérapeutique en souffre et sans activer l'autoprotection du client. C'est précisément ce que permet la clarification empathique. Nous considérons que cette compréhension, cette reformulation et ce recadrage bienveillants mais ciblés sont des stratégies plus puissantes que la confrontation, la formation aux compétences ou la clarification motivationnelle (Greenberg, 2021). Nous voulons aider le client fragile à comprendre qui il est vraiment, comment sa vie l'a marqué et quelles émotions douloureuses guident son activité psychique et son comportement. Nous voulons aider le client à réaliser qu'il essaie de gérer ses cicatrices et ses blessures émotionnelles par un coping protecteur, mais que ses blessures ne guérissent pas. Nous voulons l'inviter à regarder le tigre dans les yeux et nous voulons l'inviter à essayer une nouvelle voie avec nous. Nous ne pouvons aider les clients à se développer que s'ils deviennent la personne qu'ils sont. On ne peut changer que ce que l'on est, pas ce que l'on n'est pas. Si Vivo parvient à reconnaître son sentiment profond d'insuffisance, à le comprendre, à l'accueillir avec bienveillance, à établir une relation avec lui, à l'accueillir et à le traiter, des portes s'ouvriront sur des émotions adaptées qui l'aideront à obtenir ce dont il a vraiment besoin et à se sentir comme il veut vraiment se sentir.

#### **4.3.2 Intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection pour encourager la motivation au changement**

Cette section est consacrée à une tâche thérapeutique qui s'est révélée utile dans le travail avec des clients très fragiles. Contrairement à d'autres interventions avec des chaises, l'intervention sur le blocage émotionnel et de l'autoprotection n'a pas pour but de rendre accessibles et de traiter des émotions plus profondes. Son objectif est d'augmenter la conscience des mécanismes de coping erronés d'une manière valorisante, d'établir le lien entre le comportement et l'expérience clivée et de ressentir les coûts à long terme de la tentative de coping ratée (mais compréhensible) dans l'ici et maintenant de la séance. L'objectif de cette intervention est de donner au client le courage d'abattre les murs de son autoprotection. Contrairement à l'intervention du clivage auto-interruptif, dans laquelle l'expérience est accessible mais interrompue, le marqueur de l'intervention sur le blocage

émotionnel et l'autoprotection est le clivage des émotions (« disowned emotions ») et un manque de conscience de ce processus. Nous travaillons avec ce qui manque.

Renate consulte pour des dépressions récurrentes. Elle est en colère et désespérée parce qu'elle a perdu son emploi il y a quelques mois, apparemment sans raison. En thérapie, elle parle d'elle-même et de sa vie d'une manière émotionnellement distante et intellectualisante, elle évite son ressenti (par exemple en procrastinant). En thérapie, l'offre relationnelle empathique de la thérapeute la met en colère. Elle n'aime pas que l'on s'approche trop d'elle. Au début du traitement, elle refuse catégoriquement les mises en acte avec les chaises et se met en colère lorsque la thérapeute lui en propose. Elle trouve cela ridicule et artificiel. Comme elle prend confiance au cours de la thérapie et se sent suffisamment en sécurité, elle accepte après un certain temps de travailler avec les chaises. Cependant, le traitement émotionnel souhaité n'a jamais lieu. Quelque chose semble bloqué.

### ► Le problème de gestion sous-jacent

Si nous considérons le clivage des émotions comme un mécanisme de protection et non comme un déficit de compétences, nous pouvons distinguer deux types de blocages ou de défenses : les processus volontaires, par lesquels les émotions sont volontairement réprimées ou interrompues, et les processus involontaires, qui sont préconscients (Greenberg, 2021). Chez les clients très fragiles et émotionnellement dérégulés, le processus de dissociation échappe souvent à la conscience. Ces clients viennent en traitement parce qu'ils souffrent des conséquences symptomatiques de ce processus, c'est-à-dire qu'ils viennent pour des problèmes de dépendance ou des troubles alimentaires, ou qu'ils demandent de l'aide parce qu'il leur arrive des choses négatives qu'ils ne peuvent pas comprendre. Au fur et à mesure du déroulement de la thérapie, il devient clair, grâce à une compréhension élaborée du cas, que les « problèmes visibles » sont des dommages collatéraux causés par la tentative de coping inappropriée du clivage.



## ► Le marqueur

Phénoménologiquement, les blocages émotionnels se manifestent par la persistance de mécanismes de coping dysfonctionnels qui conduisent à des conséquences négatives et ne semblent pas pouvoir être influencés (par exemple, il semble impossible à une cliente souffrant de troubles alimentaires de prendre du poids alors qu'elle est consciente que son comportement la conduira à la mort à moyen terme, ou une mère ne se sent pas capable de limiter la consommation de médias de son enfant alors qu'elle sait que son enfant sera renvoyé de l'école à moyen terme). Les blocages émotionnels peuvent également se manifester sous la forme d'obstacles au traitement (par exemple, un client qui ne veut pas faire face à son passé) ou sous la forme d'un style interactionnel provocateur de la part du client (par exemple, l'expression de mépris) ([section 4.1](#)).

### Marqueur de blocage émotionnel

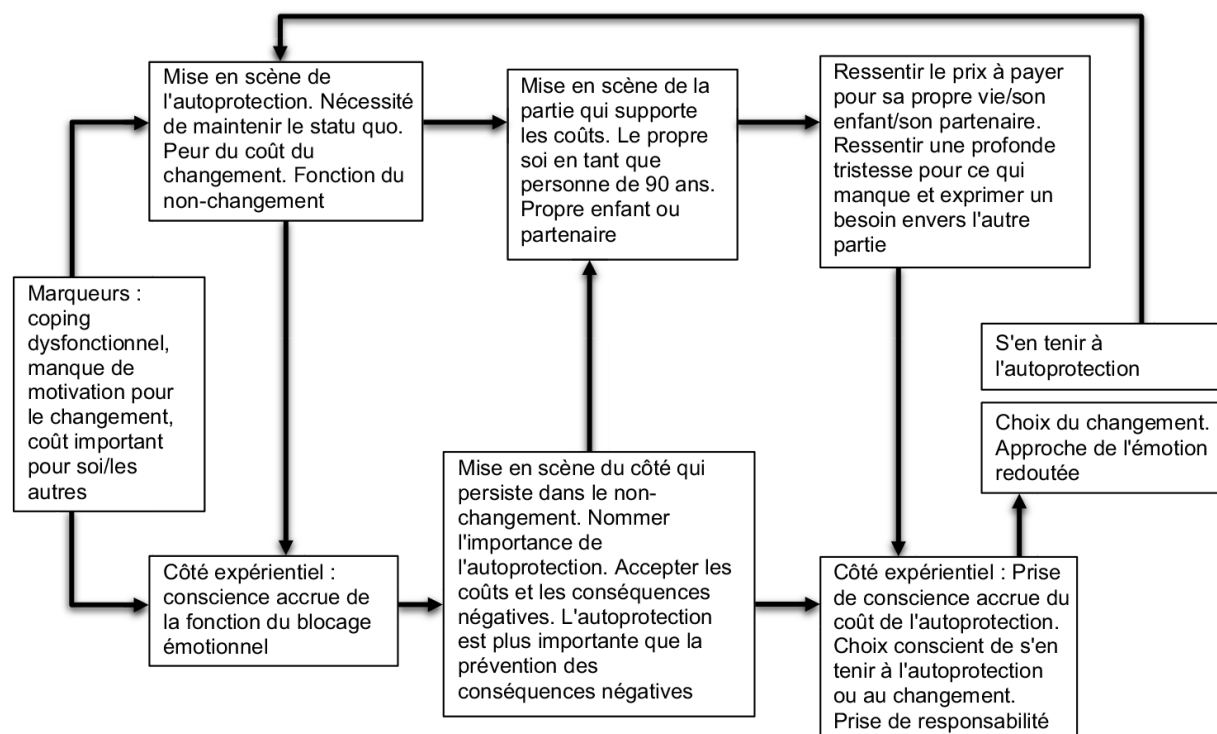
- Persistance d'une stratégie de coping habituelle et dysfonctionnelle,
- qui entraîne des coûts élevés pour la personne elle-même, pour sa vie ou pour les personnes qui lui sont proches (enfants, partenaires).
- Absence de conscience, clivage ou déni des processus émotionnels sous-jacents.
- Sentiment d'impuissance face au comportement problématique et sentiment d'incapacité à l'influencer.

Les coûts fréquemment observés des blocages émotionnels sont la solitude due à l'absence de relations intimes, l'abus de substances psychoactives, d'autres formes de dépendance ou de comportements autodestructeurs, ou encore la négligence ou l'abus de ses propres enfants. Comme décrit [section 4.1](#), le dilemme de la thérapeute réside dans le fait que le client essaie manifestement de se protéger des blessures de manière très dysfonctionnelle et que la conscience en est totalement clivée. Les interventions de confrontation ne feraient que renforcer l'autoprotection et donc le comportement dysfonctionnel, et conduiraient très probablement à des problèmes d'alliance. Il est important que la thérapeute et le client prennent

conscience de la réaction dysfonctionnelle du client afin que le processus de croissance du client puisse se poursuivre. Tout comme la clarification empathique décrite à la [section 4.3.1](#), cette intervention a pour but d'apprécier les efforts de coping du client, de valider la nécessité du coping, d'aiguiser la conscience d'un vécu plus profond, clivé ou nié, et de faire ressentir les coûts à long terme de la stratégie de résolution actuelle. L'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection renforce la responsabilité du client, vise à lui montrer la nécessité et à lui donner le courage d'assouplir les murs de son autoprotection.

## ► L'intervention

L'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection présente des analogies avec le clivage auto-interruptif, car elle porte sur les processus de peur, mais elle s'en distingue sur deux points importants. D'une part, elle met explicitement en évidence et valorise la fonction protectrice du blocage émotionnel et, d'autre part, elle se focalise de manière plus ciblée sur la motivation au changement en faisant ressentir le coût du clivage et des dommages collatéraux qu'il évoque. La [figure 4.2](#) illustre le déroulement prototypique de cette intervention.



**Figure 4.2.** Intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection, étapes de la résolution (adapté de Dolhanty, 2017, 2018).

L'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection a été initialement développée par Joanne Dolhanty (2017, 2018) dans le domaine de la thérapie familiale centrée sur les émotions. Dolhanty a longtemps travaillé avec des clientes anorexiques. Les clientes anorexiques se caractérisent souvent par une forte surrégulation émotionnelle, leur activité psychique est orientée vers l'autoprotection et elles n'ont pas de motivation pour le changement ou une motivation ambivalente. L'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection intègre des éléments d'autres interventions et les combine avec des composantes de l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2002). Elle est indiquée lorsque l'autoprotection du client est si forte qu'un travail en profondeur sur les émotions ne correspond pas au niveau de développement le plus proche du client et le dépasserait (Vygotsky, 1986). En conséquence, il faut d'abord travailler sur le mécanisme d'autoprotection (la peur), sa fonction protectrice et son coût, afin de déclencher la motivation au changement. Les troubles alimentaires (comme d'autres problèmes de dépendance) servent à réguler les affects et sont très fonctionnels à cet égard. Ce n'est que lorsque le ressenti des conséquences négatives du trouble est plus fort que la peur d'abandonner le mécanisme de protection que celui-ci peut être surmonté. En travaillant avec les parents de clients souffrant de troubles alimentaires, il a été observé que ceux-ci ont le sentiment de ne pas pouvoir soutenir suffisamment leurs enfants. La mise en place de l'intervention de blocage émotionnel et d'autoprotection auprès des parents les aide à comprendre et à surmonter leurs propres blocages émotionnels afin qu'ils puissent être de meilleurs coachs émotionnels pour leurs enfants (par exemple en s'affirmant mieux, en posant mieux des limites ou en validant mieux leurs enfants) (Foroughe & Goldstein, 2018).

L'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection aide le client à prendre conscience que sa tentative de coping mal orientée ne l'aide pas à satisfaire ses propres besoins (et ceux de ses proches). Elle fait de lui un agent de décision actif qui prend ses responsabilités. Si le client choisit de maintenir sa stratégie d'autoprotection et d'en accepter le coût pour lui-même et pour sa vie, cela exprime sa fragilité et sa peur insurmontable de

ne pas pouvoir survivre à la douleur émotionnelle. Il est important de respecter cela. L'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection est basée sur des principes empiriquement étudiés et validés d'autres interventions EFT/TCE (auto-interruption, intervention avec la partie, qui fait peur). Contrairement à d'autres interventions, les thérapeutes sont plus actifs dans la mise en acte de cette intervention et guident le processus plus qu'ils ne le suivent. De plus, ils évitent en grande partie les interventions qui approfondissent les émotions.

## ► Le processus de changement

L'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection se déroule en six étapes ([tableau 4.1](#)).

