

# L'intégration des approches en psychologie clinique : une démonstration

Université du Québec à Trois-Rivières

Richard Hould, Ph. D.

La conception psychologique du fonctionnement de la personne et de la psychothérapie présentée dans cet article s'inscrit principalement dans la suite des travaux de Grawe (2004) de Pinker (1997) et de Powers (1973). Grawe propose une « thérapie psychologique » fondée sur une conception scientifique du fonctionnement de la personne qui tient compte du développement des connaissances en psychologie fondamentale, des recherches sur la psychothérapie et des observations de la psychologie clinique.

Cette « thérapie psychologique » vise l'intégration de tous les moyens pouvant servir à modifier de façon positive et efficace les processus mentaux. Pour comprendre pourquoi ces interventions fonctionnent, Grawe s'appuie en grande partie sur le concept de schéma et sur le modèle cybernétique de Powers (1973) qui utilise plutôt la notion de système de contrôle. Les notions de schéma et de système de contrôle s'apparentent à celle de plan (TOTE-modèle : Test-Opération-Test-Exit) de Miller, Galanter et Pribram (1960). Le concept de schéma qui occupe une place importante dans la théorie de Piaget (1936) a été repris par de nombreux théoriciens reliés à l'approche cognitive comportementale (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Safran & Segal, 1990; Goldfried & Robins, 1983), à l'approche humaniste (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) et à l'approche psychanalytique (Wachtel, 1997; Horowitz, 1994; Horowitz, 1991). La réalité à laquelle réfère le concept de schéma avait déjà été observée par Aristote (384-322 av. J.-C.) qui notait l'interaction entre désir, émotion, perception et comportement (Hergenhahn, 2007, p. 52).

Dans le contexte de cet article, le concept de « système de contrôle » de Powers (1973) sera utilisé de préférence à la notion de « schéma » retenue par Grawe (2004). Pour la plupart des auteurs, le « schéma » en sciences humaines et le « système de contrôle » en cybernétique présentent les mêmes fonctions. Cependant, alors que ces deux mots peuvent, à toute fin pratique, être utilisés comme des synonymes, le terme « système de contrôle » présente plusieurs avantages : il est plus neutre en ce sens qu'il permet de se dégager des nuances apportées au concept de « schéma » par les théoriciens d'approches psychologiques diversifiées; plus concret, il colle davantage à une approche véritablement cybernétique, c'est-à-dire centrée sur le traitement de l'information, la communication et le contrôle (Pinker, 1997) : finalement, il permet d'intégrer les composantes motivationnelles, émotionnelles, cognitives, perceptuelles et comportementales du fonctionnement psychologique. La première partie de cet article présente l'essentiel d'une conception du fonctionnement humain fondée sur la notion de système de contrôle alors que la seconde illustre son utilité pour l'analyse du processus thérapeutique.

## Personne et systèmes de contrôle

Tout système de contrôle (Figure 1) comprend un minimum de trois éléments : 1) une mémoire où il est possible d'inscrire un but (signal de référence) concernant une quantité à contrôler ; 2) un appareil sensoriel capable de mesurer la quantité à contrôler et de produire un signal perceptuel ; 3) une fonction exécutive par laquelle le système de contrôle peut agir sur la quantité à contrôler de façon à ce qu'elle puisse être perçue (signal perceptuel) conformément au but (signal de référence). Contrairement à une conception behaviorale où le stimulus contrôle le comportement, pour Powers (1973), c'est le comportement qui contrôle la perception. Appliquée à l'humain, le signal de référence correspond à une représentation mentale de la réalité désirée

par la personne, à ses valeurs, aux règles de vie qu'elle se donne ou qu'elle cherche à imposer aux autres. Quant au signal perceptuel, il correspond à une représentation mentale influencée à la fois par la nature des informations disponibles captées par les sens et par les distorsions plus ou moins importantes introduites par les circuits neuronaux du sujet lors du décodage des signaux sensoriels. Lorsque la personne note une inconsistance entre le signal perceptuel et le signal de référence, il y a signal d'erreur. Le signal d'erreur active la fonction exécutive du système de contrôle en mobilisant l'énergie de la personne vers une action. Cette poussée vers l'action est ressentie par la personne comme une émotion.

