Psychothérapie en Analyse Transactionnelle (AT) d'un type d'anxiété.

Une recherche combinée utilisant 2 méthodes : n=1 + Etude de Cas Pragmatique :

Les Alliances Paradoxales avec Marie.

© Bernard Gentelet

Présentation:

Utilisant une opération thérapeutique originale qu'il a appelé 'Les Alliances Paradoxales', l'auteur a investigué l'efficacité de cette opération durant une psychothérapie en Analyse Transactionnelle (AT) d'une femme française de 41 ans, Marie, qui a participé a 2 modules de séances bi-mensuelles (24 séances puis 25 séances).
Le 1er module a eu lieu avant que l'auteur élabore l'opération thérapeutique des Alliances Paradoxales et n'a pas conduit à la guérison profonde de la patiente.
Le 2ème module, qui a eu lieu quelques mois après le 1er module et après que l'auteur ait élaboré l'opération thérapeutique des Alliances Paradoxales a permis à Marie de guérir profondément de ses crises d'angoisses.

Le CORE-OM (Evans, Mellor-Clark , Margison, Barkham, Audin, Connell and McGrath, 2000) ; le GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe) et le PHQ-9 (Spitzer, 1999) et le SRS (Duncan, 2003) ont été utilisés pour visualiser et aussi pour mesurer les bénéfices de cette thérapie.

Cette recherche est une recherche en Analyse Transactionnelle et se destine à être lue par la communauté internationale des analystes transactionnels ; les termes techniques sont donc issus du vocabulaire de l'Analyse transactionnelle et n'ont pas été traduits en termes généraux.

Mots clé:

Crise d'angoisse; recherche par une étude de cas; Alliances Paradoxales ; psychothérapie en Analyse Transactionnelle.

Introduction

Même si plusieurs études à grandes échelles ont montrées l'efficacité de la psychothérapie en Analyse Transactionnelle pour réduire l'anxiété (van Rijn, Wild and Moran, 2011; van Rijn and Wild 2013), il y a une carence dans la littérature classique en AT et dans la littérature de recherche an AT au sujet de “Comment traiter les crises d'angoisse et les crises paroxystiques de phobie”.

Le but de cette étude de cas a été d'investiguer le processus et les résultats d'une psychothérapie en Analyse Transactionnelle pour le traitement de crises d'angoisse répétitives.

Cette recherche est un mélange de 2 types de recherches : une recherche dite “pragmatique” et une dite “n=1” (McLeod, 2010).

C'est une recherche pragmatique dans le sens où elle étudie un problème pratique et particulier dans un contexte limité géographiquement et dans la durée ; plutôt que des données abstraites et quantitatives (Fishman, 1999).
Comme l'a dit Aveline (2005), cet écrit se veut être “*le support d'un dialogue qui informe et procure aux praticiens la valeur potentielle d'une façon particulière de travailler avec un certain type de patients. Et de recevoir des retours de ces praticiens sur cette façon de travailler*”.

Étant conscient qu'il peut être difficile pour l'auteur de cette étude de cas d'avoir une distance et un regard objectif en travaillant avec cette cliente; l'auteur a demandé à des psychologues qui ne sont **pas** d'orientation 'Analyse Transactionnelle' de lire et vérifier cette étude de cas d'un point de vue non AT et selon une perspective critique.

Cette recherche est aussi une recherche de type n=1 car elle pose des questions d'efficacité, en l'occurrence: “*Est ce que la thérapie de crises d'angoisse utilisant les Alliances Paradoxales est efficace*”.

Le but d'une recherche de type n=1 est d'être aussi précis que possible au sujet de 'quoi est la cause de quoi' . En d'autres termes le but d'une mesure valide et fiable d'une recherche de type n=1 est de rendre possible des affirmations au sujet de ce qui a changé, en réponse à une intervention spécifique dans une durée spécifique. Et donc si les changements chez Marie sont le résultat des interventions dont elle a bénéficié, et non le reflet d'une variable due au hasard.

Ainsi, comme Townend & Smith (2007) l'ont évoqué, cette étude de cas inclura l'utilisation d'instruments psychométriques administrés à Marie durant sa thérapie et dans la période post-thérapie de 9 mois.

Les mesures de ces tests psychométriques standardisés et auto-mesurés ont concernés les périodes :

- au début de la thérapie,
- à la fin de la 1ère 'tranche 'de thérapie,
- au début de la 2ème 'tranche ' de thérapie (qui a eu lieu quelques mois après),
- à la fin de la thérapie
- 3 mois après la fin de la thérapie
- 6 mois après la fin de la thérapie
- 9 mois après la fin de la thérapie
- un an après la fin de la thérapie

L'auteur a tenté d'aller au-delà de la simple affirmation de type "*Cette recherche montre que l'AT a été efficace de façon significative dans la réduction du trouble anxieux de Marie*". Il a tenté d'atteindre le point depuis lequel il est possible de dire quels éléments d'Analyse Transactionnelle et de l'approche du Mental Research Institute (Palo Alto, Californie) ont eu un impact sur le modèle anxieux présenté par Marie (Greshman, 1996).

Réflexions sur l'auteur

L'auteur est un psychothérapeute français, Certifié en Analyse Transactionnelle , titulaire d'un Master2 de psychothérapie (Middlesex University-Londres) et du Certificat Européen de Psychothérapeute, enseignant et superviseur en contrat en Analyse Transactionnelle ; travailleur libéral à son propre cabinet.

Durant l'apprentissage de son métier d'Analyste Transactionnel, l'auteur a remarqué combien les approches dites 'Relationnelles' en Analyse Transactionnelle (Hargaden & Sills, 2002) et l'approche paradoxale du Mental Research Institute (Bateson, 1971) , deux approches pour lesquelles il est formé, sont vues comme opposées par de très nombreux professionnels.

Il a pensé qu'il serait efficace de combiner ces deux approches en une opération thérapeutique puissante qu'il a appelé les Alliances Paradoxales. La terminologie et le fonctionnement de ces Alliances Paradoxales seront expliquées en détail tout au long de cette recherche.

Ensuite, il expérimenta empiriquement cette opération thérapeutique et fut étonné par son efficacité dans le traitement de crises d'angoisse et de certaines phobies comme l'agoraphobie, la claustrophobie et l'érythrophobie.

Durant la thérapie de Marie, l'auteur bénéficia d'une supervision de sa pratique mensuellement en groupe auprès de son superviseur principal qui est TSTA-P et utilise principalement l'approche Relationnelle en Analyse Transactionnelle. L'auteur a également participé à plusieurs ateliers de formation prodigués par un leader en approche Relationnelle : Bill Cornell. Mais l'auteur n'a pas pu trouver en France de superviseur utilisant l'approche du MRI. Donc il s'est fié à la littérature du MRI pour vérifier la validité de son travail selon cette approche. Il est ensuite allé au MRI à Palo Alto mais après la thérapie de Marie.

L'auteur a bénéficié également, tout au long de sa recherche, du soutien stimulant et avisé du Dr Mark Widdowson TSTA-P, son directeur de recherche, dont les livres en Analyse Transactionnelle sont mondialement connus et qui est professeur de psychothérapie et maître de conférence à l'Université de Salford (U.K).

L'auteur a choisi Marie pour cette étude de cas car

1) Du point de vue de Marie et de l'auteur, Marie était guérie en fin de thérapie;
2) Marie avait auparavant bénéficié d'un ensemble de 25 séances au cours desquelles les Alliances Paradoxales n'avaient pas été utilisées et qui s'est terminé par une non guérison complète de Marie;
3) Marie revint quelques mois plus tard et bénéficia d'un ensemble de 24 séances au cours desquelles les Alliances Paradoxales ont été utilisées, et qui s'est terminé par une guérison de ses crises d'angoisse.

La barrière du langage fut une difficulté constante au cours de cette recherche car l'anglais n'est pas la langue maternelle de l'auteur. Ainsi, il a souvent manqué de compétences anglophones pour décrire de manière subtile les processus thérapeutiques en jeu. Néanmoins, l'auteur espère avoir pu écrire cette recherche-étude de cas de telle façon que le lecteur anglais et français puisse entrer dans l'expérience vivante de la thérapie de Marie.
Ce texte en français, traduit de l'anglais, n'a donc pas les mêmes subtilités de langage que s'il avait été directement rédigé en français.

Transparence et procédures éthiques de cette étude:

Vu la grande sensibilité éthique associée aux recherches-étude de cas, l'auteur a demandé à Marie sa permission écrite pour cette publication. Cette autorisation se trouve dans les annexes de cette étude.

Il a également demandé à Marie de lire entièrement cette étude et d'attester par écrit que le nombre de séances, les dates, les historiques et les contenus thérapeutiques se sont réellement déroulés tels que décrits dans le texte. Cette attestation se trouve également en annexe.

Le prénom de Marie est bien sur un nom modifié pour cet écrit.

Lexicologie

Crise d'angoisse ou crise de panique: (moyenne des définitions relevées dans quelques ouvrages de psychologie):

« Se caractérise par une peur intense et incontrôlée chez la personne qui en est victime. Cette angoisse porte le plus souvent sur la crainte de mourir ou encore la peur de perdre le contrôle, devenir fou, sans possibilité de se raisonner tant que dure l'attaque de panique (de quelques minutes à plusieurs heures).

Le traitement de la crise d'angoisse à long terme repose sur le traitement du trouble sous-jacent. Le traitement des symptômes de la crise passe généralement par un traitement à base d'anxiolytiques » .

Note : cette recherche va montrer que le traitement des symptômes de la crise peut se faire parfois sans médication et que le traitement du trouble sous-jacent ne permet pas toujours le traitement de la crise d'angoisse.

MRI: Mental Research Institute. (Wikipedia définition)

Le MRI offre un modèle innovant pour une approche compréhensive de la thérapie brève, un modèle qui, en retour, a influencé les thérapie brèves dans le monde entier. Les applications continuelles de recherches et de développements théoriques ont répandu l'usage des concepts interactionnels dans les différentes communautés et le monde du travail. Des milliers de professionnels des USA et de toute la planète ont participé aux programme de formation du MRI.