**Tableau 4.1.** Intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection, étapes de la résolution (adapté de Dolhanty, 2017 ; 2018)

Côté expérientiel	Côté du blocage émotionnel / Côté qui paie le prix
<b>1. Identification du marqueur</b> C : « Je sais que je devrais boire moins, mais je ne peux pas m'arrêter. » T : « Il semble qu'il y ait une partie importante en vous qui vous pousse à continuer à boire, même si vous réalisez combien cela vous nuit. »	
	<b>2. Mise en scène de l'autoprotection (côté anxiolytique)</b> T encourage la mise en scène de la voix intérieure qui maintient le comportement actuel (maintien du statu quo). T : « Incarnez la partie qui vous empêche de changer votre comportement. Faites-lui vraiment peur et exprimez tout ce qui pourrait mal se passer si vous changez. » T encourage le client à ressentir la peur du changement. T : « Dites-lui à quel point vous vous sentirez mal si vous changez quelque chose » (émotion inadaptée). T favorise la prise de conscience de l'origine du blocage émotionnel

Côté expérientiel	Côté du blocage émotionnel / Côté qui paie le prix
	<p>en établissant un lien affectif avec le passé.  T : « Rappelez-vous à quel point vous vous sentiez mal auparavant » (quand l'émotion inadaptée est apparue) « et que vous ne voulez plus jamais ressentir cela. » T favorise la prise de conscience des conséquences négatives du blocage émotionnel et encourage le client à maintenir l'autoprotection.  T : « Dites-lui qu'il vaut mieux continuer comme avant, quelles que soient les conséquences. »</p>
Côté expérientiel	Côté du blocage émotionnel / Côté qui paie le prix
<p><b>3. et 4. Mise en scène de la partie expérientielle qui s'accroche à l'autoprotection et en accepte les coûts</b>  T demande à C de s'imaginer sur la chaise vide en tant que partie qui supporte les coûts du blocage.  T : « Imaginez-vous en tant que personne de 90 ans assise sur l'autre chaise » (alternativement : votre fille/votre fils ou votre partenaire). T encourage à prendre la responsabilité de l'attitude de non-changement.  T : « Dites-lui que vous ne changerez pas, quelles que soient les conséquences. Dites-lui que votre autoprotection est plus importante et que vous accepterez les conséquences. » T valide la résistance et les émotions douloureuses ainsi activées.</p>	
	<p><b>5. Exploration et approfondissement de la réaction émotionnelle et du besoin</b>  T explore et approfondit les émotions.  T : « Qu'est-ce que cela fait d'entendre cela ? » T favorise l'accès aux émotions douces (tristesse, douleur, regrets).  T : « Qu'est-ce qui fait le plus mal ? Qu'est-ce qui vous</p>

Côté expérientiel	Côté du blocage émotionnel / Côté qui paie le prix
	manque le plus ? » T favorise l'accès et l'expression du besoin. T : « De quoi avez-vous besoin de la part de votre part plus jeune ? »
<p><b>6. Réaction du côté expérientiel</b> T encourage l'exploration de la réaction interne. T : « Qu'est-ce que cela fait d'entendre cela ? » T encourage la prise de décision de maintenir le plan initial (pas de changement/autoprotection) ou de changer (changement/abandon de l'autoprotection). T : « Quelle est votre réponse ? Souhaitez-vous maintenir le plan initial ou est-il possible de faire des compromis avec l'autre partie ? »</p> <p><b>Décision de changement</b> T favorise l'expression des émotions adaptées et de la motivation au changement (abandon de l'autoprotection).</p> <p><b>Décision de ne pas changer</b> T valide la peur de la douleur émotionnelle et la nécessité de s'accrocher à l'autoprotection.</p>	

La variante décrite ici est un dialogue entre deux parties du soi, mais cette intervention peut également être réalisée avec la représentation interne d'une personne proche, si celle-ci paie le prix du mécanisme d'autoprotection (par exemple l'enfant d'un homme alcoolique ou le mari d'une femme souffrant d'un trouble alimentaire). L'intervention sur le blocage émotionnel et l'auto-interruption peut également être utilisée comme exercice dans le travail personnel des thérapeutes, lorsque nous sentons que nous sommes bloqués dans le travail avec nos clients pour faire

quelque chose que nous voulons faire ou lorsque nous ne parvenons pas à faire quelque chose que nous savons que nous devrions faire (par exemple, mettre fin à la thérapie, transmettre un message inconfortable, etc.) L'intervention de blocage aide à améliorer sa propre conscience des processus bloqués, à apprécier la nécessité de se protéger et à grandir à partir de cette conscience élargie.

### **Exemple pratique :**

Au fond de Renate sommeille ce terrible sentiment que quelque chose ne va pas chez elle. C'est son secret le mieux gardé, qu'elle se cache même à elle-même. Son père, alcoolique, était sujet à des crises de colère et humiliait son entourage lorsqu'il était ivre, et elle ressentait sa mère comme dépressive et dépassée par les événements. Elle était victime de harcèlement à l'école. Elle se sentait très seule et livrée à elle-même face à ces expériences. En thérapie, Renate fait état d'épuisements récurrents parce qu'elle ne peut pas s'isoler. Renate entretient que ceux-ci soient peu importants pour elle, elle ne parvient pas à dire non ou à décevoir quelqu'un. Comme elle veut plaire à tout le monde, elle se sent souvent vide, insatisfaite et déprimée.

### **Étape 1 : Marqueur sur le blocage émotionnel**

Renate fait état de son incapacité à se différencier des autres. Elle souffre d'épuisement, tout en se sentant impuissante face à son propre comportement. Elle ne peut ni comprendre celui-ci, ni le transformer, mais elle sent clairement que cela lui fait du mal. La thérapeute utilise la reformulation circulaire pour reformuler le problème de Renate en tant que problème émotionnel et lance ensuite l'intervention de blocage émotionnel et d'autoprotection. Au début de l'intervention, il y a à la fois un blocage émotionnel et une auto-interruption ([section 3.4.2](#)), car ce sont tous deux des processus de peur.

Cliente : « Hier, une collègue m'a invitée à sa fête d'anniversaire. Bien que je n'en ai pas du tout envie et que l'invitation tombe au milieu de mes vacances, je n'ai tout simplement pas pu refuser. Si je vais à cet

anniversaire, je vais devoir annuler mes projets de vacances, dont j'étais si heureuse. Après l'appel d'hier, je suis retombée dans mon ancien schéma, je me suis recroquevillée dans mon lit, j'ai lu, j'ai regardé des séries jusqu'au bout de la nuit et je n'ai pas pu me lever à l'heure le lendemain matin. »

Thérapeute : « Il se passe donc régulièrement quelque chose à l'intérieur de vous qui fait qu'il est difficile d'être honnête avec votre collègue et de refuser son invitation. Il semble y avoir une voix en vous qui vous conduit à vous adapter aux autres alors que ce n'est pas bon pour vous. Vous vous sentez mal, vous vous distrayez avec des séries et vous vous cachez. Et cela vous conduit ensuite à vous sentir de plus en plus mal, jusqu'à ce que vous finissiez par être à nouveau déprimée. Êtes-vous d'accord pour que nous examinions cela aujourd'hui et que nous travaillions avec ? »

## ● Étape 2 : Mise en scène de la partie anxieuse

Dans la première étape, la thérapeute invite la cliente à être la partie en elle qui fait en sorte que la cliente ne change pas (« the brain boss », Dolhanty, 2019). La cliente est donc invitée à mettre en scène la résistance. Cette intervention paradoxale permet de valoriser la fonction protectrice du blocage émotionnel. En s'alliant à la résistance, on peut en tirer parti.

### Exemple :

Thérapeute (désigne l'autre chaise) : « Venez de ce côté-ci et soyez la partie qui conduit Renate à ne pas refuser l'invitation, à s'adapter, à se faire passer après les autres, à ne pas s'occuper de ses propres besoins. Comment cela se passe-t-il ? » (Maintien du comportement inadapté. Mise en scène de la résistance « ne te transforme pas, reste comme tu es »).

Cliente : « Ne t'écoute pas, mets-toi de côté. Il est plus important que tu fasses ce plaisir à ta collègue Elsa. Fais-le pour elle... »

Thérapeute : « Très bien, c'est ça. Reprends-toi, adapte-toi, tout cela n'est pas si grave... Et maintenant, faites vraiment peur à Renate. Que se passerait-il si elle ne s'adaptait pas aux autres ? » (Peur des



conséquences négatives si elle abandonnait le comportement dysfonctionnel)

Cliente : « Si tu ne t'adaptes pas, Elsa pourrait être déçue de toi. Peut-être qu'elle se détournerait de toi. »

Thérapeute : « Et comment Renate se sentirait-elle si Elsa se détournerait d'elle ? » (Focalisation sur les émotions inadaptées sous-jacentes dont elle se protège)

Cliente : « Euh, ce serait difficile... »

Thérapeute : « Oui, ce serait difficile. Qu'est-ce qui serait le plus difficile ? »

Cliente : « Je me sentirais comme une mauvaise collègue... »

Thérapeute : « Et quel serait ce sentiment ? »

Cliente : « Pfff... alors ce serait très... » (la voix se brise)... « insupportable ».

Thérapeute (fait un pont avec le passé en supposant de manière empathique la douleur centrale clivée) : « Est-ce que cela ressemblerait à ce que vous ressentiez quand vous étiez enfant, quand vos amies se détournaient de vous, que personne ne voulait être votre amie et que vous vous sentiez si insuffisante ? » (Renate acquiesce). « D'accord, alors rappelez à Renate ce qu'elle ressentait à l'époque, ce qui était le pire... »

Cliente : « Tu avais le sentiment de ne compter pour personne. On te tolérait certes, mais personne ne s'intéresse à toi. Tu es comme le chat du voisin, on le tolère mais personne ne l'aime vraiment... »

Thérapeute (supposition empathique) : « Ce sentiment de ne pas être appréciée, de ne pas être assez bien pour être perçue comme intéressante, de ne pas suffire tout simplement... »

Cliente : « Oui, c'est ce sentiment de ne pas être à la hauteur en tant que personne... »

Thérapeute (résumant la voix de la partie anxiogène) : « Le message de ce côté est donc : adapte-toi, fais plaisir à Elsa. Sinon, elle se détournera de toi et tu ressentiras ce terrible sentiment d'insuffisance. Tu ne veux plus jamais ressentir cela. Et pour cette raison, il vaut mieux que tu

t'adaptes et que tu fasses plaisir à Elsa. Même si tu te sens mal après, même si tes vacances tombent à l'eau... »

Cliente : (hoche la tête en signe d'approbation) « Oui, exactement... »

Thérapeute : « Dites-le encore une fois à Renate, faites-lui comprendre qu'elle ne doit pas changer, quel qu'en soit le prix... »

Cliente : « Oui, tu ne dois en aucun cas renoncer à t'adapter... si tu ne t'adaptes pas, tu pourrais te sentir insuffisante et tu ne veux absolument pas cela. C'est trop insupportable, tu ne peux pas le supporter ! »

Thérapeute : « C'est une stratégie de survie vraiment importante, l'adaptation vous protège de cette douleur émotionnelle que vous ne pouvez pas gérer. C'est tout à fait logique... » (reformule le blocage émotionnel comme une stratégie de survie)

### ● **Étape 3 : Apprécier l'autoprotection**

La thérapeute invite la cliente à venir du côté qui ressent (dans ce cas, le côté qui ressent et qui doit se protéger des sentiments douloureux). Dans cette intervention, contrairement à toutes les autres interventions EFT/TCE, le client n'explore pas et n'approfondit pas son ressenti, mais il est invité à s'accrocher à l'autoprotection et à nommer sa fonction. Cette partie de l'intervention est douloureuse pour les clients, car ils prennent conscience du pouvoir que leur autoprotection a sur eux et des conséquences négatives que cela a sur leur vie. Ils sont invités à entamer un dialogue avec la partie d'eux-mêmes qui souffre à long terme du coût de l'autoprotection. Il peut s'agir d'eux-mêmes quand ils auront 90 ans, mais il peut aussi s'agir d'une personne qui leur est chère aujourd'hui, qui souffre des conséquences de leur autoprotection (son propre enfant, son partenaire de vie...) ([section 4.3](#)).

Thérapeute : « Venez de l'autre côté » (Renate passe du côté qui ressent). « J'aimerais que vous vous imaginiez sur l'autre chaise Renate à 90 ans. C'est Renate qui s'est adaptée toute sa vie, qui a toujours fait plaisir à tout le monde, qui s'est toujours sentie victime et qui a souffert de dépression toute sa vie. En tant que jeune Renate, dites-lui que vous ne pouvez pas vous transformer, quel qu'en soit le coût pour elle. Dites-

lui que vous devez vous accrocher à votre autoprotection parce que vous craignez de ne pas pouvoir tolérer le sentiment d'insuffisance... »

Cliente : « Euh, c'est difficile... »

Thérapeute : « Oui, je sais que c'est très difficile. Mais c'est exactement ce qui se passe à l'intérieur. Il y a une telle peur de ne pas pouvoir supporter la douleur de se sentir inadéquate et d'être anéantie que s'adapter toujours et partout semble être la meilleure solution. C'est vraiment compréhensible. Essayez d'expliquer cela à Renate, 90 ans, je vous aide à le faire. »

C'est le moment le plus délicat de l'intervention, car des émotions complexes et contradictoires sont déclenchées. Renate prend conscience de son mécanisme de protection interne tout en reconnaissant la nécessité mais aussi l'effet destructeur de son comportement pour son bien-être. Les clients ont besoin à ce moment-là de l'encouragement et du soutien bienveillants de leur thérapeute pour avoir le courage de mettre des mots sur ce processus interne paradoxal.

#### ● **Étape 4 : Identifier le coût à long terme pour le soi. Décision consciente d'accepter les coûts**

La thérapeute encourage Renate et lui propose son soutien.