Selon le mode de fonctionnement du système de contrôle, quatre scénarios peuvent se produire. Si le système de contrôle fonctionne en mode automatique, l'émotion se transforme immédiatement en comportement impulsif sans autre analyse de la situation. L'émission d'un tel comportement ne requérant pas beaucoup d'attention de la part du sujet, le système de contrôle activé peut très bien ne pas être conscientisé. Si le système de contrôle fonctionne en mode observation, le comportement activé par l'émotion est bloqué au profit d'une analyse plus poussée de la situation à l'origine du signal d'erreur. Si le système de contrôle fonctionne en mode réflexion, l'émotion, au lieu de se transformer en action, produit des images mentales d'action et anticipe mentalement leurs conséquences. Cette exploration mentale permet, par une procédure d'essai et d'erreur requérant un minimum d'énergie, de sélectionner la stratégie apparaissant la plus efficace pour éliminer le signal d'erreur. Lorsque le système de contrôle fonctionne en mode contrôle, l'émotion se transforme en action sur la quantité contrôlée et en attention sur l'impact du comportement sur cette même quantité contrôlée. Le fonctionnement en mode contrôle caractérise les situations où la personne en apprentissage de nouvelles stratégies doit porter une grande attention sur sa performance et sur son impact sur la quantité contrôlée. Le mode contrôle implique le niveau de conscientisation le plus élevé.

La stratégie retenue est efficace dans la mesure où il y a réduction ou élimination du signal d'erreur; dès lors, le système de contrôle passe en mode repos, l'énergie qui était mobilisée se trouve libérée et la personne peut alors tourner son attention vers d'autres tâches moins impérieuses. La personne qui réussit habituellement à réduire ses signaux d'erreur développe la conviction d'être en contrôle (Rotter, 1966) et efficace (Bandura, 1999). Cette double conviction, garante de santé mentale, la prépare à affronter avec confiance et sérénité les défis subséquents et à les surmonter avec succès. Si le signal perceptuel dépasse les attentes du signal de référence, l'émotion ressentie s'apparente à la surprise et à la joie. Si au contraire, il y a une divergence importante, il peut y avoir agressivité, tristesse, anxiété ou même somatisation. La persistance de signaux d'erreur importants, conscientisés ou pas, constituerait une source majeure de problèmes émotifs et même physiques.

#### Hiérarchie et parallélisme des systèmes de contrôle chez la personne humaine

Pour Powers (1973), la personne peut être abordée comme un ensemble complexe de systèmes de contrôle parallèles et hiérarchiques, implicites et explicites (LeDoux, 1996; Grawe, 2004). Par exemple, pour atteindre une sensation de bien-être (réalité désirée ou signal de référence d'un premier système de contrôle), la personne peut rechercher la sécurité ou l'excitation (deux stratégies parallèles). Ces deux stratégies peuvent s'intégrer (visionnement d'un thriller, participation à des manèges ou à des activités sportives à la fois excitantes et sécuritaires), ou s'opposer (recherche de la sécurité au dépens de l'excitation ou l'inverse, recherche de l'excitation au mépris de la sécurité, ou encore, conflit entre ces deux moyens pour « être bien »). La stratégie retenue par le système de contrôle dont l'objectif consiste à vivre une sensation de bien-être devient un signal de référence pour un deuxième système de contrôle hiérarchiquement inférieur. Ainsi, pour assurer un niveau désiré (Signal de référence du deuxième système de contrôle) de sécurité physique et financière (Quantité contrôlée), la personne peut respecter les limites de vitesse prescrites par le code de la route, disons 100 kilomètres à l'heure sur une autoroute (Stratégie du deuxième système de contrôle) ; cette vitesse devient signal de référence pour un troisième système de contrôle hiérarchiquement inférieur dont la stratégie consistera à prendre les moyens de contrôler (Stratégies) la vitesse (Quantité contrôlée) du véhicule de façon à percevoir une vitesse (Signal perceptuel) correspondant à 100 kilomètres à l'heure (Signal de

référence du troisième système de contrôle). Ce système de contrôle orienté vers la sécurité peut entrer en conflit avec un système de contrôle parallèle axé vers la recherche du plaisir et de l'excitation que procurerait une vitesse excessive.