Analyse Transactionnelle Relationnelle: (définition de M.Widdowson) :

Une approche d'Analyse Transactionnelle qui focalise sur l'émergence et l'analyse des processus inconscients dans la thérapie. S'opposant aux modèles comportementalistes de l'Analyse Transactionnelle, les thérapeutes relationnels recherchent les profonds processus de changement.../...de chaque instant dans une dynamique thérapeute-client (Widdowson, 2010)

Alliances Paradoxales :

Combinaison de 2 Alliances Paradoxales.

1. Alliance Paradoxale par la permission du symptôme :
   Habituellement, les clients viennent à nos cabinets pour se débarrasser de leur symptôme. A contrario et paradoxalement, utilisant l'approche de l'Analyse Transactionnelle Relationnelle, le thérapeute aide le client à sentir et comprendre comment et en quoi ses symptômes ont été une manière intelligente de s'adapter au monde dans lequel il a grandi. Ainsi, il permet au client de garder ses symptômes, à l'aide d'une transaction de type Parent Nourricier/Enfant Libre.

2 . Alliance Paradoxale par la prescription du symptôme :
   En utilisant l'approche du MRI dans une transaction de type Parent Contrôlant/Enfant Adapté, le thérapeute crée un choc dans l'esprit du client en lui prescrivant d'exprimer son symptôme immédiatement (ou plus tard mais à un temps déterminé). Plus de 9 fois sur 10, le client est incapable d'exprimer “à la demande” son symptôme et est choqué de cette incapacité. L'incontrôlable devient paradoxalement contrôlable, permettant au client de voir comment il peut avoir une prise paradoxale sur son symptôme.

Eidétique :

Se dit de tout ce qui concerne l'essence des choses, par opposition à ce qui a trait à la réalité sensible ou psychologique (Dictionnaire Larousse)

La cliente : Marie

Son enfance

Marie était une femme de 32 ans, travailleuse sociale, quand elle commença sa thérapie. Elle est venue au cabinet de l'auteur par le bouche à oreille.

Pour reprendre ses mots, elle vint en thérapie "*Pour se vider de quelque chose"*.

Elle s'habillait de manière classique, bougeant avec un peu de rigidité et de lenteur un corps équilibré, ni gros ni maigre.
Ses yeux étaient toujours en mouvement, scrutant tous les recoins du cabinet de l'auteur.
Sa respiration était superficielle et courte, placée principalement dans le haut de la cage thoracique.
Elle avait une amicale mais superficielle façon de créer le contact avec le thérapeute, utilisant un sourire de type 'émotion parasite' (Stewart, 2012) en décrivant toutes situations, même tristes.
Ses parents ont divorcé quand elle avait 7 ans.
Elle décrivit son père comme un homme absent, faible, adolescent et alcoolique. Elle ne l'a pas vu depuis son divorce d'avec sa mère jusqu'à ce qu'elle ait 22 ans et disait de lui à l'auteur : "*Pour moi, il n'est rien, j'en ai fait le deuil et ne veux plus le voir; je n'ai plus besoin de lui"*.
Toutefois, Marie décrivait sa relation avec son père, jusqu'à ce qu'il divorce, comme joyeuse et amusante "*Car c'était un comique fabuleux*".

Marie décrivit sa mère comme manipulatrice, adolescente, séductrice et femme 'pieuvre'. Quelque temps après son divorce d'avec son père, cette mère mis Marie et sa fratrie dans sa voiture, les conduisit jusqu'à mi-chemin entre sa maison et celle de son ex-mari, et dit à ses enfants : "*Maintenant vous choisissez entre moi ou votre père*". Ainsi, Marie choisit sa mère car elle ne voulait pas être séparée de ses frères et soeurs qui avaient tous choisi leur mère; sans cela, elle aurait choisit son père. Marie termina la description de sa mère en disant: "*Je voudrais l'abandonner, je voudrais ne plus faire partie de sa vie"*.
Marie illustrait la vie à la maison chez sa mère ainsi: *"On n'était jamais autorisé à se poser, il fallait toujours faire quelque chose; après le repas du soir je devais nettoyer la maison. Je faisais ainsi parfois mes devoirs à minuit, après avoir fait le ménage*".

Marie dit avoir de bonnes relations avec sa fratrie.

Elle dit avoir beaucoup aimé l'école où son caractère affairé, souriant et suradapté ravissait ses enseignants.

Eric:
Elle s'est mariée avec Eric, un homme 'terre à terre' qu'elle décrit comme "*Mon pilier stable quand les choses bougent trop*" . Elle décrivait son couple comme stable, même si des disputes le secouaient parfois, avec une profonde compréhension mutuelle, un profond soutien mutuel et une vie sexuelle et sociale épanouie.
Elle a eu 2 enfants avec lui.

Points forts:
Marie est une femme chaleureuse, facile à vivre et énergétique en dépit son anxiété latente. Elle est intelligente et était très désireuse d'entreprendre sa thérapie pour deux raisons:

1) Elle était épuisée de ses crises d'angoisse qui augmentaient en nombre;
2) Son amie qui avait obtenu de bons résultats psychothérapiques au cabinet de l'auteur lui avait vivement recommandé de consulter ce dernier.

   Marie a participé activement à sa thérapie, cherchant dans des livres et sur internet ce que sont des crises d'angoisse et comment les guérir.

Ces points forts l'ont aidé à recueillir de bons résultats pour sa thérapie.

Ressources et évènements extra-thérapeutiques:

Son mari : Comme Marie décrivit son mari en termes si élogieux, l'auteur choisit 'd'utiliser' ce pilier stable en tant que partenaire thérapeutique à la maison.
Cette aide sera détaillée plus loin dans cet écrit.

Son travail était et est encore une zone ressource importante pour Marie. En tant que travailleur social elle a participé à de nombreux groupes d'analyse de la pratique au cours desquels elle a pu discuter avec un psychologue et parfois un psychiatre de sa relation et de ses transactions avec les personnes qu'elle suivait. La réussite dans sa profession (elle est devenue cadre supérieur en fin de thérapie) a été vu par l'auteur comme un autre pilier stable dans sa thérapie.

Ces 2 piliers stables, son mari et son travail, ont contribué, en tant que ressources externes, au succès de sa thérapie.

PARTIE NARRATIVE DE CETTE RECHERCHE

Déroulement sommaire de la thérapie . Suivant le modèle de Bichi (2008), voici sommairement les principales étapes de la thérapie de Marie:

Le 1er ensemble de séances

1ère séance : établir le contact + diagnostic

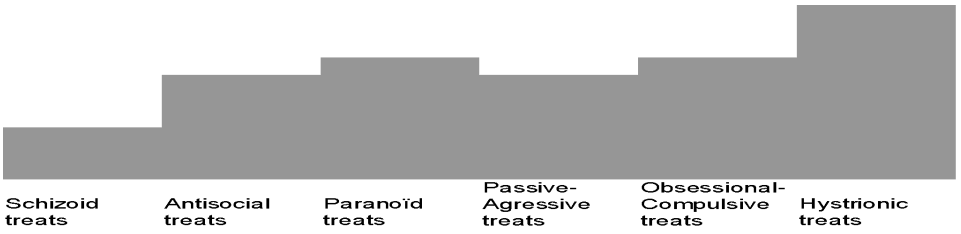
Cette session a été consacrée à la présentation: Marie s'est présentée elle-même, a présenté sa famille, sa vie sociale et l'historique de ses symptômes.

L'auteur a présenté sa façon de travailler et ce que signifie « être en thérapie». Il a également présenté à Marie, en fonction de ce qu'elle voulait faire dans son cabinet, les grandes lignes de son plan de traitement pour l'anxiété.

Marie voulait, dans un premier temps, «comprendre» pourquoi elle avait tellement d'angoisse, donc elle et l'auteur ont convenu de commencer la thérapie par le chemin de la compréhension.

A cette période, l'auteur ne connaissait pas les Alliances Paradoxales, donc son plan de traitement était principalement de réduire l'anxiété générale avec les concepts et les outils d'Analyse Transactionnelle habituels.

Étant à l'époque très impliqué dans le concept des adaptations de personnalités (Joines & Stewart, 2008a), l'auteur a demandé à Marie de compléter le test JPAQ (Joines & Stewart, 2002) pour la séance suivante.
Mesurant l'intensité des principaux traits de personnalité selon le DSM III (American Psychiatric Association, 1980), le résultat du test fut le suivant :



Ce tableau a facilement montré à l'auteur la structure portante de ces crises d'angoisse : ses traits histrioniques décuplaient (crise) ses peurs profondes enracinées dans ses traits paranoïdes (angoisse) heureusement jusque là contenus par ses traits obsessionnels (à son travail par exemple).

Voici quelques phrases dites par Marie au cours de sa thérapie illustrant ce tableau :

- *“Je me méfie de tout à tel point que j'ai peur d'être folle comme maman et d'être aussi méfiante qu'elle”* (structure paranoïde)
- *“Je suis devenue hystérique comme maman pour lui montrer que j'étais comme elle et faire en sorte qu'elle me regarde, qu'elle m'aime”* (adaptation histrionique (Joines, 2008b))

- *“Maintenant, je veux être parfaite pour ne pas ressembler à ma folle de mère”* (mécanisme de défense obsessionnel (Bergeret, 2000) ; Prescription “Sois parfaite” (Kahler, 1975)

Séances 2 à 6 : Etablissement du 1er contrat de thérapie

Marie, comme beaucoup de personnes qui présentent une défense obsessionnelle, choisi comme 1er objectif de thérapie : *“Je suis là pour comprendre qui je suis”*.
Le thérapeute accepta cet objectif qui devint ainsi le contrat de thérapie entre eux (Steiner, 1974).