Cliente : « Pff... »

Thérapeute (aide) : « Essayez, je sais à quel point c'est difficile. Mais il est si important de le dire à la vieille Renate, car c'est exactement ce qui se passe à l'intérieur. Vous vous débrouillez très bien, essayez encore une fois » (« proposition empathique »). « Renate, je dois m'adapter aux autres. Je ne peux pas gérer ce sentiment d'inadéquation, j'ai peur d'en mourir. Je dois continuer à m'adapter, quel qu'en soit le coût pour toi. Ma protection personnelle est plus importante... »

Cliente : « Dans ma tête, je sais que c'est complètement absurde, mais intérieurement... »

Thérapeute : « Oui, intérieurement, vous sentez que c'est vrai... »

Cliente : « Oui, c'est vrai... ma protection personnelle est en fait assez importante... » (se frottant les yeux)... « et j'ai une peur bleue de ce sentiment... et ce n'est pas que ta vie de vieille femme soit totalement mauvaise... mais bien sûr, elle aurait pu être meilleure... tu pourrais être plus heureuse... »

Thérapeute : « Mais ce n'est malheureusement pas possible. Dites-lui ! »

Cliente (se frotte les yeux) : « Oui, je suis désolée de ne pas pouvoir faire cela pour toi... mon angoisse est trop grande et je ne peux pas gérer ce sentiment d'insuffisance... »

### ● **Étape 5 : Ressentir le coût à long terme de la tentative d'autoprotection. Approfondissement, expression du besoin**

Après que la cliente a exprimé qu'elle doit s'en tenir à l'autoprotection et en accepter les conséquences sur sa vie, on change de côté et la thérapeute aide Renate à ressentir les conséquences à long terme sur sa vie. Le rôle de la thérapeute est ici d'approfondir la douleur, d'identifier les besoins qui restent insatisfaits en raison de l'autoprotection et d'entrer en contact avec la perte et la tristesse. Elle aide ensuite la cliente à explorer son besoin ou son désir vis-à-vis de la partie la plus jeune.

Thérapeute (montrant la chaise d'en face) : « Passez de l'autre côté. Vous êtes maintenant Renate, âgée de 90 ans. Qu'est-ce que cela vous fait d'entendre cela ? » (La thérapeute explore les émotions de la partie sacrifiée et approfondie des émotions)

Cliente (change de chaise, se frotte les yeux et soupire) : (d'une voix triste) « C'est vraiment dommage... »

Thérapeute : « Il y a beaucoup de tristesse qui monte. Est-ce que c'est bon de s'y arrêter un moment, c'est une tristesse importante... »

Cliente (en pleurs) : « Oui, cela me rend triste... je veux dire, c'est vraiment dommage... »

Thérapeute : « Qu'est-ce qui vous rend particulièrement triste ? Qu'est-ce qui vous manque le plus, à vous qui êtes âgée ? Qu'est-ce qui a le plus manqué dans votre vie... ? »

Cliente : « ...Les relations proches... De vraies relations, c'est ce qui m'a le plus manqué... Des gens proches de moi. Des gens qui sont proches de moi et qui m'apprécient comme je suis » (pleure)... « je n'ai jamais eu ça... et j'aurais tellement voulu avoir ça. Le sentiment d'être comprise par les autres, le sentiment d'être acceptée comme je suis... cela aurait été vraiment important... »

Thérapeute : « Pouvez-vous dire à Renate, la plus jeune, à quel point vous avez passé votre vie à souhaiter vous sentir proche des autres et à sentir qu'on vous aime pour ce que vous êtes... »

Cliente (en pleurs) : « Oui, ça m'a vraiment manqué... ça aurait été si important... »

Thérapeute : « De quoi avez-vous besoin de la part de la jeune Renate ? »

La cliente (se frotte les yeux) : « Qu'elle soit plus courageuse... »

Thérapeute : « Pouvez-vous le lui dire directement ? »

Après avoir aidé Renate à identifier le besoin non satisfait d'intimité et d'acceptation qui sommeille dans la douleur de la tristesse, la thérapeute encourage Renate à exprimer ce dont elle a besoin de la partie plus jeune en elle. Les clients disent souvent à ce stade qu'ils ont besoin de plus de courage de leur part. Le courage d'affronter le tigre redouté et de faire face à la sensation douloureuse.

## ● **Étape 6 : Examiner la motivation au changement du côté expérientiel**

Cliente : « Ce serait bien si tu pouvais être plus courageuse. Montre à tes amis qui tu es, sois honnête. Aie le courage de les décevoir. Bien sûr, c'est un risque, car tu pourrais voir un ami se détourner de toi... Mais peut-être que tu pourrais même survivre à cela... Je veux dire, ce serait terrible et douloureux, mais tu es peut-être plus forte que tu ne

crois... Ce serait vraiment bien si tu pouvais faire ça pour moi. Ce serait vraiment bien pour moi, en tant que vieille femme, de savoir que mes amis m'acceptent telle que je suis... »

Thérapeute : « Venez de l'autre côté » (désigne la chaise de la jeune Renate). « Qu'est-ce que ça vous fait d'entendre ça ? »

Cliente : (change de côté, affectée) « Ouf, c'est vraiment dur. Je veux dire, je comprends à quel point ce serait important pour elle de ressentir cela. Et je vois à quel point ce serait terrible si elle devait mourir sans avoir jamais eu la certitude d'être aimée... »

Thérapeute : « Pouvez-vous vérifier intérieurement s'il est possible de dévier de votre plan initial (s'en tenir à l'autoprotection) ? »

Cliente : (réfléchit) « Je peux essayer... je veux dire, je veux essayer, mais l'idée qu'un ami puisse se détourner de moi me fait déjà peur. L'idée que je sois emportée par la douleur de ne pas être à la hauteur... Mais je sens aussi maintenant combien il serait important d'être plus courageuse... et d'une certaine manière, je me sens beaucoup plus vivante en ce moment, il y a une nouvelle énergie dans mon corps, un sentiment de force... ».

Thérapeute : « Pouvez-vous parler à Renate, plus âgée, de votre nouveau plan ? »

Renate a décidé d'abattre petit à petit les murs protecteurs de son comportement d'autoprotection. Elle ressent dans le dialogue avec les chaises que sa peur la protège, certes, de l'expérience d'un sentiment redouté, mais que ce mécanisme l'empêche de répondre à son besoin réel d'amour, de proximité et d'acceptation. Cette nouvelle prise de conscience l'aide à mieux se comprendre et lui donne du courage.

Il peut arriver que des clients très fragiles décident de ne pas abandonner leur stratégie de coping. Cela reflète leur expérience d'eux-mêmes vulnérable et la peur de ne pas pouvoir réguler la douleur émotionnelle et d'être emporté par elle. C'est dans ces moments-là que la validation profonde de la thérapeute est importante. Si les clients ne sont pas prêts à faire ce pas, c'est qu'ils ne sont pas prêts. Nous ne pouvons pas transformer nos clients, nous pouvons seulement les aider à prendre conscience de qui

ils sont. Les interventions de régulation des émotions décrites dans la [section 3.4.3](#), l'auto-apaisement (« self-soothing ») par exemple, peuvent aider à augmenter la tolérance à la souffrance émotionnelle.

## ► Variations de l'intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection

### ● Intervention du blocage émotionnel et d'autoprotection si une autre personne est affectée par les inconvénients

À l'origine, l'intervention de blocage émotionnel et d'autoprotection a été développée et appliquée dans le domaine de la thérapie familiale centrée sur les émotions (Dolhanty, 2017, 2018 ; Foroughe & Goldstein, 2018 ; Lafrance *et al.*, 2020). L'objectif était de dissoudre les blocages émotionnels des parents afin qu'ils puissent être plus présents auprès de leurs enfants malades. Ce type de travail sur les chaises est analogue au dialogue avec la chaise vide (« Unfinished Business » et « Ongoing Business »), c'est un travail entre soi et une autre personne (« Self-Other »), dans ce cas avec la personne proche, qui est affectée par les inconvénients. Cela signifie qu'un dialogue est engagé avec son propre enfant ou son partenaire qui souffre de la tentative de solution actuelle pour gérer les émotions clivées (par exemple, « je ne peux pas réduire ma consommation d'alcool et j'accepte d'être une mauvaise mère pour toi »). Une telle intervention est extrêmement douloureuse et bouleversante et ne devrait être effectuée qu'avec des précautions appropriées, une bonne dose de bienveillance et seulement si la relation thérapeutique est bonne. Pour plus d'informations sur cette intervention, nous vous recommandons le livre de Foroughe & Goldstein, 2018, et Lafrance *et al.*, 2020.

### ● Blocages émotionnels des thérapeutes

L'intervention de blocage émotionnel et d'autoprotection peut également être réalisée comme un exercice d'auto-expérience lorsque nous constatons que nous sommes bloqués dans notre rôle de thérapeute (par exemple, quand nous ne pouvons pas ressentir d'empathie envers un client ou quand nous ne nous sentons pas capable de mettre fin à une thérapie bien que nous sachions qu'il faudrait le faire). Pour plus d'informations sur l'intervention pour les thérapeutes, voir le livre de Lafrance, 2020.

# Annexe – Fiches de travail

## Fiche de travail n° 1 : Reconnaître les émotions adaptées (colère, tristesse, peur, honte, culpabilité, dégoût, fierté, curiosité, amour)

**Psychoéducation** : Adapté de Greenberg, 2015 ; Jacob Hendel, 2018 ; Linehan, 1993 ; Nummenmaa *et al.*, 2018 ; Pos, 2020.

**S'adresse à** : Clients qui ont des difficultés à percevoir, à classer et à nommer leurs émotions.

**Objectif** : Favorise la compréhension et la reconnaissance des émotions adaptées, ainsi que la déduction des sensations corporelles et des dispositions à réagir à l'émotion correspondante.

L'évolution nous a dotés d'émotions parce qu'elles nous aident à survivre. Les émotions adaptées nous fournissent des informations importantes et déclenchent des tendances à l'action, qui nous aident à faire face à la situation conformément à nos besoins. Les émotions se manifestent souvent à un niveau physique. Les principales émotions adaptées sont décrites ci-dessous. Ce tableau explique dans quelles situations typiques elles sont activées, à quel besoin elles sont liées, quels sont les schémas d'activation somatique et les tendances qu'elles déclenchent et comment elles sont souvent perçues subjectivement.

### Colère

Les situations qui déclenchent de la colère : lorsque nous (ou nos proches/nos biens) sommes confrontés à des menaces, des blessures, des attaques ou des traitements irrespectueux, nous réagissons avec une colère, qui nous pousse à nous défendre (nous-

### Tristesse

Les situations qui déclenchent de la tristesse : lorsque nous sommes séparés d'un être cher ou que nous perdons ou manquons de quelque chose d'important, lorsque nous ressentons une souffrance physique ou psychologique, nous réagissons par la tristesse.



<p>mêmes/nos proches/nos biens), à nous affirmer ou à prendre de la distance.</p> <p>Besoin : respect, intégrité, dignité, justice, distance.</p> <p>Fonction : la colère nous procure l'énergie nécessaire pour nous défendre, ainsi que pour protéger nos proches, établir des limites, mettre fin à des situations néfastes et prendre le contrôle de notre vie.</p>	<p>Besoin : la tristesse peut naître de blessures d'attachement, du manque de proximité, de relation et de sécurité.</p> <p>Fonction : la tristesse joue un rôle essentiel en nous aidant à lâcher prise ou à rechercher du réconfort. Elle nous informe qu'il nous manque quelque chose d'important, qu'il est peut-être temps de renoncer à quelque chose ou à quelqu'un. Elle nous guide également pour quitter une situation qui nous blesse.</p>
<p>Tendance à l'action : lorsque nous sommes en colère, nous sommes mobilisés pour nous défendre, nous protéger ou surmonter des obstacles. La colère n'implique pas automatiquement de l'agressivité, mais elle peut nous mettre en mode combat, où nous avons la possibilité d'attaquer, d'intimider ou de nous défendre. Nous plissons les yeux (regard furieux) et élevons la voix. Souvent, nos poings et nos épaules se contractent et nos dents se serrent.</p> <p>Schéma d'activation somatique : la colère est principalement ressentie comme une énergie ascendante dans les mains, dans la poitrine et sur le visage.</p> <p>Perception subjective et mots de colère : Je me sens... déçu, hors de moi, irrité, énervé, en rage, haineux, hostile, rancunier, fâché, méchant, distant, critique, frustré, agacé, destructeur, contrarié, plein de désir de vengeance, injustement traité, blessé, menacé, bouillonnant, chaud, explosif, fort, puissant, supérieur, destructeur.</p> <p>Images, métaphores : éruption volcanique, cocotte-minute qui explose.</p> <p>Qualité adaptative : renforçante, affirmante, centrée sur soi-même.</p> <p>Qualité maladaptative : destructive, tournée vers l'autre.</p>	<p>Tendance à l'action : lorsque la tristesse nous envahit, nous avons tendance à nous retirer pour panser nos blessures ou à rechercher du réconfort auprès des autres.</p> <p>Schéma d'activation somatique : la tristesse peut nous ralentir et laisser une sensation de lourdeur. Elle se traduit souvent par un manque d'énergie, une léthargie, un vide. Nous ressentons fréquemment la tristesse intensément au niveau de la poitrine, de la gorge et du cœur. Parfois, elle peut se manifester comme une pression au niveau des yeux, signe que les larmes cherchent à venir.</p> <p>Mots subjectifs pour décrire la tristesse : Je me sens... déprimé, désespéré, blessé, seul, négligé, déconnecté, déçu, malheureux, rejeté, isolé, sans espoir, lourd, plombé, vide, sombre, sans motivation, terne.</p> <p>Images, métaphores : on pourrait comparer la tristesse à un océan de solitude, à un tunnel sombre sans lumière ou à un chien abandonné sous la pluie.</p> <p>Qualité adaptative : la tristesse peut nous conduire à rechercher du réconfort et à accepter de laisser partir ce qui est perdu.</p> <p>Qualité maladaptative : cependant, lorsque la tristesse devient un désespoir total ou un agrippement éperdu, elle peut entraver notre bien-être et notre évolution.</p>
<p><b>Peur et anxiété</b></p>	<p><b>Honte et culpabilité</b></p>