Il convient aussi de signaler qu'en plus d'exercer un contrôle sur l'action, le signal de référence influence l'activité perceptuelle en dégageant de l'ensemble des informations disponibles dans l'environnement celles qui concernent la quantité contrôlée de la variable ciblée par le signal de référence. Dans cette perspective, la personne est aussi active lorsqu'elle perçoit que lorsqu'elle agit. L'analyse des systèmes de contrôle peut s'adresser à de vastes pans de l'activité de la personne comme la réalisation d'un scénario de vie, l'accès à une carrière, la réussite d'une vie professionnelle ou à de simples gestes comme se gratter pour soulager un picotement. Powers (1973) suggère une hiérarchie superposant neuf niveaux de système de contrôle. Dans le cadre de cet article, il suffit de retenir que le système de contrôle sert d'unité de base pour l'analyse du comportement (Grawe, 2004; Powers, 1973).

### Signal d'erreur, émotion et pathologie

Les composantes des systèmes de contrôle peuvent être explicites (conscientisés) ou implicites (non conscientisés), d'où la possibilité de conflits implicites entre des systèmes de contrôle parallèles lorsque leurs signaux de référence (l'un ou l'autre ou les deux) sont implicites. Lorsqu'un signal de référence est irréaliste ou que des signaux de référence sont incompatibles, la personne se trouve confrontée à un ou des signaux d'erreur significatifs et persistants. Dans cette situation, la tension émotionnelle s'intensifie, entraînant un état de fatigue, de désespoir et de désorganisation. Au plan psychologique, la personne se retrouve dans un état correspondant à un état d'indifférenciation cognitive (Kerr, 1981). Cet état implique la présence de distorsions perceptuelles, de désirs incohérents plus ou moins explicites, d'émotions désagréables et mal gérées et d'actions irréfléchies. Au plan biologique, la théorie des systèmes de contrôle rejoint la description de Syndrome général d'adaptation décrit par Selye (1936, 1950) : réaction d'alerte, mobilisation de stratégies défensives visant l'élimination du stress (Signal d'erreur) et, en cas d'échec, fatigue, détresse et épuisement. Un stress prolongé entraîne une diminution de l'efficacité du système immunitaire et des troubles somatiques (Goldberger et Breznitz, 1993) (Vickers, 1959).

L'intensité et la nature de l'émotion ressentie varient en fonction de l'attitude que l'individu adopte face aux signaux d'erreur (Bedell & Lennox, 1996). S'il refuse que la réalité perçue (signal perceptuel) s'écarte de la réalité désirée (signal de référence), l'émotion s'apparente à l'agressivité. Celle-ci peut être constructive (recherche et mise en place de stratégies efficaces) ou destructrice (colère, impulsivité et auto destruction). Si la personne qui refuse de modifier son signal de référence malgré la présence persistante du signal d'erreur s'apitoie, se pose en victime et se réfugie dans le blâme, l'émotion s'apparente à de la tristesse, voire à des états dépressifs caractérisés par un sentiment d'impuissance et de résignation. La conjonction d'un signal perceptuel de danger actuel ou anticipé confronté à un désir de sécurité suscite une tendance à la fuite et à l'évitement, à de l'anxiété. Si, suite à des biais de décodage par les circuits neuronaux, le signal de danger est amplifié et que le désir de sécurité est déraisonnable, l'anxiété se transforme en trouble anxieux. Les phénomènes névrotiques peuvent être conceptualisés comme le résultat de signaux de référence importants, souvent implicites et entraînant un conflit entre des désirs inconciliables. Par exemple, lorsque les besoins d'indépendance et d'appartenance sont absolus et simultanés, la personne souffre à la fois de l'absence et de la présence de soutien interpersonnel. Ce conflit intérieur sera d'autant plus difficile à résoudre qu'il sera implicite (non conscientisé). Il est possible que l'intensité du stress ne soit pas vécue comme un problème émotif, mais comme une réaction physiologique ou comme un trouble du comportement marqué par l'impulsivité ou l'inhibition. Si le décodage des faits de la réalité objective subit des perturbations telles que le contact avec la réalité est sérieusement compromis, comme dans les cas extrêmes d'hallucinations et d'idées délirantes, il y a psychose.