Cette façon de travailler à l'aide de la compréhension permit à Marie de voir ce qu'elle appelait 'sa folie' depuis son état du Moi Adulte.
En adéquation avec sa défense obsessionnelle, l'auteur a choisi d'augmenter ce point de vue Adulte de façon à constituer une zone d'appui solide avant de regarder sa 'folie' depuis son état du Moi Enfant confus.
Marcher ainsi avec le client vers la Porte Visée (qui est 'compréhension' pour les défenses obsessionnelles) est vu par l'auteur comme une bonne manière de construire une solide alliance (Ware, 1983).
Ainsi, ces séances ont été utilisées par Marie à découvrir, souvent avec plaisir, les concepts et les théories comme les Etats du Moi, les Adaptations de Personnalité, la théorie des Prescriptions, etc...et comment ils peuvent expliquer sa 'folie'.
Ce fut une sorte de petite reproduction de ce que Berne recommandait à ses patients : suivre un 101 (formation de base de 2 jours en AT) au début de leur thérapie (Swede, 1977a).

l'Interrogation, la Spécification et la Cristallisation ont été les principales opérations thérapeutiques berniennes utilisées par l'auteur pendant ces séances (Swede, 1977b).

Séances 6 à 10: Investigation de ce que Marie appelait sa 'folie'.

Les précédentes séances avaient permis à Marie de parler de sa 'folie' de manière intellectuelle (Porte Ouverte (Ware, 1983)) puis de plus en plus de manière émotionnelle (Porte Visée (Ware, 1983)) ainsi que l'y encourageait l'auteur.

Ensuite, avant d'orienter le travail vers la déconfusion de son État du Moi Enfant au sujet de sa 'folie', l'auteur orienta son travail vers :

1. investiguer plus profondément cette peur de la folie
2. élaborer des protections contre ce risque de folie.

A part quelques théoriciens (Boyd,1980 ; Goulding,1972 ; Holloway,1973) qui ont rédigé quelques articles au sujet de la Fermeture des Issues Dramatiques du Scénario, il y a un manque de littérature en Analyse Transactionnelle sur la manière thérapeutique de protéger des clients qui envisagent la folie comme option scénarique.

Donc, suivant les recommandations de ces 3 auteurs, le thérapeute commença par circonscrire le risque de folie chez Marie en investiguant avec elle les situations dans lesquelles elle sentait qu'elle pourrait et pouvait devenir 'folle'.

Tout d'abord, Marie et l'auteur investiguèrent les éléments externes de ces situations tels que :

- les autres,
- leurs mots,
- leurs croyances (par exemple : "*Qu'est-ce que maman pensait en général de la folie ?"* ou *"Qu'est ce que pensait maman de son propre risque de folie ?"*).

Ensuite, ils analysèrent les transactions entre Marie et les autres durant son enfance et regardèrent comment ces transactions avaient influencé les croyances de Marie quand au risque de devenir 'folle'.

De même, ils scrutèrent minutieusement les croyances de Marie quant à sa propre santé mentale et sa 'folie'.

Cette méthode intellectuelle qui consistait à comprendre comment Marie avait construit ses croyances quand à sa 'folie' a constitué une façon interprétative de travailler ('Interprétation' est la 7ème opération thérapeutique bernienne (Swede, 1977b)) et a aidé Marie à décontaminer son État du Moi Adulte.
Mais elle a échoué, (au cours de cette première série de 25 séances) à déconfusionner son État du Moi Enfant, comme nous le verrons plus tard.

<u>Séances 10 à 15 : Déconfusion de C2 de Marie : l'engagement de non-folie.</u>

Les investigations, depuis son A2, de son risque de folie, ont précédemment permis à Marie de comprendre l'urgence de se protéger contre ce risque.

Pour l'aider à comprendre cette urgence l'auteur utilisa l'image du bateau : il expliqua à Marie que la thérapie peut être vue comme une sorte de voyage sur l'océan et que le métier de l'auteur est d'être un skipper l'accompagnant durant cette traversée.
Avant de commencer ce voyage, le skipper voit une fissure dans la coque. Il estime alors qu'il est dangereux d'aller en zone pélagique sans réparer la fissure. Il décide donc de la réparer.
La fissure représente le risque pour Marie de devenir 'folle' .Un des moyens de prévenir ce risque, de réparer cette fissure, et l'engagement de non-folie.

Marie fut ravie de cette image et accepta de mettre en place cet engagement de non recours à la folie comme issue scénarique (White, 2011).
Elle ne prit pas cet engagement depuis son A2 dès le début ; plusieurs tentatives furent nécessaires.
A chaque tentative, le thérapeute analysait minutieusement chaque petit signe de contamination de l'A2 de Marie :

« *De quelle zone de toi vient ce léger sourire quand tu as prononcé ton engagement de non recours à la folie ? » ;*
« Si ce léger sourire pouvait parler, que dirait il ? » ;
« Si ce léger sourire était une personne de ton enfance, qui serait il ? ».
et ainsi de suite.

Après ces quelques tentatives, Marie fut capable de prendre un engagement de non recours à la folie profondément ancré dans son A2.

Cet engagement fut aussi précédé d'une investigation minutieuse de

1) Ce que signifierait pour elle 'devenir folle' : quels actes elle poserait, etc...
2) Ce qu'il adviendrait d'elle si elle devenait 'folle' (hôpital psychiatrique, etc...)
3) Ce qu'il adviendrait des autres si elle devenait folle (de sa mère, de ses enfants,etc...)
4) Qui serait heureux ou triste si elle devenait 'folle'
5) etc...

Confrontation et Confirmation ont été les principales opérations thérapeutiques berniennes utilisées par l'auteur durant ces séances.

Séances 15 à 25 : Réduction du niveau général d'anxiété.

Ces séances furent employées à pratiquer l'approche dite 'Classique' de l'Analyse Transactionnelle (Widdowson, 2010).
Marie et l'auteur investiguèrent de nombreuses situations qu'elle n'arrivait pas à dénouer, aussi bien dans son travail qu'avec son mari ou sa mère.
Cet ensemble de séances décontamina principalement son A2 de ses préjugés (A2 contaminé par P2) et de ses croyances (A2 contaminé par P2).
Marie vit comment ces contaminations la conduisaient à des vécus douloureux de ces situations, générant en elle une anticipation négative des futures situations.

A la fin de cet ensemble de séance, Marie dit : « *Je ne suis plus effrayée par la folie ; je sais comment me débrouiller dans ma relation à ma mère et que faire face à elle ; je ne suis plus en symbiose avec mon mari* » .
Comme ces 3 points constituaient ces 3 derniers contrats de thérapie, le thérapeute et Marie se mirent d'accord pour arrêter sa thérapie.

Le lecteur verra, en lisant la suite, comment l'auteur fit une erreur en confondant « *je ne suis plus effrayée par **la** folie »* avec « *je ne suis plus effrayée par **ma** folie* » :

Commentaires de ce premier ensemble de séances

Ce premier ensemble a grandement aidé Marie à décontaminer son A2. Mais les outils utilisés n'étaient pas assez puissants et subtils pour déconfusionner son C1.
Ces séances apprirent à Marie comment faire face aux situations de la vie de tous les jours. Elles apprirent à Marie à réduire son niveau global d'anxiété en lui enseignant comment faire face ,différemment d'auparavant , à sa mère, son mari, etc...
Apprenant comment mettre en place des transactions différentes avec les autres, Marie, au cours des précédentes séances, a probablement plus appris à éviter l'anxiété qu'à la guérir.
Elle a appris comment éviter la bombe de l'angoisse mais elle n'a pas appris comment rester saine et sauve si cette bombe explose.

En effet, ces séances ne lui ont pas appris comment faire face aux situations exceptionnelles telles que la fois où elle a vécu une crise d'angoisse au cours d'une randonnée dans une zone très sauvage, quelques semaines après cet ensemble de séances.

Cette crise d'angoisse ,dans cette zone éloignée de tout, installa chez Marie une sorte de peur corporelle de sa 'folie' ; peur insérée dans son C1, peut être même dans son C0.

Cette sidération corporelle est vue par l'auteur comme le terreau des crises d'angoisse.

Si cette sidération a été vécue par Marie comme une expérience physique au-delà des mots, comment des mots pourraient ils l'atteindre ?

Comment des mots pourraient ils la guérir ?

Les patients qui ont vécu ce type de crise d'angoisse tellement intense qu'elle les faisaient tomber à terre lors de la phase paroxystique, l'ont très souvent décrite à l'auteur comme une bascule d'une peur 'pensée' à une peur 'corporée' .
Cette peur 'corporée', non pensée, correspond à la vision eidétique de Berne mais dans un versant pathologique (Berne, 1972).
Paraphrasant l'image bernienne de l'écharde dans le pied (Berne, 1971) ; quand une écharde est plantée dans une zone qui n'est pas accessible aux mots, comment les mots pourraient ils l'atteindre et l'extirper ?

L'auteur, qui est plongeur et a appris les bases de sauvetage de plongeurs qui paniquent quand il devient impossible de remonter vite à la surface à cause des paliers de décompression ; sait comment ce type d'expérience physico-psychique peut affecter grandement une personne quant à ses croyances profondes sur sa propre 'folie'.

Physiologiquement, ces peurs 'corporées' viennent de l'amygdale (celle qui est située dans le lobe temporal du cerveau, pas celles situées dans la gorge !) qui prend le contrôle des réactions de la personne, débranche le néocortex et maintient le dialogue interne à l'intérieur du système limbique (Gil, 2014).

En terme transactionnels, l'amygdale désactive l'A2, plaçant le C1 et/ou le C0 aux commandes en revivant une expérience corporelle non verbalisée d'enfance.

Deuxième ensemble de séances : Utilisation de l'Alliance Paradoxale

<u>Séance 26 + réflexions théoriques sur 'Pourquoi Marie revint en thérapie'.</u>

Quelques mois plus tard, Marie revint au cabinet de l'auteur.

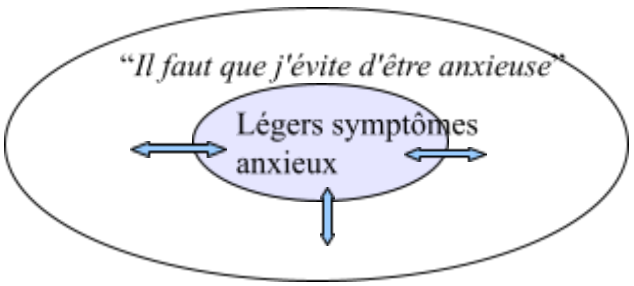
Insidieusement, la peur était revenue, sa peur de devenir 'folle'.