<p>Les situations qui déclenchent la peur et l'anxiété : lorsque nous sommes confrontés à un danger imminent ou réel, notre organisme réagit par la peur. La peur peut surgir face à l'inconnu, lorsque nous nous sentons seuls et vulnérables, en situation de perte de contrôle ou de sécurité, et lorsqu'une menace pèse sur notre intégrité physique ou psychique.</p> <p>Besoin : nous ressentons de la peur pour préserver notre sécurité, notre intégrité et notre besoin de prévisibilité.</p> <p>Fonction : la peur nous rend vigilants. Elle prépare notre corps à la fuite, à la contre-attaque ou à l'immobilisation (simulation de mort) face au danger.</p>	<p>Les situations qui suscitent la honte ou la culpabilité : lorsque nous avons le sentiment de ne pas faire partie du groupe, cela engendre souvent de la honte. Si nous avons blessé les sentiments d'une autre personne ou commis une erreur, nous ressentons de la culpabilité. La honte concerne notre perception de nous-mêmes (je suis mauvais), tandis que la culpabilité concerne nos actions (j'ai fait quelque chose de mal).</p> <p>Besoin : appartenance, reconnaissance, appréciation.</p> <p>Fonction : la honte et la culpabilité nous motivent à respecter les règles et les normes sociales, pour ne pas être exclu et rejeté d'un groupe.</p>
<p>Tendance à l'action : lorsque nous avons peur, nous sommes poussés à nous cacher, à fuir, à chercher un lieu sûr ou à nous figer. La peur liée à l'attachement nous motive à rechercher la proximité de la figure d'attachement qui nous apporte sécurité et réconfort. L'anxiété entraîne souvent une hypervigilance, comme si notre détecteur de fumée avait capté de la fumée et cherchait à localiser le feu qui brûle.</p> <p>Schéma d'activation somatique : l'anxiété se manifeste par une agitation dans tout le corps, un sentiment de lourdeur dans l'estomac (sensation d'envie d'uriner ou de défécation), une oppression dans la poitrine, une accélération du rythme cardiaque ou une focalisation étroite des pensées. D'autres réactions somatiques peuvent inclure la transpiration, la bouche sèche ou la chair de poule.</p> <p>Perception subjective et mots associés à l'anxiété : Je me sens... inquiet, préoccupé, angoissé, alerte, vigilant, impuissant, confus, nerveux, hésitant, agité, incertain, embrouillé, en sueur, essoufflé, prêt à réagir, déconcentré, les jambes molles, faible.</p>	<p>Tendance à l'action : lorsque nous avons honte, nous avons tendance à vouloir nous cacher, nous faire tout petit, nous rouler en boule et disparaître. Nous aimerions cacher notre visage dans nos mains pour nous protéger du regard des autres. En revanche, la culpabilité est un sentiment qui nous pousse à nous rapprocher des autres (réparation, excuses).</p> <p>Schéma d'activation somatique : la honte est fortement ressentie au niveau du visage, en particulier dans la région des yeux (rougeur de la honte), tandis que le reste du corps semble se dissoudre. La culpabilité est ressentie dans la poitrine, le cœur et la tête.</p> <p>Perception subjective et mots liés à la honte : Je me sens... pris en faute, embarrassé, fautif, insuffisant, différent, taré, bizarre, sans valeur, inadéquat, médiocre, mauvais, triste, petit, transparent, chaud, tombant, rétrécissant, me dissolvant, disparaissant, rouge.</p> <p>Images, métaphores : se rouler en boule et se volatiliser dans l'air, devenir invisible (la honte). Porter des tonnes de poids sur les épaules, se jeter au sol ou dans la poussière devant quelqu'un (culpabilité).</p>

<p>Images, métaphores : nous pourrions comparer notre anxiété à un arbre sans racines secoué par la tempête ou à un papillon fragile.</p> <p>Qualité adaptative : lorsque nous percevons un danger, la peur nous incite à rechercher la protection nécessaire.</p> <p>Qualité maladaptative : cependant, lorsque l'anxiété devient envahissante et paralysante, elle peut nous amener à éviter les situations qui nous effraient, ce qui peut entraver notre bien-être et notre épanouissement.</p>	<p>Qualité adaptative : remords &gt; éviter l'exclusion du groupe.</p> <p>Qualité maladaptative : haine de soi-même, sentiment d'infériorité.</p>
<p><b>Dégoût</b></p> <p>Les situations qui provoquent le dégoût : lorsque nous percevons une personne ou un objet comme toxique, nous éprouvons du dégoût. Nous devons avaler (réellement ou métaphoriquement) quelque chose que nous considérons comme dégradé, pourri, putride ou répugnant, ce qui provoque la nausée.</p>	<p><b>Fierté (satisfaction)</b></p> <p>Les situations qui génèrent de la fierté et de la satisfaction : lorsque nous atteignons un objectif ou accomplissons une tâche, nous ressentons une profonde satisfaction. De même, lorsque nous sommes reconnus et appréciés par les autres, nous réagissons avec fierté (joie, satisfaction).</p>
<p>Besoin : intégrité psychique et physique.</p> <p>Fonction : recracher l'objet toxique, mettre de la distance entre soi et la personne toxique, se protéger de l'intoxication.</p> <p>Schéma d'activation somatique et tendance à l'action : le dégoût est souvent exprimé en termes de nausée, d'étouffement et d'envie de vomir. Nous ressentons le dégoût au niveau du visage (froncement de sourcils, yeux plissés, coin de la bouche relevé, nez froncé), serrement de la gorge, estomac retourné.</p> <p>Perception subjective et mots de dégoût : Je me sens... dégoûté, repoussé, écœuré, empoisonné, contaminé, étranglé.</p> <p>Images, métaphores : liquide vert moisi, asticots qui se tordent dans l'assiette, odeur de cadavre en décomposition.</p> <p>Qualité adaptative : indignation saine ou défense.</p>	<p>Besoin : la fierté favorise une vision positive de nous-mêmes (estime de soi, satisfaction) et encourage la reconnaissance des autres (admiration). Elle permet de consolider notre propre statut.</p> <p>Fonction adaptative de la fierté : favoriser l'estime de soi et consolider le statut au sein du groupe.</p> <p>Tendance à l'action : reconnaître notre propre valeur et rechercher la reconnaissance des autres. Revendiquer la reconnaissance légitime.</p> <p>Schéma d'activation somatique : un sentiment chaud et expansif dans la poitrine (poitrine gonflée, éclat de fierté), une sensation lumineuse, vivante, claire et forte.</p> <p>Mots subjectifs pour la perception de la fierté : Je me sens... précieux, digne, apprécié, vu, reconnu, entendu, valorisé, bon, fort, confirmé, enchanté, euphorique,</p>

<p>Qualité maladaptative : agression envers soi-même ou envers les autres.</p>	<p>triomphant, au centre, grand, positif, brillant, attrayant, satisfait, calme, pétillant, lumineux, capable, réussi, important, supérieur.</p> <p>Images, métaphores : coq qui chante, soleil qui se lève à l'horizon, applaudissements sous les feux de la rampe.</p> <p>Qualité adaptative : satisfaction de ses propres performances, auto-évaluation réaliste.</p> <p>Qualité maladaptative : surestimation éhontée de soi.</p>
<p><b>Curiosité, intérêt, étonnement, excitation</b></p> <p>Les situations qui suscitent la curiosité : lorsqu'un stimulus se transforme, lorsque quelque chose est nouveau, différent, inattendu ou caché, cela éveille souvent en nous de la curiosité, de l'intérêt, de l'étonnement ou de l'excitation.</p> <p>Besoin : explorer de nouvelles choses, découvrir et acquérir de nouvelles connaissances, s'approprier de nouvelles expériences, jouer et explorer.</p> <p>Fonction : la curiosité stimule l'envie de jouer et d'explorer de nouvelles choses, elle nous motive à apprendre, à nous approprier de nouvelles tâches et à grandir.</p>	<p><b>Amour (Attention, Soins)</b></p> <p>Les situations qui nous font ressentir de l'amour et de l'attention : nous éprouvons de l'amour, de l'affection et avons envie de prendre soin des personnes qui nous sont chères et qui comptent beaucoup pour nous (partenaire, famille, enfants, amis).</p> <p>Besoin : proximité et sécurité, attachement et contact.</p> <p>Fonction de l'amour, de l'attention et des soins : créer de la proximité, du contact, de la protection, de la sécurité, renforcer les liens d'attachement, et perpétuer la reproduction.</p>
<p>Tendance à l'action : la curiosité, l'intérêt et l'étonnement nous incitent à approcher le stimulus, à le découvrir, à l'explorer, à jouer avec lui et à en apprendre davantage.</p> <p>Schéma d'activation somatique : une vivacité, un fourmillement de vitalité parcourt tout notre corps, créant une agitation positive, une respiration saccadée et des yeux grands ouverts.</p> <p>Mots subjectifs pour décrire la curiosité, l'intérêt, l'étonnement, l'excitation : Je me sens... intéressé, excité, tendu, focalisé, intrigué, captivé, fasciné, empressé,</p>	<p>Tendance à l'action : nous avons une tendance à l'action orientée vers l'approche, nous cherchons à établir une proximité, à protéger, à prendre soin, à exprimer de l'estime, et à rechercher le contact physique et émotionnel.</p> <p>Schéma d'activation somatique : une chaleur dans la poitrine et sur le visage. Un sourire, des expressions faciales amicales, les bras ouverts, un ton de voix chaleureux et rassurant.</p> <p>Mots subjectifs pour décrire l'amour, l'attention et les soins : Je me sens... chaleureux, attentionné, protecteur, en</p>

frénétique, en attente, attentif, essoufflé, vitalisé, attiré. Images, métaphores : des cadeaux non ouverts sous le sapin de Noël, un coffre au trésor, une île déserte à explorer. Qualité adaptative : approche, exploration. Qualité maladaptative : impulsivité, comportement à risque.	sécurité, bienveillant, soucieux, attiré, intéressé, connecté, à l'écoute. Images, métaphores : un lieu sûr, un bain d'eau chaude. Qualité adaptative : attentionné, compatissant. Qualité maladaptative : dépendant, s'accrochant.
--	--

## Fiche de travail n° 2 : Mon émotion est-elle adaptative (« saine ») ou maladaptée (« malsaine ») ?

**Exercice / devoirs à la maison :** Adapté de Greenberg, 2015 ; Jacob Hendel, 2018

**Destiné à :** Clients et clientes

**Objectif :** Reconnaître et différencier les émotions adaptées des émotions maladaptées.

Prenez votre temps. Dirigez votre attention vers le corps comme si vous le scanniez de la tête aux pieds, et accueillez vos perceptions. Procédez lentement et consacrez 30 secondes à chaque question. N'essayez pas de juger ce que vous devriez ressentir, mais observez simplement ce qui est là. Maintenant, demandez-vous ce que vous ressentez dans votre corps, là où vous percevez vos émotions :

Suis-je en colère ou contrarié(e) ?

Suis-je triste ou abattu(e) ?

Ai-je peur ou suis-je anxieux(se) ?

Suis-je honteux(se) ou coupable ?

Est-ce que quelque chose ou quelqu'un me dégoûte ?

Suis-je curieux(se), intéressé(e) ou excité(e) ?

Est-ce que je ressens de la joie, de la fierté ou du bonheur ?

Suis-je animé(e) d'amour ou d'affection ?

Choisissez une émotion que vous percevez. Soyez attentif(ve) à votre ressenti somatique pendant 30 secondes. Ensuite, respirez profondément. Que se passe-t-il ? Notez trois choses que vous percevez :

1.

.....  
.....

2.

.....  
.....

3.

.....  
.....

Maintenant, complétez les phrases pour les émotions que vous avez perçues :

Je suis en colère parce que  
.....  
.....

Je suis triste parce que  
.....  
.....

Je me sens anxieux(se) parce que  
.....

Je me sens inadéquat(e) parce que  
.....

Je suis dégoûté(e) parce que  
.....  
.....

Je suis curieux(se) parce que  
.....

.....

Je                      suis                      fier(ère)                      parce                      que

.....

.....

Je      me      sens      attiré(e)      ou      aimant(e)      parce      que

.....

Vérifiez si l'émotion que vous percevez correspond ou non à la situation qui l'a déclenchée. Vérifiez si cette émotion a une qualité adaptative ou maladaptative (voir fiche de travail 1). Est-ce que cette émotion vous aide à obtenir ce dont vous avez besoin ? Si ce n'est pas le cas, ressentez ce qui se trouve en dessous ou derrière cette émotion.

### Fiche de travail n° 3 : Qu'est-ce que je ressens ? Journal des émotions

#### Exercice / devoirs

**S'adresse aux :** Clients et clientes

**Objectif :** Promouvoir la conscience émotionnelle de soi.

Tenez un journal de vos émotions. Chaque jour, notez trois émotions ou états d'esprit que vous avez ressentis pendant la journée. Essayez également de décrire la situation dans laquelle vous avez éprouvé ces émotions et ce qui les a déclenchées (une pensée, une interaction avec une autre personne, un événement, etc.).

Si vous avez du mal à décrire ce que vous ressentez, vous pouvez plutôt décrire les sensations corporelles, les pensées qui vous sont venues ou les impulsions (tendances à l'action) que vous avez ressenties. Les métaphores ou les images sont également souvent utiles pour décrire un ressenti flou, et elles vous permettent parfois de mieux identifier les différentes facettes de l'expérience plutôt que de trouver un simple mot d'émotion.