## Deux grilles d'analyse pour l'entretien thérapeutique

L'application de la théorie des systèmes de contrôle à l'analyse de l'entretien psychothérapeutique suggère deux grilles. La première permet de décoder les verbalisations du client alors que la seconde porte sur la classification des interventions du thérapeute (Tableau 1).

### A) Grille pour l'analyse des verbalisations du client

Le concept de système de contrôle fournit une grille d'analyse permettant la mise en évidence des interrelations entre les cognitions, les émotions et les comportements verbaux et non verbaux du client en psychothérapie au moyen des huit éléments suivants (Figure 1):

- 1) La réalité objective (RO) ou les faits de l'environnement auxquels le client est confronté ;
- 2) La présence éventuelle de distorsions (Di) dans sa façon d'analyser et d'interpréter les événements (la fonction des biais perceptuels rejoint celle des mécanismes de défense freudiens) ;
- 3) La réalité subjective (RS) du client résultant de sa façon de décoder les informations disponibles, sa perception des faits (Signal perceptuel) ;
- 4) La réalité désirée (RD) par le client ; celle qu'il veut percevoir dans son environnement en fonction de ses désirs, de ses valeurs, de ses besoins, ou des règles de vie qu'il s'impose ou cherche à imposer aux autres (Signal de référence) ;
- 5) La concordance ou la discordance (signal d'erreur) (SE) résultant de la comparaison entre ce que le client veut (RD) et ce qu'il perçoit (RS) ;
- 6) L'émotion (É) qui résulte de la comparaison entre ce que le client veut (RD) et ce qu'il perçoit (RS) ;
- 7) Le comportement (Stratégie) retenu par le client pour faire en sorte que la situation se conforme à ce qu'il veut qu'elle soit ;
- 8) Les conséquences sur le signal d'erreur des stratégies mises en œuvre par le client.

### B) Grille pour l'analyse des interventions du thérapeute

Dans la perspective des systèmes de contrôle, le fonctionnement optimal de la personne dépend de sa capacité d'éliminer les inconsistances entre les signaux de référence et les signaux perceptuels. Pour y parvenir, trois éléments sont requis : un signal perceptuel conforme aux faits (minimum de distorsions) ou pour le moins utile; un signal de référence raisonnable et légitime compte tenu des circonstances et des contraintes du milieu; et, finalement, un répertoire de stratégies diversifiées et efficaces pour l'élimination des signaux d'erreur.

Pour aider son client à réduire des lacunes dans l'un ou plusieurs de ces éléments, le rôle du psychologue thérapeute peut être ramené essentiellement à six types d'intervention de base (Tableau 1) :

Intervention de type 1 : favoriser l'apaisement des émotions par l'établissement d'un lien de confiance sécurisant entre lui et son client (thérapies non directives) ;

Intervention de type 2 : encourager la confrontation de la perception du client aux faits de la réalité objective (thérapie centrée sur la réalité objective) ;

Intervention de type 3 : identifier les biais perceptuels du client et l'aider à s'en départir (restructuration cognitive) ;

Intervention de type 4 : expliciter et questionner la cohérence, le réalisme et la légitimité des désirs et des règles de vie du client : la mise à jour et la confrontation des croyances irrationnelles (théorie émotive-rationnelle) ;

Intervention de type 5 : contribuer à l'enrichissement du répertoire de comportements de son client pour qu'il puisse mettre en œuvre des stratégies efficaces et moralement acceptables pour atteindre ses objectifs (techniques de modification du comportement) ;

Intervention de type 6 : favoriser l'émergence d'une motivation intrinsèque en faveur d'un changement souhaitable pour le bien-être social, physique et mental de la personne à l'aide des techniques de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnik, 2006). L'augmentation de la motivation intrinsèque correspond à l'induction d'une inconsistance (signal d'erreur) entre les désirs (signaux de référence) et les perceptions (signaux perceptuels).