Une crise d'angoisse durant une randonnée dans une zone très reculée de l'île de le Réunion avait conduit Marie à contacter ce qu'elle appelait son 'monstre', sa peur de devenir 'folle', cachée profondément dans son C1 et/ou son C0.

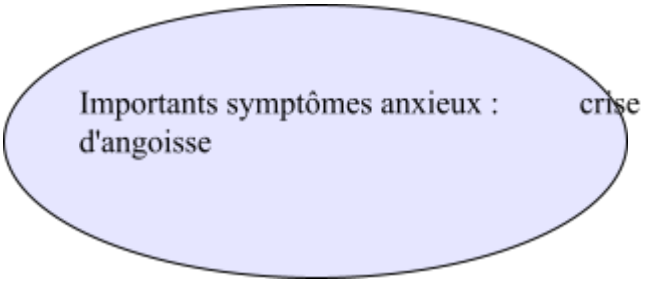
Durant cette crise d'angoisse, elle a commencé par sentir de légers symptômes anxieux dûs à l'éloignement de cet endroit : le premier village était à plusieurs heures de marche et la zone n'était pas couverte par les antennes de téléphones portables.
Alors elle commença à penser : « *Wahou, ça serait pas le bon endroit pour se sentir trop anxieuse* ! ».
Et elle commença à combattre ces légers symptômes .

Plus elle les combattait, plus, en réaction, ils augmentaient.

Voici ci-dessous le croquis de ce qu'a vécu Marie dans cette zone reculée.
Ses légers symptômes d'angoisse ont créé la pensée « *Wahou, ça serait pas le bon endroit pour se sentir trop anxieuse* ! ».
MAIS, en retour, cette pensée elle même alimenta, et donc augmenta, ces légers symptômes ; qui à leur tour renforcèrent cette pensée, et ainsi de suite...



Après quelques temps et à cause de ce mouvement d'aller et retour, les légers symptômes initiaux sont devenus :



L'auteur pense que ces légers symptômes anxieux ont été dus à sa personnalité anxieuse + à la zone éloignée de tout. Et que le problème résultant (crise d'angoisse) est dû au « *Il faut que j'évite d'être anxieuse* maintenant».

Il pense aussi qu'une personnalité anxieuse peut être partiellement apaisée mais ne peux pas être complètement traitée : si on plie une feuille de papier puis qu'on la déplie, le pli reste visible.

Allant plus loin l'auteur pense aussi que toute personne, même sans personnalité anxieuse, peut expérimenter des symptômes d'anxiété.

Ainsi, dans ce type de situation, le «*Il faut que j'évite d'être anxieux maintenant* » pourrait être le principal problème à circonscrire pour traiter la crise d'angoisse.

Pour l'auteur, ce « *Il faut que j'évite d'être anxieux maintenant»* est une question de vision eidétique des symptômes de l'angoisse.

Berne (1964) écrivit que le but du traitement par l'Analyse Transactionnelle est « *l'accession à l'autonomie qui est manifestée par la libération ou le recouvrement (*dans le sens de 'retrouver' : *'recovery'* dans le texte original *) de 3 capacités : conscience, spontanéité et intimité »*.
Et plus loin : « *la conscience est l'habilité …/... à (*par exemple) *écouter un oiseau selon sa propre vision, non la vision qui nous en a été enseignée* ». Sans cette conscience, « …/... *les gens voient et entendent 'de seconde main' ».*

Et quelques lignes plus loin : « *Physiologiquement, la conscience <u>est</u> la perception eidétique* ».

Cette puissante description de la conscience prodiguée par Berne pousse la réflexion à la frontière de la psychologie, de la philosophie et de la physique.

<u>Investiguons cette frontière :</u>

Einstein, dans sa théorie de la relativité, nous a montré comment tout, même le temps chronologique, est relatif.
Nos parents nous ont appris que le temps est non relatif mais logique : une heure ici = une heure là-bas ; mais une vision eidétique du temps nous montre qu'il est relatif : le temps dépend de la vitesse à laquelle nous nous déplaçons.
La vision eidétique du temps est donc de voir que le temps est relatif.
La vision non eidétique est de voir le temps comme on nous a appris à le voir: partout le même.
Se débarrasser de ce que l'on sait, de notre connu, permet donc d'accéder à la vision eidétique bernienne.
Cette vision eidétique de ses symptômes d'angoisse, complètement libérée de ce que le client en sait ; est au cœur du traitement à l'aide des Alliances Paradoxales.

Plus tard, un des élèves d'Einstein, David Bohm (un des co-inventeur de la physique quantique et passionné de neuropsychologie), entendit parler d'un philosophe anglais, J. Krishnamurti .
Ce philosophe arrivait à certaines conclusions identiques à la physique quantique et la neuropsychologie : les choses sont relatives au point de vue que l'on a d'elles.

Pour ce philosophe, seule une vision eidétique de ces choses, peut nous libérer de la peur de ces choses (Krishnamurti, 1956).
Ils co-écrirent le livre 'Les limites de la pensée' (Bohm and Krishnamurti, 1999) dans lequel ils démontrèrent les pièges de la pensée et le pouvoir de la vision eidétique des choses.

Krishnamurti était un philosophe anglais qui s'échappa d'une secte dans laquelle il avait grandit et consacra sa vie à lutter contre l'endoctrinement mental sous toutes ses formes.

Selon lui, la meilleure protection contre l'endoctrinement mental est la perception eidétique de toutes choses.

D'une manière surprenante , il disait presque mot à mot la définition de Berne et les mêmes exemples de la vision eidétique (Berne, 1964 ; Krishnamurti, 1956) .

Au cours des séances 35 à 40 ci-dessous, le lecteur pourra voir comment Marie a développé une vision eidétique de son angoisse.

Berne a peu développé la signification de cette vision eidétique des choses.

Steiner (1974b) alla plus loin en écrivant : « *la conscience requiert de vivre dans l'ici et le maintenant, et non ailleurs, dans le passé ou dans le futur. Pour un enfant, la conscience est seulement dans le présent immédiat, mais pour un adulte, être conscient inclus aussi la conscience de ce qui a été appris des expériences passées* ».

Probablement parce que ce concept de 'conscience' est positionné à la fois dans le champ de la psychologie et de la philosophie, il y a une carence de recherche sur la conscience au sens bernien du terme.
Habituellement, les philosophes ne sont pas très avides de recherches quantitatives.

C'est dommage car la diminution de la conscience, au sens bernien du terme, est probablement proportionnelle à l'augmentation des croyances.

Kahler (1979) a placé les croyances au cœur de la cure transactionnelle ; appelant les 4 croyances majeures 'les 4 mythes' :

« *Je peux te faire te sentir bien en pensant pour toi »*
« Tu peux me faire me sentir bien en pensant pour moi »
« Je peux te faire te sentir mal émotionnellement »
« Tu peux me faire me sentir bien émotionnellement »

Kahler rejoignit ainsi la vision de l'école transactionnelle dite 'de la redécision' (Goulding & Goulding, 1978) en disant plus tard à propos de son invention du mini-scénario :
« *Nous 'décidons' ce que nous ressentons »* (Kahler, 1979).

Si nous décidons, alors nous avons la possibilité de re-décider. (Widdowson, 2010b).

L'auteur pense que la re-décision, précisément la re-décision paradoxale est l'autre élément central du traitement de la crise d'angoisse.

Revenant à Marie, nous pouvons maintenant expliquer comment mettre en place cette re-décision paradoxale à l'aide de l'Alliance Paradoxale.

Durant son enfance, Marie décida, dans son A1 de se ressentir comme non-saine afin de recevoir la reconnaissance de sa maman (Injonction « *Ne sois pas saine d'esprit* » prodiguée par sa maman et introjectée dans le P1 de Marie).

Plus tard, afin de survivre psychiquement, Marie compensa cette injonction en se comportant selon la prescription « *Sois parfaite* ».

Cette prescription la conduisit à éviter de montrer toute manifestation de ce qu'elle pensait être la folie ; figeant ainsi Marie dans une position contre-scénarique (Berne, 1972) .

Mais tout le monde a une petite part de folie en lui !

L'addition Injonction + prescription plaça Marie alors dans un dilemme.

Ainsi, re-décider d'accepter sa part de folie permettra plus tard à Marie de résoudre ce dilemme.

C'est pour cela que lorsque Marie choisit comme objectif de thérapie « *Je suis ici pour me <u>débarrasser</u> de mes crises d'angoisse »* l'auteur lui expliqua qu'il ne pouvait pas l'accompagner vers un tel objectif :
« *Si j'accepte de vous accompagner vers cet objectif, vous risquez d'augmenter vos crises d'angoisse* ».
Alors, après une brève discussion, Marie choisit comme objectif de thérapie : « *Je suis là pour <u>gérer</u> mes crises d'angoisse* ».
Le thérapeute accepta cet objectif qui devint, par conséquent, leur contrat de thérapie.

<u>Séances 27 à 34 : Accompagner Marie vers une vision eidétique de son angoisse.</u>

Quelques séances furent utilisées à rétablir, en utilisant les outils d'Analyse Transactionnelle Relationnelle, l'alliance thérapeutique mise en place durant le 1er ensemble de séance.

Dans un mode de travail dit « Psychologie-deux-personnes » selon le modèle de Stark (Stark, 2000), l'auteur aida Marie à comprendre et sentir comment elle avait construit ses croyances à propos de sa folie et comment cela lui avait permit d'obtenir la reconnaissance de sa mère.

En d'autres mots, comment ses symptômes étaient bien adaptés à sa situation passée et, donc, comment elle pouvait les remercier plutôt que les critiquer ou les combattre.