Si vous trouvez difficile de décrire vos émotions, aidez-vous de la fiche de travail 1 et vérifiez quelle émotion, quelle tendance à l'action ou quelle expérience somatique correspond le mieux à ce que vous avez senti. Si

cela reste toujours difficile, imaginez ce que votre meilleur(e) ami(e) aurait pu ressentir dans la situation en question.

Tenez le journal des émotions pendant plusieurs semaines, puis relisez-le. Essayez de remarquer les émotions que vous ressentez fréquemment et celles qui sont plus rares. Réfléchissez aux raisons qui pourraient expliquer cela. Est-ce que certaines émotions adaptées sont masquées par des émotions secondaires (par exemple, ressentez-vous toujours de la colère quand vous êtes triste ou anxieux ?) ? Avez-vous appris à cliver certaines émotions et à ne plus les ressentir ? Ces émotions correspondent-elles à la situation et vous aident-elles à obtenir ce dont vous avez réellement besoin ?

Si vous constatez que vous avez clivé certaines émotions et que vous ne les ressentez jamais (par exemple, une saine fierté), écrivez chaque jour trois choses dont vous êtes fier. Vous pouvez faire la même chose pour d'autres émotions absentes, par exemple, si vous n'avez pas de colère adaptée, vous pouvez noter chaque jour trois choses qui auraient pu vous mettre en colère ce jour-là. Si cela vous semble difficile, pensez à nouveau à ce dont votre meilleur ami aurait pu être fier ou en colère s'il avait été à votre place.

Apportez le journal des émotions en thérapie et discutez-en avec votre thérapeute.

#### **Fiche de travail n° 4 : Mes émotions sont-elles adaptatives, maladaptées ou secondaires ? Est-ce que je bloque certaines émotions ?**

**Exercices / devoirs à la maison :** Adapté de Greenberg, 2015

**Destiné à :** Clients et clientes

**Objectif :** Ralentir et se concentrer sur l'intérieur, cultiver une attitude plus attentive.

**Prenez votre journal des émotions et analysez si les émotions que vous avez ressenties et décrites sont adaptatives, secondaires ou maladaptées.**



Les émotions adaptatives ont un contenu informatif important, elles correspondent à la situation et conduisent à des comportements qui nous aident à gérer la situation selon nos besoins (par exemple, la tristesse est une émotion adaptée quand quelque chose vous manque, et la colère est un sentiment adapté quand vous vous sentez injustement traité ou non respecté).

Les émotions secondaires sont des réactions secondaires à des émotions primaires qu'elles recouvrent parce qu'elles sont trop douloureuses ou menaçantes (par exemple la colère qui recouvre la vulnérabilité ; la tristesse qui recouvre la colère ; la peur qui recouvre la solitude). Les émotions secondaires peuvent également résulter d'expériences d'apprentissage négatives.

Les émotions maladaptées sont des schémas de réponse émotionnelle appris dans le passé, basés sur des expériences d'apprentissage négatives pendant l'enfance. Les émotions maladaptées sont basées sur la honte (sentiment d'être sans valeur, sans importance ou insuffisant) ou sur l'anxiété (sentiment d'être faible, de ne pas être à la hauteur ou d'être incapable de faire face au monde). Certaines personnes ressentent également une profonde tristesse parce qu'elles se sentent seules et déconnectées des autres.

Les émotions secondaires servent à se protéger des émotions primaires douloureuses plutôt qu'à satisfaire des besoins. Les émotions maladaptées sont des réactions issues d'expériences d'apprentissage défavorables dans le passé. Elles nous protègent contre d'autres blessures.

Si votre besoin de reconnaissance, de respect, de justice ou de dignité a été blessé (par exemple parce que vous avez été traité injustement), la colère est votre réaction adaptative (et non l'impuissance ou la peur).

Si votre besoin d'intimité, de relation, de sécurité ou de connexion n'est pas satisfait (par exemple parce que vous êtes séparé), la tristesse est adaptative (et non le sentiment de honte, d'insuffisance ou de colère).

Si vous avez le sentiment que votre besoin de sécurité et d'intégrité physique/psychique est menacé (par exemple, à cause d'une maladie

imminente), la peur est l'émotion adaptée (et non la colère, l'impuissance ou la tristesse).

Lorsque votre besoin de reconnaissance est satisfait (par exemple par des éloges) ou que vous avez bien réussi quelque chose, la fierté est l'émotion adaptée (pas la honte ou la culpabilité).

Si votre besoin d'attachement est activé parce que vous êtes dans une relation proche, sûre et confiante, la sensation de sécurité, d'affection ou d'amour est l'émotion adaptée (et non la peur ou le dégoût).

Que constatez-vous ?

**Émotions primaires : Quelles sont les émotions adaptées auxquelles vous avez facilement accès ?**

Exemple : il m'est facile de ressentir de la tristesse lorsque mon partenaire me manque.

Il m'est facile de ressentir.....,  
quand.....Il m'est facile de  
ressentir.....,  
quand..... Il est facile pour moi de ressentir  
....., quand.....

**Émotions secondaires : Pouvez-vous identifier les émotions secondaires ? Décrivez votre schéma et la fonction de l'émotion secondaire.**

Exemple : Lorsque je suis en colère, je réagis par des larmes (tristesse) parce que j'ai peur d'être rejeté.

Si je suis....., je réagis avec ..... parce  
que j'ai peur de  
.....  
.....

Si je suis ....., je réagis avec ..... parce  
que j'ai peur de  
.....  
.....

Si je suis ....., je réagis avec ..... parce  
que j'ai peur de  
.....  
.....

**Émotions maladaptées (anciennes réactions émotionnelles du passé).  
Pouvez-vous également repérer les émotions maladaptées ? Réfléchissez  
aux situations où vous avez appris à ressentir de cette manière.**

Exemple : Lorsque je suis blessé, je réagis en me retirant, car mon père m'a  
appris à ne pas montrer de faiblesse.

Si je suis ....., je réagis avec .....  
parce que j'ai appris à  
.....,  
.....

Si j'ai ....., je réagis avec .....  
parce que j'ai appris à  
.....,  
.....

Si j'ai ....., je réagis avec .....  
parce que j'ai appris à  
.....,  
.....

### **Blocages émotionnels et autoprotection**

Prenez un moment pour vous poser les questions suivantes :

Y a-t-il des émotions ou des besoins auxquels vous n'avez plus accès du  
tout ?

Par exemple : Je n'ai pas accès à des sentiments positifs envers moi-même  
(fierté, empathie envers moi-même, je ne peux pas ressentir et exprimer de  
la colère).

.....  
.....

.....  
.....

Quels sont les événements de votre vie qui vous ont fait apprendre à ne plus ressentir certaines émotions (par exemple, la fierté, la colère) ou certains besoins (par exemple, l'intimité, la reconnaissance) ? Décrivez ici vos blocages émotionnels et vos mécanismes de protection, et d'où ils proviennent.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Veuillez également décrire pourquoi ils sont toujours importants et quelle est votre crainte si vous deviez abandonner cette autoprotection.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Coût de l'autoprotection**

Décrivez le coût de cette autoprotection pour vous et pour votre vie actuelle.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Imaginez que vous ayez 90 ans et que vous fassiez le point sur votre vie. Imaginez que vous avez vécu votre vie et que vous n'avez pas ressenti des

choses importantes, que vous n'avez pas fait des choses importantes, qu'il a manqué des choses importantes dans votre vie. Qu'est-ce qui a le plus manqué ? Qu'est-ce que vous regrettez le plus ?

.....  
.....  
.....  
.....

Depuis la position de votre moi de 90 ans, écrivez une lettre à votre moi plus jeune (actuel). Racontez à votre moi jeune comment vous vous sentez en tant que personne de 90 ans. De quoi avez-vous besoin de votre moi plus jeune ?

Lisez ensuite la lettre à haute voix.

En tant que jeune moi (actuel), que répondez-vous à votre moi de 90 ans ?

## **Fiche de travail n° 5 : Exercice : Respiration abdominale et lieu sûr**

### **Exercices / devoirs**

**S'adresse aux :** Clients et clientes

**Objectif :** Ralentir et se concentrer sur l'intérieur, cultiver une attitude plus attentive, promouvoir la tolérance aux émotions.

### **Respiration abdominale profonde :**

La respiration abdominale profonde est l'une des méthodes les plus efficaces pour se calmer, se recentrer et entrer en contact avec le moment présent et avec soi-même. C'est une méthode simple et efficace pour réguler ses émotions. Vous pouvez la pratiquer plusieurs fois par jour lorsque vous vous sentez agité ou mal à l'aise. Elle vous aidera à vous centrer et à établir un contact avec votre centre intérieur.

Voici comment procéder : Trouvez une position confortable, assis ou debout. Sentez le sol sous vos pieds. Expirez par la bouche en comptant lentement jusqu'à trois intérieurement. Sentez votre corps se vider. Laissez

la respiration s'écouler dans le sol à travers votre corps, vos jambes et vos pieds. Faites une pause en comptant intérieurement jusqu'à trois. Maintenant, inspirez profondément par le nez en comptant à nouveau jusqu'à trois. Respirez dans la partie la plus profonde de votre abdomen et sentez la paroi abdominale se gonfler vers l'extérieur. Vous pouvez poser votre main sur votre ventre pour sentir ce mouvement. Essayez d'adopter une posture similaire à celle d'un bouddha.

Répétez l'exercice pendant plusieurs minutes. Sentez votre corps se détendre, votre rythme cardiaque baisser, et votre esprit devenir calme et apaisé.

### **Lieu sûr :**

Créez intérieurement un lieu sûr où vous pouvez vous réfugier à tout moment si vous vous sentez mal à l'aise, anxieux ou submergé.

Commencez par la respiration abdominale. Lorsque vous êtes prêt, faites apparaître l'image d'un lieu sûr. Cela peut être un endroit réel de votre vie, comme votre lit, devant un feu de cheminée, ou dans votre baignoire. Ou cela peut être un endroit dans la nature, comme une montagne avec une vue magnifique, une forêt, un bord de lac ou de mer.

Prenez le temps de trouver le lieu qui vous convient le mieux. Imaginez cette image comme si vous regardiez un film ou une photo. Imprégnez-vous des détails et des sensations sensorielles. Qu'apercevez-vous ? Essayez de vous rappeler si ce lieu est associé à une odeur particulière, une chaleur, une lumière ou des sons spécifiques. Vous pouvez même vous remémorer des sons ou de la musique particulière de cet endroit.

Prenez le temps de faire ressortir tous les détails qui font de cet endroit votre propre lieu sûr. Vous pouvez également imaginer des personnes, des animaux de compagnie ou des objets présents dans cet endroit.

Ressentez dans votre corps ce que vous ressentez en étant dans ce lieu sûr, et laissez cette sensation vous apaiser.

## **Fiche de travail n° 6 : Écrire une lettre bienveillante à soi-même**

### **Exercice / devoirs à la maison : Adapté de Greenberg, 2015**

**S'adresse à :** Clients qui ont tendance à minimiser leur propre ressenti (« comment je me sens n'est pas si important, l'essentiel est que les autres aillent bien ») ou à évaluer négativement leurs propres émotions (« je devrais être au-dessus de ça, je suis beaucoup trop sensible »).

**Objectif :** Renforcer l'auto-empathie par l'écriture thérapeutique. Pratiquer une attitude bienveillante vis-à-vis de sa propre douleur émotionnelle.

- 1) Pensez à une situation émotionnellement difficile qui s'est produite aujourd'hui ou récemment.
- 2) Notez sur une feuille ce qui s'est passé (situation, autres personnes) et ce que cela a déclenché chez vous (émotions, pensées, tendances à l'action). Qu'est-ce qui était le plus difficile dans cette situation ? Qu'est-ce qui vous a particulièrement blessé ou manqué ?
- 3) Écrivez maintenant une lettre dans laquelle vous vous considérez avec beaucoup de compréhension et de bienveillance. L'objectif est que vous, en tant qu'auteur de cette lettre, deveniez votre meilleur ami. Écrivez la lettre comme vous le feriez pour votre meilleur(e) ami(e) ou votre enfant.
  - Essayez de faire preuve de compréhension à l'égard de votre expérience. Il ne s'agit pas de juger ce qui était bien ou mal, mais de votre sentiment dans la situation. Commencez les phrases par « Je comprends que tu te sois senti... » ou « Je peux imaginer que cela... a déclenché en toi ».
  - Adoptez une attitude non jugeante et validez votre vécu en notant des phrases qui commencent par « Pas étonnant que tu te sois senti comme ça, après tout... c'est particulièrement important pour toi/tu es particulièrement sensible à... ».
  - Identifiez ce dont vous auriez eu besoin à ce moment difficile et exprimez-le en écrivant par exemple « J'imagine que tu aurais eu besoin qu'on te prenne au sérieux ». Distinguez ce dont vous auriez eu besoin de la part de quelqu'un d'autre et de vous-même.

- Répondez à ce besoin (« Je te prends au sérieux »).
- Lisez la lettre à haute voix. Que ressentez-vous ? Y a-t-il quelque chose qui manque ou qui doit être reformulé ?

## **Fiche de travail n° 7 : « Time-Machine Self-Soothing »**

**Exercice / devoirs à la maison :** Adapté de Pos, 2020

**S'adresse aux :** Clients ayant peu d'auto-empathie

**Objectif :** Encourager l'auto-empathie et l'auto-support face aux émotions douloureuses.

Cet exercice peut être réalisé chez vous lorsque des sentiments profonds et douloureux du passé vous rattrapent et que vous avez du mal à les contenir et à les réguler. Bien que cet exercice ne transforme pas votre passé, il vous aide à établir une relation bienveillante avec vos sentiments blessés du passé et favorise un changement de perception des événements douloureux du passé.