Dans bien des cas, l'apaisement (Intervention de type 1) suffira à améliorer considérablement le fonctionnement de la personne. Parfois, il faudra recourir, au fil des entrevues, à plusieurs, voire à chacun des types d'interventions disponibles. Bien que pour Grawe (2004), la réduction des inconsistances entre les désirs et les perceptions (signaux d'erreur) constitue l'ingrédient incontournable d'une psychothérapie efficace, il convient de noter que, pour certains problèmes comme l'abus de substances, les déviations sexuelles ou les comportements antisociaux caractérisés par l'ambivalence ou même l'absence de motivation intrinsèque, il pourra être utile d'augmenter l'inconsistance entre les désirs et les perceptions au moyen des techniques de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnik, 2006).

### **Application d'un modèle basé sur le système de contrôle**

L'analyse de l'entretien thérapeutique suivant permettra d'illustrer l'utilisation des deux grilles suggérées par la théorie des systèmes de contrôle pour analyser le fonctionnement psychologique d'une cliente et les interventions du thérapeute pour l'aider à affronter de façon constructive une situation émotionnellement chargée.

À la suite d'une demande de rendez-vous, une cliente de 35 ans, mariée et mère d'un enfant de 5 ans, se présente à une première entrevue. Dès le début de la rencontre, elle raconte comment elle a réagi lorsque son conjoint lui a fait part de ses hésitations à poursuivre la vie conjugale. Celui-ci lui aurait déclaré être de moins en moins heureux de sa vie d'homme marié. Il aurait ajouté que la pensée de la quitter le rendait triste lorsqu'il songeait aux conséquences d'une rupture sur la vie de son bambin et de son épouse. Il aurait affirmé que sa décision n'était pas encore définitive, qu'il n'était pas prêt à partir dans l'immédiat et qu'il n'y avait pas d'autre femme dans sa vie. Il aurait refusé d'entreprendre une intervention de couple qui aurait pu avoir pour conséquence « de le mêler encore plus ».

Voici un extrait de l'échange. Les sections en italique présentent l'analyse commentée des verbalisations de la cliente et des interventions du psychothérapeute à partir de la grille d'analyse suggérée par le modèle cybernétique (Figure 1 et Tableau 1).

### **Système de contrôle et psychothérapie : Verbatim commenté**

Cliente : Lorsque Pierre m'a avoué qu'il songeait à me quitter (RO), j'ai été renversée (É) comme si tout mon univers s'écroulait (RS). J'étais furieuse contre lui (É) (Pleurs).

*L'écart entre la réalité objective (RO) que Pierre songe à la quitter et son désir de poursuivre la vie de couple (RD) engendre une dramatisation (Di) créant la réalité subjective suivante : « tout mon univers s'écroule » (RS). En conséquence, elle éprouve de vives émotions d'anxiété et de colère (É).*

Thérapeute : La perspective d'être quittée constitue une expérience très pénible.

*Le reflet du thérapeute valide l'émotion vécue par la cliente, lui montre qu'elle est comprise, l'apaise et favorise la relation client –thérapeute (Intervention de type 1).*

Cliente : Oui je suis très triste (É) de voir l'échec de notre couple (RS)... C'est comme si j'avais perdu 15 années de ma vie (Di)... Quand je pense à mon fils qui va perdre son père (RS) et à ce dernier qui va me laisser seule avec lui (RS), je suis à la fois anxieuse (É) et très en colère contre lui (É).