Berne n'a pas décrit de quel Etat du Moi vient la vision eidétique.
Nous pourrions dire qu'elle vient de l'A2, dans une définition stricto sensu de la Néo-Psyché : être conscient des choses et les voir comme si elles étaient complètement nouvelles.
Berne appelait ce positionnement et cette vision 'être martien' ; comme un martien qui arriverait pour la 1ère fois sur terre et découvrirait comment fonctionnent les humains.
Ce martien ; entendant par exemple une mère en colère dire ironiquement à son enfant qui vient de renverser son yaourt : « *He ben, t'as encore fait du beau travail* » ; remonterait dans sa soucoupe et dirait aux autres martiens : « *Sur terre, c'est bien de renverser son yaourt ».*

Et c'est justement ce message paradoxal et martien qu'entend l'enfant, lui qui n'a pas accès aux subtilités du langage et voit le monde de manière eidétique !

La vision eidétique requiert donc de l'observateur de se libérer de ce qu'il sait (Krishnamurti, 2010) et requiert que l'A2 soit libre de ses deux principales contaminations : Croyances et préjugés.

Nous pourrions aussi dire que la vision eidétique vient de C1, car cette vision requiert de voir le monde en utilisant uniquement les sens, sans l'allégeance aux Injonctions du P1 et sans l'irruption des décisions de l'A1.

Etre capable de voir ses symptômes avec une vision eidétique, c'est à dire sans essayer de s'en débarrasser, fut complètement paradoxal pour Marie.

Par la suite, l'auteur continua d'entraîner Marie à voir son anxiété avec cette vision eidétique, c'est à dire sans essayer d'éviter les symptômes de cette anxiété, sans essayer de les calmer, juste en les observant dans son corps, dans sa respiration, dans ses émotions.

Dès que Marie se sentait anxieuse dans une séance, l'auteur et Marie observaient la compulsion d'évitement des symptômes chez Marie, ainsi que le processus selon lequel plus Marie mettait en place cet évitement, plus l'anxiété augmentait.
Marie compris alors pourquoi lorsque d'autres thérapeutes ou médecins lui avaient demandé de 'se calmer', ses symptômes avaient augmentés. Au point de nécessiter une hospitalisation en urgence.

La compulsion d'évitement était alors chez le patient mais aussi chez le soignant, ce dernier concourant bien malgré lui à l'augmentation des symptômes de Marie jusqu'à ce que, de guerre las, il utilise la chimie qui tranchait le problème sans le résoudre.

Marie observa que, lorsqu'elle avait recours à la vision eidétique dans une séance, une zone de calme se développait , selon ses mots, “ *quelque part en moi* ”.

<u>Séance 34 :</u>

Ce fut une séance de couple, l'auteur et Marie invitèrent son mari pour, selon les mots de Marie “*Lui expliquer comment être et quoi faire avec moi quand j'ai une crise d'angoisse”*.

La collaboration fut efficace et son mari accepta de ne pas calmer les symptômes de Marie pendant ses crises d'angoisse.
Il accepta d'être juste 'présent' dans ces moments là et d'offrir à Marie une chaleureuse et solide présence relationnelle.

Puis l'auteur proposa à Marie de joindre un de ses 4 groupes de thérapie.

Séance 35 à 40 : Augmenter la 1ère Alliance Paradoxale en groupe.

Marie était maintenant suffisamment entrainée à avoir une vision eidétique de ses symptômes.
L'auteur utilisa les premières séances de groupe pour augmenter l'accompagnement corporel de Marie en l'aidant à aller de plus en plus loin dans le vécu de ses symptômes d'angoisse.
Il n'avait pas fait cela pendant les séances individuelles car cet accompagnement nécessite de toucher la patiente; et être touchée physiquement par le thérapeute peut générer des interprétations sexuelles chez une femme.
Ainsi, la position de ' témoin ' des autres membres du groupe réduit fortement ces possibles interprétations.

Utilisant l'approche Transactionnelle Relationnelle de Bill Cornell, l'auteur construisit un contenant sécure dans lequel Marie expérimenta , selon ses mots, "*le monstre*", c'est à dire : " Aller jusqu'au fond de ma crise d'angoisse physiquement, émotionnellement, sans rien retenir ni éviter" .

Ensemble, Marie et l'auteur allèrent de plus en plus profond dans sa sensation d'anxiété et sa peur de sa folie.

Parfois, Marie criait " *Je suis en train de tomber dans un puits, je suis effrayée et pétrifiée par ce qu'il y a dedans".*
Parfois, elle s'accrochait aux mains du thérapeute en criant :" *Si je vais dedans, est-ce que je pourrai en revenir ?" ; "Que ce passera-t'il si je ne peux pas en revenir ?".*

A chaque fois, le thérapeute l'accompagnait vers 'ce qui se passerait si elle ne pouvait pas revenir de sa crise d'angoisse' : comment il appellerait les urgences psychiatriques; comment il rencontrerait le psychiatre pour lui expliquer ce qui était arrivé à Marie; comment il rendrait visite à Marie à l'hôpital psychiatrique; etc...

Le sens de cette manière de travailler était de permettre à Marie d'intégrer, dans son C1, comment l'alliance entre le thérapeute et elle ne serait pas détruite par sa 'folie'.
Ils firent donc cet exercice de "*qu'est-ce qu'il se passerait si..."* plusieurs fois.

Parfois, expérimentant le profond contact avec son 'monstre', Marie tendait tellement son corps qu'il lui devenait difficile de respirer, criant au thérapeute : "*Je vais mourir, je n'arrive pas à respirer* " .
A chaque fois, à chaque minute, à chaque seconde, le thérapeute était proche d'elle physiquement procurant un contenant de son corps à elle avec son corps à lui, de sa voix à elle avec sa voix à lui; de ses pensées à elle avec ses pensées à lui, de sa respiration à elle avec sa respiration à lui.

Une fois, durant ce travail, elle ré-expérimenta une situation d'enfance quand elle avait 6 ans. Étant restée seule à la maison car ses parents étaient à l'extérieur pour quelques raisons, se sentant si terrifiée dans cette solitude elle se mit à craindre de mourir si elle ne parvenait pas à calmer sa terreur grandissante.

Après quelques incursions vers ce qu'elle appelait son 'monstre' (l'auteur pense que Marie vit ce monstre quand elle avait 6 ans, laissée seule dans la maison), Marie devint de plus en plus capable d'aller dans son C1, où son 'monstre' était localisé, tout en gardant le contact avec son A2.

L'auteur interpréta cela comme un signe de décontamination de son A2 par son C2, via son C1.

Non seulement Marie était capable maintenant de voir et de comprendre, depuis son A2, ce qui se passait durant ses régressions ; mais elle était aussi maintenant capable de communiquer parfois depuis son A2 tout en régressant vers son C1 (" *En ce moment, je suis en train de ressentir les mêmes sensations corporelles que quand j'avais 6 ans ").*

Le thérapeute interpréta cela comme une dé-confusion de son C1.

Séances 40 à 48: Mise en place de la 2ème Alliance Paradoxale avec les symptômes.

Constatant que son A2 était suffisamment accessible durant les régressions, l'auteur orienta le traitement vers une autre Alliance Paradoxale:

Une fois, durant une séance, un autre client, montrant une forte émotion, parla de comment il avait été abandonné par son père à la maison.
Entendant cela, Marie commença à ressentir les symptômes d'une crise d'angoisse.

Alors le thérapeute, délaissant quelques instants l'autre client, suggéra à Marie : "*C'est OK de faire une crise d'angoisse au cours de cette séance Marie.Je te suggère même de la faire tout de suite plutôt que dans quelques minutes" .*

Marie fut surprise de cette demande paradoxale.

Cette demande créa un choc (Kourilsky, 2008) en Marie. Ce choc était du même type que celui que créait Watzlawick (1988) en ses patients quand ils leur prescrivait leurs symptômes jusqu'à ce qu'ils perçoivent ennuyeux ces symptômes.

Quand Watzlawick utilisait cet opération thérapeutique qu'il appelait 'la prescription du symptôme' avec ses patients, le but était de rassasier, voire gaver, les patients avec leurs symptômes de manière à ce qu'il les laissent tomber.

La transaction thérapeutique de Watzlawick venait de son Parent Contrôlant.

Mais quand l'auteur; d'une manière identique et différente à la fois de la manière de Watzlawick; suggéra à Marie d'augmenter immédiatement ses symptômes, il s'agissait d'une permission et d'une prescription en même temps.
Ainsi, cette 2ème Alliance Paradoxale pourrait être appelée 'La permission active du symptôme' ou ' La prescriptive permission du symptôme ' .

Cette permission active du symptôme est, pour l'auteur, davantage qu'une acceptation car le thérapeute active son Parent Nourricier et son Parent Contrôlant en même temps.

Ainsi, pour en revenir à Marie, après que le thérapeute lui ait simultanément autorisé et demandé d'accélérer une crise d'angoisse imminente, Marie essaya, essaya encore, et échoua.

Elle fut choquée : "*C'est étrange, c'est la première fois que j'expérimente fortement ces symptômes sans aller jusqu'à la crise d'angoisse" . " J'ai l'étrange sensation de perdre et gagner à la fois" .*

Alors, durant les séances suivantes, le thérapeute demanda à Marie d'augmenter ses symptômes jusqu'à la crise d'angoisse chaque fois qu'il la voyait montrer les prémices de ces symptômes.

A chaque fois, elle échoua.

Une fois, elle dit : " *En fait, je n'arrive pas à augmenter mes symptômes parce que le groupe et le thérapeute sont là, donc je me sens en sécurité"*.
Alors le thérapeute lui demanda de toujours avoir sur elle un petit carnet (ce carnet devint la matérialisation et le symbole de son A2) et de pratiquer le même exercice ' d'augmentation des symptômes' quand elle serait seule.

Et il lui demanda d'écrire, en même temps qu'elle pratiquerait cet exercice, ce qu'elle ressentait dans son corps, dans sa respiration, dans ses pensées, etc...
Marie essaya, essaya encore, et échoua à aller jusqu'à la crise d'angoisse en dehors de la salle de thérapie.