- 1) Portez votre attention sur le sentiment douloureux que vous percevez dans votre corps. Prenez une profonde respiration et respirez à l'intérieur de cette émotion douloureuse. Si vous le souhaitez, vous pouvez poser la main sur la partie du corps où vous ressentez ce sentiment.
- 2) Rappelez-vous un moment difficile de votre enfance ou de votre adolescence, lié à l'origine de ce sentiment. Essayez de vous souvenir de ce qui s'est passé exactement à ce moment-là. Qui était présent ? Qui était absent ? Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? À quoi ressemblaient vos vêtements à l'époque ? Il s'agit peut-être d'un moment où vous auriez eu besoin de l'aide et du soutien d'un adulte, mais où personne n'était là pour vous. Peut-être s'agit-il d'un moment où vous vous êtes senti blessé, humilié, exclu, moqué ou abandonné.
- 3) Prenez 30 secondes pour vous souvenir de ce que vous avez ressenti à ce moment-là (seul, anxieux, injustement traité, honteux). Restez un moment avec les sentiments de votre enfant intérieur. Respirez à nouveau.



- 4) Imaginez-vous maintenant en tant qu'adulte, imaginez que vous montez dans une capsule et que vous faites un voyage dans le temps. Voyagez sur une ligne du temps et descendez de la capsule au moment où votre enfant intérieur se trouve actuellement.
- 5) Allez vers l'enfant et dites-lui que vous (en tant qu'adulte) êtes maintenant avec lui. Accueillez l'enfant en lui disant que vous êtes revenu parce que vous vous rappelez à quel point il se sentait mal à l'époque. Dites à l'enfant : « Je suis là pour t'aider. »
- 6) Montrez de la compréhension pour ses sentiments et validez son besoin blessé. Dites à l'enfant les phrases suivantes :  
« Je sais ce qui vient de se passer. »  
« Je sais à quel point tu te sens seul, effrayé, ébranlé... en ce moment. »  
« Je vois que tu as besoin de... (aide, soutien, compréhension, écoute, protection...) et je vois à quel point il est douloureux de ne pas le recevoir et d'être seul face à cela. »  
« Pas étonnant que tu te sentes ainsi. »
- 7) Et maintenant, soyez le héros/l'héroïne de cet enfant en faisant ce dont votre enfant aurait eu besoin à l'époque. Défendez l'enfant, prenez soin de lui, aidez-le, protégez-le, demandez de l'aide, faites ce dont l'enfant aurait eu besoin à l'époque. Parlez à l'enfant et dites à haute voix ce que vous faites pour lui.
- 8) Que ressentez-vous pendant que vous dites cela ?
- 9) Comment l'enfant se sent-il en entendant cela ?

## Fiche de travail n° 8 : « Clearing a Space »

**Intervention :** Adapté d'après Elliott *et al.*, 2013

**S'adresse à :** Clients dérégulés émotionnellement

**Objectif :** Encourager la régulation des émotions chez les clients qui arrivent en séance submergés.

« Clearing a Space » est une intervention que les thérapeutes peuvent utiliser lorsque leurs clients arrivent en séance dans un état très dérégulé et qu'ils ne parviennent pas à se focaliser sur leurs émotions ou à trouver un point focal pour la séance, car ils se sentent tellement submergés.

L'intervention aide à réguler et à différencier le ressenti secondaire envahissant et indifférencié, de sorte qu'une bonne distance de travail puisse être établie avec ce ressenti secondaire et qu'un point focal puisse être trouvé pour la séance de thérapie. L'intervention peut également être effectuée lorsque les clients n'ont pas de demande (« je ne sais pas sur quoi travailler aujourd'hui »).

Dirigez votre attention vers l'intérieur.

Prenez contact avec l'endroit en vous où vous ressentez tous vos sentiments.

Maintenant, posez-vous la question : « Qu'est-ce qui m'empêche de me sentir bien ? »

Identifiez la chose qui vous empêche de vous sentir bien et nommez-la.

Imaginez que vous retirez cette chose de votre intérieur et que vous la placez dans un endroit approprié à l'extérieur de vous-même (cela peut être un endroit dans le cabinet, par exemple devant ou derrière vous, à côté de vous, sous votre chaise, suspendu au plafond, etc. S'il est nécessaire de mettre encore plus de distance entre vous et cette chose, vous pouvez la mettre dans une boîte qui ferme à clé, un coffre-fort ou un coffre, ou la placer derrière la porte).

Répétez les étapes trois à cinq jusqu'à ce que toutes les émotions gênantes aient été identifiées, nommées et placées dans un endroit sûr à l'extérieur de vous.

Profitez du calme et de l'espace intérieurs.

Faites une fois de plus le point sur toutes les émotions dérangeantes que vous avez éloignées de vous et rappelez-vous où vous les avez rangées. Et maintenant, choisissez l'émotion qui requiert votre attention pour la séance d'aujourd'hui.

## **Fiche de travail n° 9 : Présence thérapeutique**

**Exercice** : Adapté de Geller & Greenberg, 2012 ; Geller & Greenberg, 2021

**S'adresse aux** : Thérapeutes.

**Objectif :** Favorise l'ancrage (« grounding »), la prise de conscience de son propre ressenti, la sérénité et la présence dans le moment présent. Peut être utilisé comme exercice entre les séances ou comme préparation à des séances difficiles.

Premièrement, en position assise :

- Inspirez et expirez consciemment. Prenez quelques respirations profondes. Sentez le sol sous vos pieds.
- Accueillez-vous vous-même. Accueillez-vous en ce moment et dans cette pièce.
- Maintenant, coordonnez votre respiration avec les mouvements de vos bras.
- Position de départ : Levez vos mains devant votre visage. Comme si vos mains étaient un rideau qui cachait votre visage. Les paumes des mains sont tournées vers le visage, face à vous, les coudes vers le bas.
- Inspirez lentement. Pendant que vous inspirez, ouvrez le rideau, les mains et les bras se déplacent vers les épaules. Lorsque le rideau est ouvert, les paumes des mains sont tournées vers l'extérieur. Les coudes continuent à regarder vers le bas et suivent le mouvement des mains.
- Expirez lentement. Refermez le rideau jusqu'à ce que les mains se retrouvent dans la position initiale devant le visage.
- Répétez ce mouvement plusieurs fois en respirant consciemment et lentement.
- Ouvrez le rideau, inspirez.
- Fermez le rideau, expirez.
- Prenez quelques instants pour vérifier comment vous vous sentez.

Deuxièmement, en position debout :

- Levez-vous et sentez vos pieds sur le sol.
- Inspirez et expirez consciemment et sentez le souffle circuler dans votre corps.
- Position de départ : Tenez-vous droit, les bras pendent de manière détendue sur les côtés.

- Inspirez lentement. En inspirant, levez les bras tendus sur les côtés, comme un soleil, jusqu'à ce que les mains se touchent. Le corps, les mains et les bras forment une ligne droite qui pointe vers le ciel.
- Expirez lentement. Abaissez lentement les mains et les bras devant le corps, comme un rideau qui se ferme de haut en bas, jusqu'à ce que les mains couvrent votre visage. Arrêtez-vous un instant au niveau du visage, le bout des doigts se touche, les paumes des mains sont tournées vers le visage, les bras et les coudes forment une ligne horizontale. Maintenant, tournez les paumes vers le sol et terminez le mouvement comme si vous poussiez quelque chose vers le bas.
- Expirez complètement jusqu'à ce que vos bras reviennent à leur position initiale.
- Répétez ce mouvement plusieurs fois en respirant consciemment et lentement.
  - Inspirez, levez les bras latéralement comme un soleil jusqu'à ce que les mains soient tournées vers le ciel. Expirez, baissez les bras comme un rideau jusqu'au visage, puis faites un mouvement vers le bas en faisant un mouvement de poussée.
  - Installez-vous dans votre corps.

# Bibliographie

Abbass, A.A. (2015). Reaching through Resistance. Advanced Psychotherapy Techniques. Kansas City: Seven Leaves Press.

Abbass, A.A. & Schubiner, H. (2018). Hidden from View. A Clinicians Guide to Psychophysiologic Disorders. Michigan, MI, USA: Psychophysiologic Press.

Adams, K.E. & Greenberg, L.S. (1996). Therapists' Influence on Depressed Clients' Therapeutic Experience and Outcome. Paper Presented at the 43rd Annual Convention for the Society for Psychotherapy Research, St. Amelia Island, FL.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, L.S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 2, 217–237.

Alexander, F. & French, T.M. (1946). Psychoanalytic Therapy: Principles and Application. New York, NY: Ronald Press.

Alexander, J.F., Holtzworth-Munroe, A. & Jameson, P.B. (1994). The Process and Outcome of Marital and Family Therapy: Research Review and Evaluation. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 595–630). Oxford, England: Wiley.

Angus, L. & Greenberg, L.S. (2011). Working with Narrative in Emotion-Focused Therapy: Changing Stories, Healing Lives. Washington: APA.

Angus, L. & McLeod, J. (2004). The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory, and Research. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.

APA Presidential Task Force on Evidence Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.

Auszra, L. & Greenberg, L.S. (2007). Client Emotional Productivity. *European Psychotherapy*, 7, 137–152.

Auszra, L., Greenberg, L.S. & Herrmann, I. (2013). Client Emotional Productivity – Optimal In-Session Emotional Processing in Experiential Therapy. *Psychotherapy Research*, 23, 732–746.

Auszra, L., Herrmann, I. & Greenberg, L.S. (2017). Emotionsfokussierte Therapie. Ein Praxis-manual. Göttingen: Hogrefe.

Barlow, D.H., Allen, L.B. & Choate M.L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorder. *Behaviour Therapy*, 35, 205–230.

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallanher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklink, L.R., Boswell, J.F., Ametaj, A., Carl, J.R., Boettchen, H.T., Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol of Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific

Protocols for Anxiety Disorders. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884.

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K.K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2019a). Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen. *Behandlungsmanual*. Bern: Hogrefe.

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K.K. Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2019b). Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen. *Arbeitsbuch*. Bern: Hogrefe.

Barrett-Lennard, G.T. (1981). The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91–100.

Beisser, A. (1970). Paradoxical Theory of Change. In J. Fagan & I.L. Sheperd (Eds.), *Gestalt Therapy Now. Theory, Techniques, Application* (pp. 77–80). Palo Alto: Science and Behaviour Books.

Berking, M. (2017). *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Blatt, S.J. (2008). Polarities of Experience. Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process. Washington: APA.

Bohart, A.C. & Greenberg, L.S. (1997). *Empathy Reconsidered. New Directions in Psychotherapy*. Washington: APA.

Bolger, E. (1999). Grounded Theory Analysis of Emotional Pain. *Psychotherapy Research*, 9(3), 342–362.

Bordin, E.S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York, NY: Basic Books.

Campos, J.J., Frankel, C.B. & Camras, L. (2004). In the Nature of Emotion Regulation. *Child Development*, 75(2), 377–394.

Carryer, J.R. & Greenberg, L.S. (2010). Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 190–199.

Caspar, F. (2008). Motivorientierte Beziehungsgestaltung – Konzept, Voraussetzungen beiden Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der Therapeutischen Beziehung* (Vol. 1, pp. 527–557). Tübingen: DGVT.

Caspar, F. (2018). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Göttingen: Hogrefe.

Ciudius, B., Mennin, D. & Ehling, T. (2020). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Process. *Emotion*, 20(1), 37–42.

Cozolino, L. (2019). *The Neuroscience of Psychotherapy. Healing the Social Brain*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Cozolino, L. & Sproaky, S. (2006). Neuroscience and Adult Learning. Wiley Online Library, 110, 11–19.

Damasio, A.R. (1999). The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness. New York, NY: Harcourt Brace.

Damasio, A.R. (2003). Looking for Spinoza: Joy, Sorrow and the Feeling Brain. New York: Harcourt.

Davidson, R. (2000). Affective Style, Mood and Anxiety Disorders: An Affective Neuroscience Approach. In R. Davidson (Ed.). Anxiety, Depression and Emotion (pp. 23–55). Oxford, England: Oxford University Press.

Dolhanty, J. (2017). Emotion-Focused Family Therapy. Contribution in the Context of an Advanced Training of the Swiss Institute for Emotion-Focused Therapy. Bern, Switzerland. Abgerufen am 15. Mai 2021 von <https://www.emotionsfokussiertetherapie.ch/de/termine-kurse-ausbildung/iEFT/TCE-ch-kursangebot-seit-2015>

Dolhanty, J. (2018). Emotion Focused Skills Training. Contribution in the Context of an Advanced Training of the Swiss Institute for Emotion-Focused Therapy. Bern, Switzerland. Abgerufen am 15. Mai 2021 von <https://www.emotionsfokussiertetherapie.ch/de/termine-kurse-ausbildung/iEFT/TCE-ch-kursangebot-seit-2015>

Dolhanty, J. (2019). Training Wheels in Emotion-Focused Therapy. Beitrag präsentiert im Rahmen der dritten ISEFT/TCE Konferenz in Glasgow, August 2019.

Dolhanty, J. & Greenberg, L.S. (2007). Emotion-Focused Therapy in the Treatment of Eating Disorders. European Psychotherapy, 7(1), 97–115.

Dolhanty, J. & Greenberg, L.S. (2009). Emotion-Focused Therapy in a Case of Anorexia Nervosa. Clinical Psychology & Psychotherapy, 16, 336–382.