*À partir du fait que son couple est menacé (RO), elle conclut prématurément (Di) que cette relation est déjà terminée (RS). La dramatisation aboutissant à la croyance erronée : « si mon mariage échoue, c'est donc que j'ai perdu le temps qu'il a duré, soit 15 ans de ma vie » (RS) produit un signal d'erreur (SE) qui engendre une grande détresse (É) et des prévisions catastrophiques (Di) pour l'avenir, à savoir qu'elle sera seule responsable de son enfant et en proie à des difficultés financières. L'écart entre ces appréhensions (RS) et le maintien d'un statu quo (RD) engendre une réponse émotionnelle de colère et d'anxiété (É).*

Thérapeute : Lorsque je vous écoute, c'est comme si c'était déjà fini entre vous. En est-il bien ainsi ?

*Le thérapeute vérifie la justesse de la perception subjective de la cliente. Le but recherché est de réduire au maximum les distorsions en collant sur les faits de la réalité objective (Intervention de type 2).*

Cliente : S'il pense à me quitter, c'est qu'il ne m'aime plus (RS); alors, je ne peux pas vivre (Di) avec un tel homme. Je le trouve lâche (Di) de ne pas me l'avoir dit plus tôt (RD).

*En s'appuyant sur les éléments de la réalité (« il pense à me quitter ») (RO), la cliente présume les émotions et les pensées de son conjoint et conclut prématurément (Di) que « c'est qu'il ne l'aime plus » (RS). Cette perception subjective est ensuite confrontée à une règle de vie : « je ne peux pas vivre avec un homme qui ne m'aime pas ». De plus, le « je ne peux pas » induit chez elle de l'impuissance et diminue son pouvoir de choisir ce qui est le mieux pour elle dans cette situation (S). La cliente rapporte ensuite une autre perception subjective : « je le trouve lâche (Di) de ne pas me l'avoir dit plus tôt (RD) ». La première partie de l'énoncé correspond à une pensée dichotomique (clivage) dépouillant son conjoint de toute qualité, alors que la seconde partie implique qu'il est toujours trop tard pour annoncer une mauvaise nouvelle, ce qui induit une double contrainte en ce sens qu'il ne lui aurait probablement jamais dit cela assez tôt.*

Thérapeute : Comment s'y est-il pris pour vous faire part de ses préoccupations ?

*Sans insister sur les blâmes qu'elle adresse à son époux (Intervention de type 1), le thérapeute la ramène aux faits (Intervention de type 2) afin de réduire les distorsions et de parfaire la justesse de ses perceptions (Intervention de type 3).*

Cliente : C'était après avoir soupé, alors que le petit dormait. Il m'a dit qu'il avait des choses à me dire (RO). C'est alors qu'il m'a dit qu'il ne m'aimait plus et qu'il voulait me quitter (RS). Je me suis fâchée (É) et lui ai fait plein de reproches (S).

*La cliente débute en énonçant divers faits (RO) pour ensuite préciser sa perception de la situation (« il m'a dit qu'il ne m'aimait plus et qu'il voulait me quitter ») (RS). Ce faisant, par lecture de pensée (Di), elle transforme « est moins heureux » par « il ne m'aime plus » et « il songe à quitter » par « il veut me quitter ». De plus, par perception sélective (Di), elle ignore l'énoncé « ne se dit pas prêt à partir » (RO). Confrontée à son désir d'un mariage réussi (RD), cette perception anticipée de la fin du couple (RS) entraîne un signal d'erreur (SE) engendrant de la colère (É). La stratégie mise en place consiste à rejeter et à blâmer son conjoint (S).*

Thérapeute : Vous rappelez-vous ce qu'il vous a dit exactement ?

*Le thérapeute tente encore de la ramener vers les faits pour vérifier la présence de distorsions (Intervention de type 2) (Intervention de type 3).*

Cliente : Il m'a dit qu'il était de plus en plus malheureux avec moi, qu'il ne se passait à peu près plus rien entre nous et qu'il se demandait s'il ne serait pas mieux de partir. Il a ajouté que la chose la plus difficile, celle qui le retenait de prendre une décision, c'est l'importance de maintenir le couple pour le bien de notre petit et la crainte de ne plus être auprès de lui autant qu'il le voudrait (RS).