Après quelques tentatives, elle résuma ainsi la situation devant le groupe : "*OK, je comprends maintenant que plus j'essaie d'éviter mes symptômes, plus ils augmentent et, bizarrement, plus je m'autorise à les augmenter, plus ils diminuent. Je suis en train de voir que j'ai maintenant un levier sur eux, d'une manière étrange, mais c'est quand même un levier. Ce levier est complètement bizarre mais il fonctionne et c'est le principal".*

Le thérapeute interpréta l'explication de Marie comme un autre signe de décontamination de son A2 et il pensa que cette actuelle décontamination avait été rendue possible par la dé-confusion de son C1 réalisée auparavant.

Durant les séances suivantes, le thérapeute vérifia l'intégration de sa compréhension chez Marie en observant comment, dans la vie de tous les jours, Marie se permettait et même se suggérait elle-même d'augmenter ses symptômes...et comment elle échouait et gagnait paradoxalement en même temps.

Voyant que Marie était capable d'appliquer à elle-même, dans presque toutes les situations, cette opération thérapeutique paradoxale, elle et son thérapeute estimèrent qu'elle avait atteint son objectif à plus de 80%.

Donc ils estimèrent qu'elle était guérie.

Les séances 48 et 49 furent passées à se réjouir, avec le groupe, de sa guérison.

PARTIE QUANTITATIVE DE CETTE RECHERCHE

Le questionnaire HAT (Aspects Aidants de la Thérapie) (NREP, 2000) :

C'est un bref questionnaire ouvert complété par les clients à la fin de chaque séance.
Il est demandé aux clients de décrire avec leurs mots l'aspect, ou le moment, le plus aidant de la séance, et de coter l'intensité de cette aide.
Il leur est demandé de faire de même avec l'aspect, ou le moment, le plus gênant de la séance.

Le tableau ci-dessous montre comment, travaillant avec l'auteur qui utilise les Alliances Paradoxales, une séance est aidante, ou gênante, selon le point de vue du client.

Ce questionnaire HAT a été soumis à tous les clients de l'auteur pendant une période qui recouvrait 200 séances.

Les 129 + 102 réponses “Très aidant” montrent les aspects soutenant des Alliances Paradoxales.

Les seulement 7 réponses “Très gênant” montrent la faible teneur en aspects négatifs.

Datas from 200 HAT forms

Décrivez en quelques lignes le moment le plus aidant, pour vous, de la séance. Puis faites de même pour le plus gênant.			Gènants				Neutral	Aidants			
			Extremely	Greatly	Moderately	Slightly		Slightly	Moderately	Greatly	Extremely
A combien fut aidant ce moment de la séance ?			x	x	x	x	0	6	21	129	41
Est ce que une autre chose **aidante** a été vécue pendant la séance + a combien a-t'elle été aidante ?	No= 46	Yes= 151	x	x	x	x	0	6	22	102	21
Est ce qu'une chose **gênante** a été vécue pendant la séance + a combien a-t'elle été gênante ?	No= 153	Yes= 40	3	7	18	12	0	X	X	X	X

A quel moment de la séance cela a-t'il eu lieu ?		Beginning	Middle	End	all the session
		47	107	39	5

Combien de temps a-t'il duré ?	All the session	0 to 5 Mn	5 to 10 Mn	10 to 20 Mn	20 to 30 Mn
	21	44	35	56	37

L'échelle d'évaluation de la séance (SRS) (Duncan, 2003):

Un exemplaire de ce questionnaire se trouve en annexe de ce texte.

Cette échelle (SRS v.3.0) (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown and Johnson, 2003) est une mesure auto-évaluée mise en place à la fin de chaque séance par le client à l'aide de 4 items:

Je me suis senti(e) entendu(e), compris(e) et respecté(e)
Nous avons travaillé sur, et parler de ce sur quoi je voulais travailler et parler
L'approche du thérapeute me correspond bien
Globalement, c'était une bonne séance pour moi aujourd'hui

Chaque item est coté de 1 à 10, 1 étant le minimum et 10 le maximum.

L'auteur a demandé à la totalité de ses clients de remplir anonymement ce questionnaire à la fin de chaque séance alors qu'il travaillait avec les Alliances Paradoxales en filigrane de sa pratique.
En filigrane signifie que l'auteur utilisait également d'autres outils.

Le résultat fut une moyenne, pour 100 questionnaires, de :

Je me suis senti(e) entendu(e), compris(e) et respecté(e) : 9,18 / 10
Nous avons travaillé sur, et parler de ce sur quoi je voulais travailler et parler : 9,12 / 10
L'approche du thérapeute me correspond bien : 9,3 / 10
Globalement, c'était une bonne séance pour moi aujourd'hui : 8,9 / 10

Ces résultats sont très positifs, spécialement pour la question "*L'approche du thérapeute me correspond bien »* qui obtient le meilleur score.
Ce meilleur score montre à quel degré est bien perçue l'approche du thérapeute pendant laquelle les Alliances Paradoxales sont utilisées comme filigrane du traitement psychothérapique.

De plus, l'auteur a demandé de remplir non anonymement ce questionnaire SRS a un panel de 10 clients venant à son cabinet pour traiter leurs crises d'angoisse et/ou leur phobies .
Mais avec ce panel, il travailla spécifiquement et uniquement avec les Alliances Paradoxales, c'est à dire sans autre opération thérapeutique, durant 10 à 20 séances (nombre variable selon le client).
Les résultats furent une moyenne de:

Je me suis senti(e) entendu(e), compris(e) et respecté(e) : 8,5 / 10
Nous avons travaillé sur, et parler de ce sur quoi je voulais travailler et parler : 8,5 / 10
L'approche du thérapeute me correspond bien : 9,5 / 10
Globalement, c'était une bonne séance pour moi aujourd'hui : 8,5 / 10

Ces résultats spécifiques pour 10 clients sont inférieurs aux résultats généraux pour 100 séances; à l'exception de la question "*L'approche du thérapeute me correspond bien »* qui obtient un meilleur score.

Cet écart entre général et spécifique tendrait à montrer qu'une séance utilisant uniquement et seulement les Alliances Paradoxales comme opération thérapeutique est perçue par le client comme légèrement plus difficile et légèrement plus directive. L'auteur recommande donc d'utiliser les Alliances Paradoxales en alliage avec d'autres opérations thérapeutiques.

Le CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure):

Un exemplaire de ce questionnaire se trouve en annexe de ce texte.

Le CORE-OM est une mesure générique de la détresse psychologique du patient mesurée selon 34 items.
Il comprend 4 domaines:

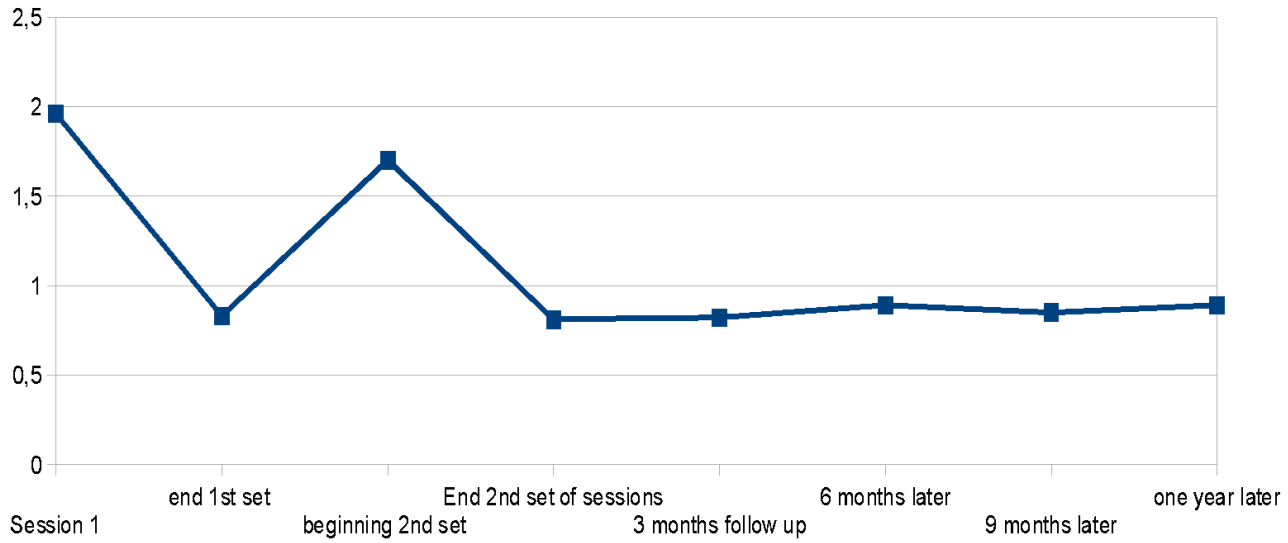
- Bien-être (4 items)
- Symptômes (12 items)
- Fonctionnement (12 items)
- Risques (6 items)

Il est décrit en détail sur le site internet : http://www.coreims.co.uk

Marie a rempli ce questionnaire aux 7 points suivants de sa thérapie:

- Au début de sa thérapie
- A la fin du premier ensemble de séances
- Au début du deuxième ensemble de séances (lorsqu'elle est revenue en thérapie quelques semaines plus tard)
- A la fin de sa thérapie
- A une séance de vérification par internet 3 mois plus tard
- A une séance de vérification par internet 6 mois plus tard
- A une séance de vérification par internet 9 mois plus tard
- A une séance de vérification par internet un an plus tard