Dolhanty, J. & Lafrance, A. (2019). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.), Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy (pp. 403–423). Washington: APA.

Ecker, B., Ticic, R. & Hulley, R. (2012). Unlocking the Emotional Brain. New York and London: Routledge.

Eismann, G. & Lammers, C.H. (2017). Emotions regulation. Weinheim: Beltz.

Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. Cognition and Emotion, 169–200.

Ekman, P. & Friesen, W. (1975). Unmasking the Face. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Elliott, R. (2013). Person-Centered/Experiential Psychotherapy for Anxiety Difficulties: Theory, Research and Practice. Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 12(1), 16–32.

Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed, pp. 459–538). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2013). Learning Emotion-Focused Therapy. The Process-Experiential Approach to Change (5th edition).



Washington DC: APA.

Ellison, J.A. & Greenberg, L.S. (2007). Homework in Experiential Emotion-Focused Therapy. In N. Kazanitz & L. Abate (Eds.), *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy* (pp. 65–84). Boston, M.A: Springer.

Ellison, J.A., Greenberg, L.S., Goldman, R.N., & Angus, L. (2009). Maintenance of Gains Following Experiential Therapies for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 103–112.

Fehr, B. & Russell, J.A. (1984). Concept of Emotion Viewed from a Prototype Perspective. *Journal of Experimental Psychology*, 113(3), 464–486.

Flack, W.F., Laird, J.D. & Cavallaro, L.A. (1999). Emotional Expression and Feeling in Schizophrenia: Effects of Specific Expressive Behaviors on Emotional Experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1–20.

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.

Foroughe, M. & Goldstein, L. (2018). Processing Parent Blocks. In M. Foroughe (Ed.), *Emotion-Focused Family Therapy with Children and Caregivers* (pp. 80–98). New York, London: Routledge.

Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect. A Model for Accelerated Change*. New York: Basic Books.

Frankl, V. (1959). *Man's Search for Meaning*. Boston, MA: Beacon.

Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. New York, NY: Cambridge University Press.

Geller, S. (2017). *A Practical Guide to Cultivating Therapeutic Presence*. Washington: APA.

Geller, S. (2018). Therapeutic Presence and Polyvagal Theory: Principles and Practices for Cultivating Effective Therapeutic Relationship. In S. W. Porges & D. Dana (Eds.), *Clinical Application of The Polyvagal Theory* (pp. 106–126). New York, London: W. W. Norton & Company.

Geller, S. & Greenberg, L.S. (2002). Therapeutic Presence: Therapist Experience of Presence in the Psychotherapy Encounter in Psychotherapy. *Person Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 71–86.

Geller, S. & Greenberg, L.S. (2012). *Therapeutic Presence: A Mindful Approach to Effective Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Geller, S., & Greenberg, L.S. (2021): *Therapeutic Presence Online Training: Building and Sustaining Effective Therapeutic Relationships and Transforming Emotions*. Contribution in the Context of Advanced Training of the Swiss Institute for Emotion-Focused Therapy. Bern, Switzerland. Abgerufen am 17. Juli 2021 von <https://www.emotionsfokussiertetherapie.ch/de/termine-kurse-ausbildung/iEFT/TCE-ch-kursangebot-seit-2015>

Geller, S.M. & Porges, S.W. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationship. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178–192.

Gendlin, E.T. (1962). *Experiencing and the Creation of Meaning*. New York, NY: Free Press of Glencoe.



Gendlin, E.T. (1986). *Let Your Body Interpret Your Dreams* by Eugene T. Gendlin. Wilmette, IL: Chiron Publications.

Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. New York, NY: Guilford Press.

Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. New York: Routledge.

Goldman, R.N. & Fox-Zurawic, A. (2012). Self-Soothing in Emotion-Focused Therapy. Findings from a Task-Analysis. Paper Presented at the Conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling, Antwerp, Belgium.

Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2015). *Case Formulation in Emotion-Focused Therapy. Co-Creating Clinical Maps for Change*. Washington: APA.

Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The Effects of Adding Emotion-Focused Interventions to the Client-Centered Relationship Conditions in the Treatment of Depression. *Psychotherapy Research*, 16, 536–549.

Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Pos, A.E. (2005). Depth of Emotional Experiencing and Outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 248–260.

Goldman, R.N., Vaz, A. & Rousmaniere, T. (2021). *Deliberate Practice in Emotion-Focused Therapy*. Washington: APA.

Grawe, K. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

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

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Greenberg, L.S. (1979). Resolving Splits: The Two-Chair Technique. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 310–318.

Greenberg, L.S. (2007a). *Emotion-Focused Therapy for Depression (Video)*. Part of the Specific Treatments for Specific Population Video Series. Washington: APA.

Greenberg, L.S. (2007b). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology Science and Practice*, 14, 414–421.

Greenberg, L.S. (2014). The Therapeutic Relationship in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350–357.

Greenberg, L.S. (2015). *Emotion-Focused Therapy. Coaching Clients to Work through their Feelings (2nd Ed.)*. Washington: APA.

Greenberg, L.S. (2017). Relational Processes in EFT/TCE. Paper Presented at the Second Conference of the International Society for Emotion-Focused Therapy, Toronto, Canada.

Greenberg, L.S. (2019a). Theory of Functioning in Emotion-Focused Therapy. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 37–59). Washington: APA.

Greenberg, L.S. (2019b). Three Questions to Leslie Greenberg. Interview in Israel. Abgerufen am 15. Mai 2021 von <https://www.youtube.com/watch?v=-WxpZd7Wti8>

Greenberg, L.S. (2019c). Enduring Themes and Future Developments in Emotion-Focused Therapy. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of*

Emotion-Focused Therapy (pp. 513–520). Washington: APA.

Greenberg, L.S. (2019d). *La Thérapie Centrée sur les Émotions* (Ch. Billon, D. Schiffmann, trad.). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur (ouvrage original publié 2011).

Greenberg, L.S. (2020). *Working with Core Emotions* (Video). Glastonbury, Somerset, UK: CPCAP.

Greenberg, L.S. (2021). *Changing Emotion with Emotion. A Practitioner Guide*. Washington: APA.

Greenberg, L.S., & Angus, L.E. (2004). The Contributions of Emotion Processes to Narrative Change in Psychotherapy: A Dialectical Constructivist Approach. In L.E. Angus & J. McLeod (Eds.). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 331–349).

Greenberg, L.S. & Bolger, E. (2001). An Emotion-Focused Approach to the Overregulation of Emotion and Emotional Pain. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 197–211.

Greenberg, L.S. & Elliott, R. (1997). Varieties of Empathic Responding. In A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy* (pp. 167– 186). Washington: APA.

Greenberg, L.S. & Geller, S. (2001). Congruence and Therapeutic Presence. In G. Wyatt & P. Saunders (Eds.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Congruence* (Vol. 1, pp. 73–101). Ross-on-Wye, Herefordshire, England: PCC Books.

Greenberg, L.S. & Goldman, R.N. (2008). *Emotion-Focused Couples Therapy: The Dynamics of Emotion, Love, and Power*. Washington: APA.

Greenberg, L.S. & Goldman, R.N. (2019). Theory of Practice of Emotion-Focused Therapy. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 61–89). Washington: APA.

Greenberg, L.S. & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York, NY: Guilford Press.

Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York, London: The Guilford Press.

Greenberg, L.S. & Pascual-Leone, A. (2001). A Dialectic-Constructivist View of the Creation of Personal Meaning. *Journal of Constructive Psychology*, 14, 165–186.

Greenberg, L.S. & Rhodes, R.H. (1991). Emotion in the Change Process. In R.C. Curtis (Ed.), *How People Change* (pp. 39–58). New York: Springer Science & Business Media.

Greenberg, L.S. & Sutter, M. (2019). *Difficult Moments in Emotion-Focused Therapy*. Paper Presented at the 3rd Conference of the International Society for Emotion-Focused Therapy, Glasgow, Scotland.

Greenberg, L.S. & Warwar, S. (2006). Homework in an Emotion-Focused Approach to Experiential Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 178–200.

Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (1998). Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions. *Psychotherapy Research*, 8(20), 210–224.

Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington: APA.

Greenberg, L.S. & Woldarsky Meneses, C. (2019). *Forgiveness and Letting Go in Emotion-Focused Therapy*. Washington: APA.

Greenberg, L.S., Auszra, L. & Herrmann, I.R. (2007). The Relationship among Emotional Productivity, Emotional Arousal and Outcome in Experiential Therapy of Depression. *Psychotherapy Research*, 17, 482–492.

Greenberg, L.S., Malberg, N.T. & Tompkins, M.A. (2019). *Working with Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior and Emotion-Focused Therapy*. Washington: APA.

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

Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York, London: Guilford Press.

Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1–26.

Hayes, S.C. & Hofmann, S.G. (2020). *Beyond the DSM. Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment*. Oakland, US: Newharbingerpublications.

Hayes, S.C. & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. Washington: APA.

Hayes, A., Beevers, C. G., Feldman G. C., Laurenceau J.-P. & Perlman, D. (2005). Avoidance and Processing as Predictors of Symptom Change and Positive Growth in an Integrative Therapy for Depression. *International Journal of Behavior Medicine*, 12, 111–122.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.

Hebb, D. (1949). *The Organization of Behavior*. New York: Wiley.

Herwig, U., Kaffenberger, T., Jänicke, L. & Brühl, A.B. (2010). Self-Related Awareness and Emotion Regulation. *Neuroimage*, 50(2), 734–741.

Horvath, A.O. & Bedi, R. (2002). The Alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work. Therapists' Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37–70). New York, NY: Oxford University Press.

Hunt, M.G. (1998). The Only Way Out Is Through: Emotional Processing and Recovery After a Depressing Life Event. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 361–384.

Ito, M., Greenberg, L.S., Iwakabe, S. & Pascual-Leone, A. (2010). A Task Analysis For Self-Soothing Process in Emotion-Focused Therapy. Paper Presented at the Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Florence, Italy.

Jacob Hendel, H. (2018). *It's Not Always Depression*. New York: Penguin Random House LLC.

Johnson, S.M. (2004). Attachment Theory: A Guide For Healing Couple Relationships. In W.S. Rholes & J.A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implication* (pp. 367–387). New York, NY: Guilford Press.

Johnson, S.M. & Greenberg, L.S. (1985). Emotionally Focused Couple's Therapy: An Outcome Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313–317.

Johnson, S.M., Hundley, J., Greenberg, L.S. & Schindler, D. (1999). Emotionally Focused Couple's Therapy: Status and Challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67–79.

Kihlstrom, J.F., Mulvaney, S., Tobias, B.A., & Tobis, I.P. (2000). The Emotional Unconscious. In: E. Eich, J.F. Kihlstrom, G.H. Bower, J.P. Forgas & P.M. Niedenthal (Eds.), *Cognition and Emotion* (pp. 30–86). New York: Oxford University Press.

Kircanski, K., Liebermann, M.D., Craske, M.G. (2012). Feelings into Words: Contributions of Language to Exposure Therapy. *Psychological Science*, 23(10), 1086–1091.

Kogan, N. & Carter, A.S. (1996). Mother-Infant Reengagement Following the Still-Face: The Role of Maternal Emotional Availability on Infant Affect Regulation. *Infant Behavior and Development*, 19(3), 359–370.

Kramer, U. & Ragama, E. (2015). *La psychothérapie centrée sur les émotions*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Krueger, R.F. & Eaton, N.R. (2015). Transdiagnostic Factors of Mental Disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27–29.

Lambie, J.A., & Marcel, A.J. (2002). Consciousness and the Varieties of Emotion Experience: a Theoretical Framework. *Psychological Review*, 109(2), 219–259.

Lammers, C.L. (2018). *Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken*. Stuttgart: Schattauer.

Lafrance, A.L., Dolhanty, J. & Greenberg, L.S. (2013). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Wiley Online Library, 1–8.

Lafrance, A.L., Henderson, K.A. & Mayman, S. (2020). Emotion-Focused Family Therapy: A Transdiagnostic Model for Caregiver-Focused Interventions: Washington: APA.

Lafrance, A.L., McCague, E.A. & Whissell, C. (2014). « That Chair Work Thing Was Great »: A Pilot Study of Group-Based Emotion-Focused Therapy for Anxiety and Depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 13, 263–277.

Lane, R. (2000). Neural Correlates of Conscious Emotional Experience. In: R. Lane, & L. Nadel (Eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 345–370). New York: Oxford University Press.

Lane, R.D. (2008). Neural Substrates of Implicit and Explicit Emotional Processes: A Unifying Framework for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 70, 21–4231.

Lane, R. (2020a). Memory Change, Emotional Arousal and the Process of Change in Psychoanalysis. In M. Leuzinger-Bohleber, M. Solms & S.E. Arnold (Eds.) *Outcome Research and the Future of Psychoanalysis*. *Clinical Researchers in Dialogue* (pp. 286–312). London and New York: Routledge.

Lane, R.D. (2020b). Memory Reconsolidation, Emotional Arousal and the Process of Change in Psychoanalysis. In M. Leuzinger-Bohleber, M. Solms & S.E. Arnold (Eds.),

Outcome Research and the Future of Psychoanalysis (pp. 286–313). New York, NY: Routledge.

Lane, R.D., Ryan, L., Nadel, L. & Greenberg, L.S. (2015). Memory Reconsolidation, Emotional Arousal, and the Process of Change in Psychotherapy: New Insights from Brain Science. *Behavioral and Brain Science*, 1–64.