*À ce point la cliente partage une perception beaucoup plus conforme à la réalité (RO).*

Thérapeute : Vous a-t-il dit qu'il avait déjà décidé de vous quitter ?

*Le thérapeute vérifie la perception énoncée plus tôt à savoir que la relation est complètement terminée. Cela incite à un retour aux faits (Intervention de type 2).*

Cliente : Non, il a seulement dit qu'il était malheureux avec moi et qu'il y songeait (RS).

*La cliente rapporte une perception beaucoup plus près de la réalité (RO).*

Thérapeute : Cela a été une révélation pour vous, qu'il était malheureux ? Aviez-vous déjà noté que votre vécu en couple se détériorait ?

*Le thérapeute suggère d'aborder la situation dans une perspective historique. De cette façon, la déclaration du conjoint devient l'aboutissement d'un processus qu'elle n'avait pas conscientisé (Intervention de type 4). Aborder les faits comme l'aboutissement d'un scénario permet de prendre une distance face aux événements (Intervention de type 1), de les aborder de façon plus objective (Intervention de type 2), de départager les contributions des acteurs (Intervention de type 3) et d'entrevoir des solutions éventuelles (Intervention de type 5).*

Cliente : Je n'avais jamais pensé à cela. Pour moi, nous étions amoureux depuis l'âge de vingt ans. Nous nous sommes mariés, nous avons décidé d'avoir un enfant. Puis, les responsabilités de parent, le travail, l'entretien de la maison, la routine quoi. C'est sûr que le romantisme n'était plus ce qu'il avait été (RS). Pour moi, c'est normal (RD). Je me sentais en sécurité (É), notre situation financière est tout à fait satisfaisante (RD). Bref, pour moi, j'aurais été contente que ça continue comme cela jusqu'à notre mort, bref, que nous vieillissions ensemble (RD).

*La cliente commence en énonçant sa perception des faits (RS) qui menèrent à la situation actuelle, puis elle rapporte que la situation était, selon elle, concordante à ses désirs (RS = RD), ce qui menait à un sentiment de satisfaction (É). L'absence de signal d'erreur (SE) l'amena à assumer qu'il en allait de même pour son époux (Di).*

Thérapeute : Avez-vous déjà senti que cette vie ne lui convenait plus ? Y avait-il des signes qu'il devenait de plus en plus malheureux dans votre relation ?

*Pour compléter l'examen du processus, le thérapeute invite la cliente à s'interroger sur le vécu de son conjoint (Intervention de type 2).*

Cliente : Il désirait comme moi que nous ayons cet enfant et il est un excellent père pour lui. Il l'adore. Il m'a même dit que ce qui le faisait le plus souffrir lorsqu'il pense à notre séparation, ce serait de le voir moins souvent et de le priver de la famille qu'il a toujours désirée pour lui (RO).

*La cliente élabore sa perception de la situation (RS), plus spécifiquement en regard de la position de son conjoint. Cette réflexion favorise une meilleure compréhension des événements et assure une perception plus nuancée du conjoint (RO).*

Thérapeute : Ce petit n'a donc pas été un facteur dans la détérioration de votre vie de couple.

*Le thérapeute écarte une hypothèse concernant la source de la détérioration du couple (Intervention de type 2).*

Cliente : Non parce que nous l'aimons tous les deux beaucoup. Par contre, il a eu des problèmes de santé qui ont exigé beaucoup de dévouement de notre part. Ces difficultés ajoutées à l'énergie qu'exigent les soins d'un enfant, l'angoisse que je ressentais, des problèmes au travail, tout cela fit que j'étais souvent fatiguée et peu disposée à des rapprochements intimes avec mon mari (RO). Je trouve que ce n'était pas juste parce que j'ai un travail qui exige beaucoup de moi-même et que mes heures sont longues. Chaque matin je dois partir vers 7 heures pour ne revenir que vers 18 ou 19 heures selon l'état de la circulation. Au travail je dois faire face à plein de problèmes, bref c'est un travail des plus stressants (RS). Avec ce travail, je ne sais pas comment je pourrai, seule, être une bonne mère pour le petit. Les heures de Pierre sont plus flexibles, il est représentant pour une grande compagnie. Son emploi consiste à rencontrer des clients, à rire, à jouer au golf et à fréquenter des réceptions, bref à s'amuser (RS). Et en plus, il gagne deux fois plus que moi. C'est injuste (SE).