Le tableau suivant montre le score de Marie



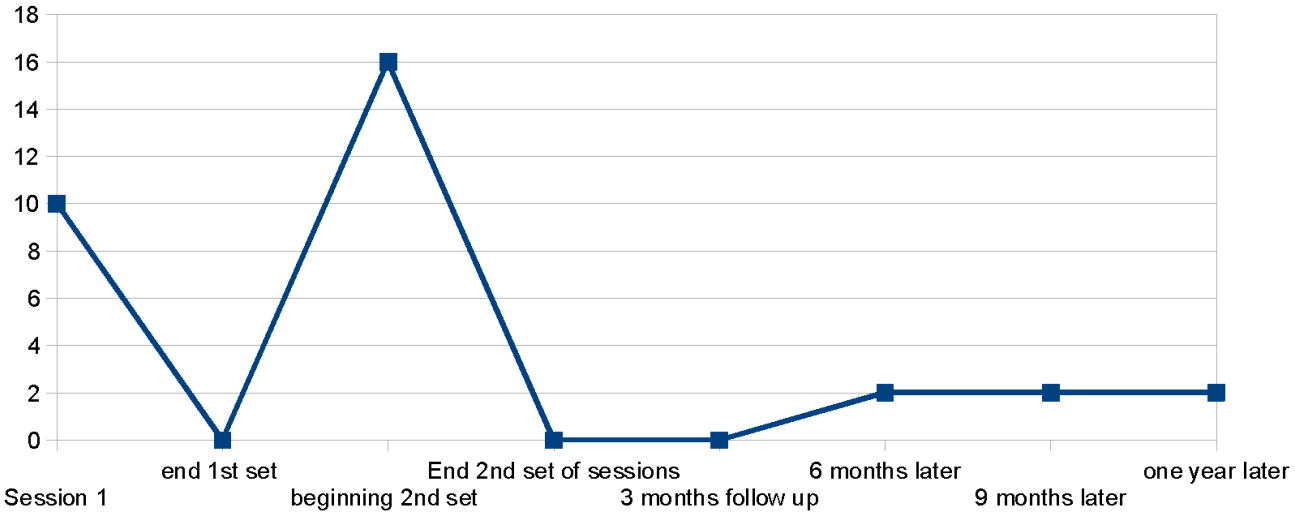
Observations:
Le score moyen d'une personne “cliniquement souffrante” pour la moyenne de la population est de 1,86 (source : CORE-IMS)
Le score moyen d'une personne “non cliniquement souffrante” pour la moyenne de la population est de 0,76 (source : CORE-IMS)

Le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Un exemplaire de ce questionnaire se trouve en annexe de ce texte.

Le PHQ-9 est un test psychométrique de mesure du taux de dépression.
Il est décrit en détail sur le site des laboratoires Pfizer: http://www.phqscreeners.com/

Marie a rempli ce questionnaire aux même stades de sa thérapie que pour le CORE-OM.
Le tableau suivant montre les scores pour ses réponses:



Observations:

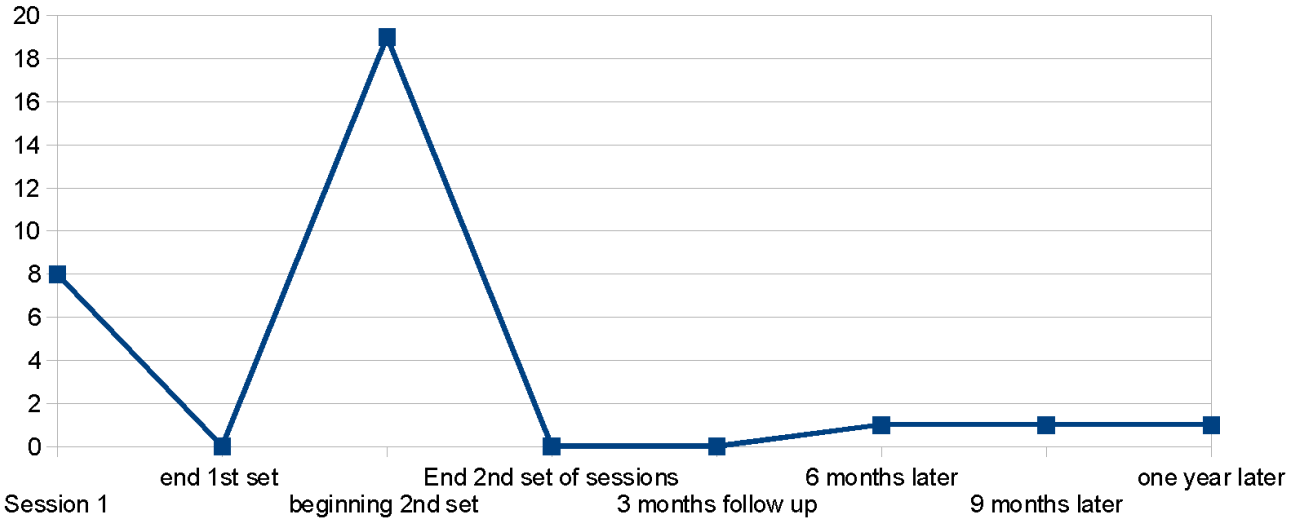
Dépression minimum = 0 à 4
Dépression légère = 5 à 9
Dépression modérée = 10 à 14
Dépression modérément sévère = 15 à 19
Dépression sévère = 20 à 27

Le GAD-7 (Generalised Anxiety Disorder) :

Un exemplaire de ce questionnaire se trouve en annexe de ce texte.

Ce questionnaire auto-administré et facile à utiliser est un outil de mesure du trouble anxieux généralisé.

Marie l'a rempli aux même stades de sa thérapie que le CORE-OM.
Le tableau suivant montre les scores pour ses réponses:



Observations:

Normal = 0-4
Léger = 5-9
Modéré = 10-14
Sévère = 15-21

Processus d'opinion:

Cette recherche a été envoyée à 10 psychologues et psychanalystes avec ces questions adjacentes :

1) Dans quelle mesure croyez-vous que Marie a surmonté ses problèmes d'anxiété (de 1 à 10 : 1 pas du tout, 10 complètement)

2) Quels éléments de cette recherche avez-vous utilisé pour en venir à cette conclusion ?

3) Quelles interventions ou moments significatifs de sa thérapie ont, pour vous, entraînés des changements dans le sens de la guérison chez Marie ?

4) A combien évaluez vous que l'intervention thérapeutique de l'Alliance Paradoxale a été aidante pour la résolution des problèmes de Marie ? (de 1 à 10)

5) Quels éléments de cette recherche avez-vous utilisé pour venir à cette conclusion ?

De manière à atténuer le biais potentiel de vouloir faire plaisir à l'auteur qui est analyste transactionnel, ce questionnaire a été envoyé à des psychologues qui ne pratiquent **pas** l'Analyse Transactionnelle mais qui travaillent dans le champ de la Psychanalyse.

Il n'est pas possible de déduire des résultats quantitatifs des réponses qualitatives N° 2, 3 et 5 ; aussi il est suggéré au lecteur d'aller consulter les réponses de 6 de ces psychologues dans les annexes de ce texte.

Mais il est possible d'obtenir une réponse quantitative des questions 1 et 4. Voici ces moyennes :

1) Dans quelle mesure croyez-vous que Marie a surmonté ses problèmes d'anxiété (de 1 à 10 : 1 pas du tout, 10 complètement)

Moyenne ses réponses : 8

4) A combien évaluez vous que l'intervention thérapeutique de l'Alliance Paradoxale a été aidante pour la résolution des problèmes de Marie ? (de 1 à 10)

Moyenne des réponses : 8,33

Ces moyennes importantes montrent que, venant de professionnels qui ne sont pas du tout impliqués dans le champ de l'analyse Transactionnelle, l'efficacité des Alliances Paradoxales est élevé.

Conseils pour les analystes transactionnels qui souhaitent utiliser les Alliances Paradoxales :

Limites importantes:

Assurez vous de bien connaître la différence entre une crise d'angoisse et une bouffée délirante ainsi que de savoir diagnostiquer cette différence. Il serait très dangereux d'utiliser les Alliances Paradoxales avec une personne ayant eu une bouffée délirante. En cas du moindre doute, demandez assistance à un psychiatre.

Les Alliances Paradoxales peuvent être utilisées avec des clients névrosés mais ne doivent PAS être utilisées avec des clients comportant quelques éléments psychotiques.

En termes d'AT, assurez vous, lorsque vous mettez en place la première Alliance Paradoxale ; au cours de laquelle vous accompagnez le client à intensifier sa crise d'angoisse ou son attaque de phobie ; que l'A2 du client est toujours accessible, même lorsque le client régresse dans son C1.

Soyez patients, travaillez lentement; un proverbe dit que "*on ne fait pas venir le printemps en tirant sur les bourgeons*". Gardez à l'esprit que l'Analyse Transactionnelle, surtout l'école Relationnelle, n'est pas un thérapie brève. Certaines étapes des Alliances Paradoxales peuvent durer plusieurs mois.

Ne travaillez pas avec les Alliances Paradoxales si vous avez le moindre doute sur la solidité de l'alliance entre le client et vous.

En termes psychanalytiques, gardez à l'esprit que vous travaillez là avec les défenses du client et que cela peut conduire à deux sortes de risques (Jeanclaude, 2010) :

Le risque le plus léger serait, si vous mettez en place trop rapidement la première Alliance Paradoxale, un déplacement du symptôme . (Freud : "*Ignorer l'étiologie en supprimant la phobie par le conditionnement ou la médiation conduit à un déplacement du symptôme" .* (Jeanclaude, 2008)).

Le risque le plus lourd pourrait être un débordement de la personnalité par une augmentation du problème psychosomatique. (Freud : "*Le symptôme est vital tant que la pulsion sous-jacente qui y est véhiculée ne peut pas trouver d'objet-but"* (Jeanclaude, 2008)) .

Comment mettre en place les Alliances Paradoxales, pas à pas :

1. Passez quelques séances à aider le client à découvrir comment ; dans le monde au sein lequel il a grandit avant l'âge de 10 ans ; ses symptômes furent une bonne adaptation à ce monde ; comment ils l'ont aidé à survivre à cette situation.
   Répétez parfois, au cours de la thérapie, cette investigation jusqu'à ce que le client non seulement accepte ses symptômes mais reconnaisse comment ils ont été bien adaptés.

   Cela constitue la première Alliance Paradoxale : l'alliance avec le symptôme.