Legerstee, M. (2013). The Developing Social Brain: Social Connections and Social Bonds, Social loss, and Jealousy in Infancy. In M. Legerstee, D.W. Haley & M.H. Bornstein (Eds.), *The Infant Mind: Origins and the Social Brain* (pp. 223–247). New York: Guilford Press.

Leijssen, M. (1998). Focusing Microprocesses. In L.S. Greenberg, J.C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (p. 121–154). New York: Guilford Press.

Levenson, R.W. (1994). Human Emotions: A Functional View. In P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion – Fundamental Questions* (pp. 124–126). Oxford University Press.

Lieberman, M.D., Eisenberger, N.I., Crockett, M.J., Tom, S.M., Pfeifer, J.H. & Way, B.M. (2007). Putting Feelings into Words. Affect Labeling Disrupts Amygdala Activity to Affective Stimuli. *Psychological Science*, 18(5), 421–428.

Lietaer, G. (1993). Authenticity, Congruence and Transparency. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers: Towards a Psychotherapy for the 21st Century* (pp. 17–46). London: Constable.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.

McCullough, L., Kuh, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C. L. (2019). *Affektfokussierte psychodynamische Psychotherapie. Ein integratives Manual zur Behandlung von Affektphobien*. Stuttgart: Kohlhammer.

McLean, L. M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M. J., & Jones, J. M. (2013). A Couple-Based Intervention for Patients and Caregivers Facing End-Stage Cancer: Outcomes of a Randomized-Controlled Trial. *Psycho-Oncology*, 22(1), 28–38.

Mennin, D.S. & Fresco, D.M. (2009). Emotion Regulation as an Integrative Framework for Understanding and Treating Psychopathology. In A. M. Kring, D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (p. 256–379). New York: Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change* (2nd ed.). New York, London: Guilford Press.

Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H. & Greenberg, L. S. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing, and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 861–871.

Moscovitch, M. & Nadel, L. (1997). Memory Consolidation, Retrograde Amnesia, and the Hippocampal Complex. *Current Opinions in Neurobiology*, 7, 217–227.



Müller, W.E. (2000). Grundlagen der Therapie mit neueren Neuroleptika und Antidepressiva. In K. Peter (Hrsg.), Spektrum psychiatrischer Arbeit (S. 43–66). Wien, New York: Springer.

Nadel, L. & Bohbot, V. (2001). Consolidation of Memory. *Hippocampus*, 11, 56–60.

Nader, K., Schafe, G. E. & LeDoux, J. E. (2000). Fear Memories Require Protein Synthesis in the Amygdala for Reconsolidation after Retrieval. *Nature*, 406, 722–726.

Neff, L. & Germer, Ch. (2018). *The Mindful-Self Compassion Workbook*. New York, London: The Guilford Press.

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationship that Work: Evidence-Based Responsiveness* (pp. 423–430). Oxford University Press.

Noyon, A. & Heidenreich, T. (2009). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung*. Weinheim: Beltz.

Nummenmaa, L., Hari, R., Hietanen, J.K. & Glerean, E. (2018). Maps of Subjective Feelings. *PNAS*, 115(37), 9198–9203.

O'Brian, K., Keeffe, N. O., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L. & McElvaney, J. (2019). Emotion-Focused Perspectives on Generalized Anxiety Disorder: A Qualitative Analysis of Clients' In-Session Presentation. *Psychotherapy Research*, 29(4), 524–540.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy: Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270–376). New York: Wiley.

Paivio, S. C. (2019). Emotion-Focused Therapy for Trauma. Contribution in the Context of an Advanced Training of the Swiss Institute for Emotion-Focused Therapy. Bern, Switzerland. Abgerufen am 14. Mai 2021 von <https://www.emotionsfokussiertetherapie.ch/de/termine-kurse-ausbildung/iEFT/TCE-ch-kursangebot-seit-2015>

Paivio, S. C. & Angus, L. (2017). *Narrative Processes in Emotion-Focused Therapy for Trauma*. Washington: APA.

Paivio, S.C. & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma. An Integrative Approach*. Washington, DC: APA.

Paivio, S.C., Jarry, J.L., Chagigiorgis, H., Hall, I. & Ralston, M. (2010). Efficacy of Two Versions of Emotion-Focused Therapy for Child Abuse Trauma. *Psychotherapy Research*, 20, 353–366.

Pascual-Leone, J. (1987). Organismic Processes for Neo-Piagetian Theories: A Dialectic Causal Account of Cognitive Development. *International Journal of Psychology*, 22, 531–570.

Pascual-Leone, J. (1991). Emotions, Development, and Psychotherapy: A Dialectical-Constructivist Perspective. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, Psychotherapy, and Change* (pp. 302–335). New York, NY: Guilford Press.

Pascual-Leone, A. (2016). Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma. Contribution in the Context of an Advanced Training of the Swiss Institute for Emotion-Focused Therapy. Bern, Switzerland. Abgerufen am 14. Mai 2021 von

<https://www.emotionsfokussiertetherapie.ch/de/termine-kurse-ausbildung/iEFT/TCE-ch-kursangebot-seit-2015>

Pascual-Leone, A. & Greenberg, L.S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy. Why « the Only Way Out Is Through ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887.

Pennebaker, J.W. (1990). *Opening up: The Healing Power of Confiding in Others*. New York: Morrow.

Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, Disclosure, and Health*. Washington: APA.

Pennebaker, J.W. & Beall, S.K. (1986). Confronting a Traumatic Event: Toward an Understanding of Inhibition and Disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274–281.

Pennebaker, J.W., & Traue, H.C. (1993). Inhibition and psychosomatic processes. In J.W. Pennebaker & H.C. Traue (Eds.), *Emotion, Inhibition and Health* (pp. 146–163). Göttingen: Hogrefe & Huber.

Pennebaker, J.W., Zech, E. & Rimé, B. (2001). Disclosing and Sharing Emotion: Psychological, Social, and Health Consequences. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson & H. Shut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care* (pp. 517–539). Washington DC: APA.

Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalttherapie. Grundlagen & Praxis*. München: DTV.

Perls, F.S., Hefferline, E.F., & Goodman, P. (2019). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (10te Auflage). Stuttgart: Clett-Cotta Verlag.

Piaget, J. (1973). *The Construction of Reality in the Child*. New York, NY: Basic Books.

Plener, P.L., Ignatius, A., Huber-Lang, M. & Fegert, J.K. (2017). Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde: Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 36(3), 161–167.

Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Pos, A.E. (2020). *Emotion-Focused Therapy with Dysregulated Clients. Contribution in the Context of an Advanced Training of the Swiss Institute for Emotion-Focused Therapy*. Bern, Switzerland. Abgerufen am 14. Mai 2021 von <https://www.emotionsfokussiertetherapie.ch/de/termine-kurse-ausbildung/iEFT/TCE-ch-kursangebot-seit-2015>

Pos, A.E. & Choi, B.H. (2019). Relating Process to Outcome in Emotion-Focused Therapy. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman. *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 171–191). Washington: APA.

Pos, A.E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N. & Korman, L.M. (2003). Emotional Processing during Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1007–1016.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276–288.

Rice, L.N. & Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of Change: Intensive Analysis of Psychotherapy Processes*. New York: Guilford Press.

Rice, K.S. & Wagstaff, K. (1967). Client Voice Quality and Expressive Style as Indexes of Productive Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 557–563.

Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. & Philippot, P. (1998). Social Sharing of Emotion: New Evidence and New Questions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social Psychology* (Vol. 9, pp. 225–258). Chichester, England: Wiley.

Robinson, A. L., McCague, A. E., & Whissell, C. (2014). « That Chair Work Thing Was Great »: A Pilot Study of Group-Based Emotion-Focused Therapy for Anxiety and Depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 13, 263–277.

Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality of Change. *Journal of Consulting and Psychology*, 21, 95–103.

Rogers, C.R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science* (Vol. 3, pp. 184–256). New York, NY: McGraw Hill.

Sachse, R. (2018). *Klärungsorientierte Therapie psychosomatischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2019). *Personality Disorders. A Clarification-Oriented Treatment Model*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R., Sachse, H. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Safran, J.D. & Muran, J.Ch. (1996). The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458.

Scherer, K.R. (2005). What Are Emotions? And How Can They Be Measured? *Social Science Information*, 44, 693–727.

Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Schore, A. N. (2009). Right-Brain Affect Regulation: An Essential Mechanism of Development, Trauma, Dissociation, and Psychotherapy. In D. Fosha, D. J. Siegel & M. F. Solomon (Eds.), *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice* (pp. 122–144). New York, London: W. W. Norton & Company.

Schore, A. N. (2019). *Right Brain Psychotherapy*. New York: Norton.

Schore, A. N. & Marks-Tarlow, T. (2019). How Love Opens Creativity, Plan and the Arts through Early Right Brain Development. In A. N. Schore (Ed.), *Right Brain Psychotherapy* (pp. 157–180). New York, London: W. W. Norton & Company.

Severinsen, L., Stiegler, J.R., Amundsen Nissen-Lie, H., Shahar, B., Zahl-Olsen, R. (2022). Effectiveness of emotion focused skills training for parents: study protocol for a randomized controlled trial in specialist mental health care. *BMC Psychiatry*, 22:453.

Shahar, B. (2014). Emotion-Focused Therapy for the Treatment of Social Anxiety: An Overview of the model and a Case Description. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 536–547.

Shahar, B., Bar-Kalifa, E. & Alon, E. (2017). Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorders: Results from a Multiple-Based Study. *Journal of Consulting and Clinical*



Psychology, 85(3), 238–249.

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). Trauma and Adaptive Information-Processing: EMDR's Dynamic and Behavioral Interface. In M. F. Solomon, R. J. Neborsky, L. McCullough, M. Alpert, F. Shapiro & D. Malan (Eds.), *Short-Term Therapy for Long-Term Change* (pp. 112–129). New York, London: W. W. Norton & Company.

Sharbanee, J.M., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2019). Task Analyses of Emotional Change. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 217–241). Washington: APA.

Shatz, C. J. 1992. The developing brain. *Scientific American*, 267, 60–67.

Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional Development: The Development of Emotional Life in the Early Years*. New York, NY: Cambridge University Press.

Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development Psychology*. New York, NY: Basic Books.

Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York & London: W. W. Norton Company.

Stevens, F. L. (2019). Affect Regulation and Affect Reconsolidation as Organizing Principles in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(3), 277–290.

Sutter, M. (2007). *Differenzielle Veränderungsmuster im psychotherapeutischen Prozess*. Inauguraldissertation der Philosophisch-Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern, Schweiz. Abgerufen am 14. Mai 2021 consulté le 08.02.2024 : <http://docplayer.org/45842407-Differentielle-veraenderungsmuster-im-psychotherapeutischen-prozess.html>

Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Emotion-Focused Therapy. An Emotion-Focused Approach*. New York: Routledge.

Timulak, L. & Koegh, D., (2020). Emotion-Focused Therapy: A Transdiagnostic Formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 1–13.

Timulak, L. & McElvaney, J. (2017). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorders: An Overview of the Model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46, 41–52.

Timulak, L., Shigeru, I. & Elliott, R. (2019). Clinical Implication of Research on Emotion-Focused Therapy. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 93–110). Washington: APA.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119.

Tronick, E. Z. (1998). Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York, NY: Basic Books.

- van Gogh, V. (1988). *Lettres à son frère Théo*. Paris : Gallimard.
- Vrana, G. (2020). *Resolution of Self-Interruptive Processes*. Unpublished Doctoral Dissertation. York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Vygotsky, L. (1986). *Thought and Language*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Warwar, S. & Ellison, J. (2019). Emotion Coaching in Action: Experiential Teaching, Homework, and Consolidating Change. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.). *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 261–289). Washington: APA.
- Watson, J. (2019). Role of the Therapeutic Relationship in Emotion-Focused Therapy. In L.S. Greenberg & R.N. Goldman (Eds.), *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 111–128). Washington: APA.
- Watson, J. C. & Greenberg, L.S (2017). *Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety*. Washington: APA.
- Watson, J. C. & Kalogerakos, F. (2010). The Therapeutic Alliance in Humanistic Psychotherapy. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 191–209). New York: The Guilford Press.
- Watson, J. C., Chekan, S. S. & McMullen, E. (2017). Emotion-Focused Psychotherapy for GAD: Individual Case Comparison of a Good and Poor Outcome Case. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16, 118–139.
- Watson, J.C., Goldman, R. & Greenberg, L.S. (2007). *Case Studies in Emotion-Focused Treatment of Depression. A Comparison of Good and Poor Outcome*. Washington, DC: APA.
- Watson, J.C., Gordon, L.B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the Effectiveness of Process-Experiential with Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 773–781.
- Watson, J. C. & Wiseman, H. (Eds.) (2021). *The Responsive Psychotherapist. Attuning Clients in the Moment*. Washington: APA.
- Weiser Cornell, A. (2006). *Demonstration of Inner Relationship Focusing. Working with a Storytelling Client. Focusing Resources*. Abgerufen am 15. Mai 2021 von [www.focusingresources.com](http://www.focusingresources.com).
- Weiser Cornell, A. (2013). *Die Kunst des Annehmens. Leben und arbeiten mit Focusing*. Norderstedt: Books on Demand.
- Weston, J.L. (2018). *Protection from Dangerous Emotions: Interruption of Emotional Experience in Psychotherapy*. Dissertation. York University.
- Wiseman, Th. (1996). A Concept Analysis of Empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1162–1167.
- Wnuk, S. M., Greenberg, L. S. & Dolhanty, J. (2015). Emotion-Focused Group Therapy for Woman with Symptoms of Bulimia Nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 23(3), 253–261.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.