2. Utilisez la majeure partie de la thérapie à réduire le niveau global d'anxiété avec votre approche préférée (AT Relationnelle, Gestalt, Psychanalyse, etc...).
   Vérifiez objectivement cette réduction à l'aide du CORE-OM, du GAD-7, du PHQ-9 ou tout autre outil de mesure psychométrique de votre choix. Méfiez vous des vérifications subjectives qui sont souvent le terreau d'éléments contre-transférentiels.

3. Créez durant quelques séances les conditions dans lesquelles le client développe habituellement une crise d'angoisse ou une attaque phobique. Ensuite, dès qu'il en montre les premiers symptômes, demandez lui et autorisez le simultanément, à la fois depuis votre Parent Contrôlant et votre Parent Nourricier, d'augmenter ses symptômes.
   Soyez créatifs ! Utilisez ce que vous pouvez pour recréer ces conditions anxiogènes. Par exemple, l'auteur se souvient avoir attendu devant la porte des toilettes de son cabinet, un tournevis à la main, pendant qu'un patient claustrophobe s'était volontairement enfermé dans ces toilettes pour pouvoir lui décrire ce qu'il ressentait dans le noir exigu.

   Ceci est la deuxième Alliance Paradoxale.

4. Après avoir pratiqué maintes fois l'étape précédente, demandez au client de se mettre lui-même graduellement dans des situations anxiogènes, en dehors de votre lieu professionnel, accompagné d'une personne de confiance (sa compagne, son conjoint, etc...) et de volontairement laisser venir la crise d'angoisse ou l'attaque de phobie.
   Avant de pratiquer cela, entraînez cette personne de confiance à ' comment être et faire face à une personne qui développe une crise d'angoisse ou de phobie ' .
   Demandez au client d'écrire en détail ce qu'il ressent au fur et à mesure de cette crise afin de garder son A2 activé.

5. Optionnel : durant la première séance, demandez au client de répondre aux questionnaires CORE-OM + GAD-7 + PHQ-9 de façon à pouvoir vérifier, en fin de thérapie, les résultats objectifs de votre travail.

6. Optionnel : à chaque séance, demandez à votre client de remplir le SRS (opération thérapeutique d'évaluation de séance) afin de pouvoir vérifier s'il y a une réelle différence entre les séances pendant lesquelles vous utilisez les Alliances Paradoxales et les séances pendant lesquelles vous ne les utilisez pas.

Conclusion:

Au vu :

- des éléments psychothérapiques contenus dans la partie narrative de cette recherche;
- des éléments théoriques commentant et expliquant cette partie narrative;
- de la partie quantitative et des éléments mis en lumière par les différents questionnaires;
- du processus d'opinion évalué par d'autres psychologues;

Nous pouvons affirmer que cette étude fournit suffisamment d'évidence que les Alliances Paradoxales ont été efficaces dans la guérison des crises d'angoisse de Marie.

Pour l'avenir:

Cet écrit suggère la nécessité de recherches plus larges en psychothérapies basées sur l'Analyse Transactionnelle et focalisant sur des données quantitatives, avec un large panel de clients souffrant de crises d'angoisse ou de phobies,.

Un petit mot de Marie pour les autres chercheurs en AT :

L'auteur a demandé à Marie ce qu'elle aimerait dire de son expérience de guérison de ses crises d'angoisse si elle était invitée à en parler devant un aréopage de chercheurs en Analyse Transactionnelle.

Voici ses mots :
J'aimerais dire à ces chercheurs que cette expérience a été éprouvante et salvatrice en même temps.
Que sans un accompagnement adapté à ma personnalité et aux étapes que je devais franchir, je n'en serais pas là aujourd'hui.
Je pense également que sans ces séances où j'ai reconnecté ma peur profonde, je n'aurais pas avancé aussi bien.
Le fait de nommer mes peurs, de comprendre comment fonctionne l'état de crise (d'angoisse) fait qu'aujourd'hui je me sens armée, autonome et grandie.
Au début j'ai été effrayée par les Alliances Paradoxales quand mon thérapeute me les a proposées mais sa confiance en lui m'ont permis d'aller au-delà de ma peur.

Références:

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders 3rd edition* (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Association

Aveline, M. (2005) Clinical case studies : their place in evidence-place practice. *Psychodynamic Practice*, 11, 132-52.

Bateson, G. *Steps to an ecology of mind*. The University of Chicago Press. Chicago. p14

Bohm and Krishnamurti. (1999). C*an the brain free itself from all self-delusion ? : The limits of thought.* Routledge, London&New-York.

Bergeret, J. (2000) *Psychologie Clinique, 110*. Masson. Paris

Berne, E. (1964) *Games people play*. Grove press, New york, 193-197 (french edition)

Berne, E. (1971) *Away from the Theory of the impact of Interpersonal Interaction on Non-verbal Participation.* Transactional Analysis Journal. 1:1, 1971, pp.11-12

Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello ?* Grove press, New york. Chapt 17

Bichi, E.L. (2008) A case history : from traumatic repetition towards psychic representability . *International Journal of Psychoanalyse, 89, 541-60*

Boyd, HS. (1980) Blocking tragic scripts. *Transactional Analysis Journal 10, 3*, 227-9

Duncan, B.L., Miller, S. D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. and Johnson, L.D. (2003). The session rating scale: preliminary psychometric properties of a 'working' alliance measure. *Journal of Brief Therapy,* 3(1): 3-12.

Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. and McGrath, G. (2000). CORE: clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3): 247-255.

Fishman, D.B. (1999) *The Case for a Pragmatic Psychology.* New york : New york University Press

Gil, R. (2014) *Neuropsychologie*. 6th edition. Elsevier Masson, Paris

Goulding, R. (1972) *New Directions in transactional Analysis : Creating an Environment for redecision and Change*. New York: Brunner/Mazel

Goulding, R & M. (1978). *The power is in the patient*. TA press, San francisco

Greshman, F.M. (1996) Treatment integrity in single-subject research. *Design and analysis of single case research.* Mahwah, NJ : Laurence Erlbaum.

Jeanclaude, C (2010) . *Fondamentaux freudiens de la psychanalyse.* De Boeck, Bruxelles

Jeanclaude, C (2008). *Freud et la question de l'angoisse*. De Boeck, Bruxelles

Krishnamurti, J. (2010). *Freedom from the known*. Rider

Hargaden, H & Sills, C.(2002). *Transactional Analysis. A relational perspective.* Routledge. London & New York

Holloway, WH. (1973) Shut the Escape Hatch: *The Monograph series*. Medina, OH.Midwest Institute for Human Understanding.

Joines, V & Stewart I (2008a). *Personality Adaptations*. Lifespace Publishing. Melton Nottingham and Chapel Hill.

Joines, V & Stewart I (2008b). *Personality Adaptations*. Lifespace Publishing. Melton Nothingham and Chapel Hill. 72-5

Joines, V & Stewart I (2002). *Personality Adaptations*. Lifespace Publishing. Melton Nothingham and Chapel Hill. Joines Personality Adaptations Questionary 389-391

Kalher, T.(1975) 'Drivers: the key to the process of script'. *Transactional Analysis Journal*, 5, 3, 280-4

Kahler, T. (1979). *Process therapy in brief.* Human Development Publications; Little Rock, Arkansas. P 4-5

Kourilsky, F. *Du désir au plaisir de changer (From desire to pleasure to change).* Paris : Dunod press. 204-205 (for the french edition)

Krishnamurti, J. *Commentaries on living.* Krisnamurti Fondation of America press. 269-300 (for kindle version)

Krishnamurti, J (2010 for the newest edition) . *Freedom from the known.* Rider; london

Llewelyn, S. (1988) Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223-238.

McLeod, J. (2010). *Case Study Research in counselling and psychtherapy*. Sage, London

NREP. (2000) . H.A.T form. Copyright © 2000 Network for Research on Experiential Psychotherapies

Spitzer, R, Kroenke, K, Williams J, Löwe B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. JAMA.Nov 10;282(18):1737–44

Stark, M (2000). *Modes of Therapeutic Action*. Northwale: Jason Aronson

Steiner, C.(1974). *Scripts people live: transactional analysis of live script*. New York: Grove Press.

Steiner, C.(1974b). *Scripts people live: Transactional analysis of life scripts*. New York: Grove Press. 119-120

Stewart, I & Joines,V (2012). *TA today, A new introduction in Transactional Analysis*. Lifespace Publishing. Melton Mowbray and Chapel Hill.

Swede, S (1977a). *How Eric Berne practised Transactional Analysis*. San Francisco : Boyce Productions

Swede, S (1977b). *How Eric Berne practised Transactional Analysis*. San Francisco : Boyce Productions. 25.

Townend, M. & Smith, M.E. (2007) A case study of cognitive-behavioural psychotherapy with a perpetrator of domestic abuse. *Clinical Case Studies*, 6, 443-53.

Van Rijn, B., Wild, C. and Moran, P. (2011). Evaluating the outcome of TA psychotherapy and integrative counselling psychology within UK primary care settings. *International Journal of Transactional Analysis Research,* 2(2): 34-43

Van Rijn, B. and Wild, C.(2013). Humanistic and integrative therapies for anxiety and depression : practice based evaluation of Transactional Analysis, gestalt and integrative psychotherapies and personal centred counselling. *Transactional Analysis Journal*, 43(2): 150-153

Ware, P (1983). Personality adaptations. *Transactional Analysis Journal,* 13(1), 11-19

Watzlawick, P. *How to fail most succesfully.* Paris: Editions du Seuil for the french edition

White,T. (2011). *Working with suicidal individuals*. Philadelphia,PA: Jessica Kingsley Publishers. Ebook chap 14.

Widdowson,M. (2010a). *Transactional Analysis, 100 key points & techniques*. Routledge, London & &New York. 7-12

Widdowson,M. (2010b). *Transactional Analysis, 100 key points & techniques*. Routledge, London & &New York. P 17

Annexes:

6 exemplaires de réponses des psychologues pour le processus d'opinion
Attestation et autorisation de 'Marie'

un exemplaire du SRS
un exemplaire du CORE-OM
un exemplaire du GAD-7
un exemplaire du PHQ-9