*La lecture de la situation familiale de la cliente correspond à un processus de triangulation. La cliente est donc prise entre son mari et ses obligations (travail, enfant, etc.), ce qui constitue un triangle dont les trois pointes sont elle-même, son conjoint et ses obligations. Si elle se concentre sur ses obligations, elle néglige sa relation de couple et de son point de vue, l'inverse se produit si elle se centre sur le couple. Dans la mesure où elle accorde plus ou moins consciemment la priorité à ses obligations, elle repousse les demandes d'un époux de plus en plus insatisfait qui passe graduellement de l'irritation à la remise en question de sa vie conjugale (Guerin, Fay, Burden, & Kautto, 1987).*

*En plus de la triangulation, négliger son conjoint peut être une stratégie visant à corriger l'injustice résultant de la comparaison entre la perception de sa situation professionnelle et celle de son conjoint (Berne, 1964 ; Woollams & Brown, 1979). En effet, la cliente compare une image idyllique (Di et RS) de l'emploi de son mari avec son propre vécu rempli d'obligations et de stress (Di et RS). Cette perception sélective des deux emplois est alors confrontée à la règle de vie que « plus le travail est difficile, plus le salaire doit être élevé » (RD), ce qui l'amène à conclure à une injustice (SE) engendrant une colère (É) plus ou moins consciente s'exprimant par des comportements punitifs à l'égard du conjoint (S).*

Thérapeute : Ce sentiment d'injustice et le stress occasionné par votre travail et vos responsabilités parentales ont-ils affecté la qualité de votre vie de couple ?

*L'intervention met en évidence le sentiment d'injustice et le processus de triangulation entre elle, son conjoint et ses obligations qui semblent avoir miné la qualité de la relation avec son conjoint (Intervention de type 2).*

Cliente : Bien sûr, lorsqu'il me demandait de faire l'amour, ça ne me tentait pas très souvent. En fait, il prenait toujours l'initiative des contacts et je refusais souvent de donner suite (S). Une femme n'a-t-elle pas le droit de refuser de faire l'amour si elle n'en a pas envie (RD) ? Suis-je obligée de dire oui à chaque fois qu'il me le demande (Di)?

*La stratégie de refuser les avances de son mari répondait à la fois à son besoin de prendre du repos et de rétablir un équilibre entre leur niveau de bien-être respectif, à savoir que : « si je ne*

*suis pas bien, il ne le sera pas non plus » (RD). Cette stratégie plus ou moins consciente peut avoir contribué à l'éloignement des conjoints sans rétablir l'équilibre recherché (C). Elle justifie ses agissements par le principe selon lequel « une femme peut refuser de faire l'amour si elle n'en a pas envie » (RD). Elle ajoute qu'elle serait obligée de le faire à chaque fois si ce n'était du principe précédemment énoncé (Di).*

Thérapeute : Comment votre mari réagissait-il à votre droit de refuser de faire l'amour lorsque vous n'en aviez pas envie ?

*Sans contester les justifications de la cliente (Intervention de type 1), le thérapeute l'invite à explorer les conséquences de son attitude sur son conjoint (Intervention de type 5).*

Cliente : C'est un homme poli et respectueux. Il ne se fâchait pas. Parfois il insistait un peu, puis il renonçait. Il lui arrivait de se montrer déçu et de mauvaise humeur (C). Lorsque je me rendais compte que nous ne nous étions pas touchés après plusieurs semaines et qu'il se montrait particulièrement sec et désagréable (RS), je cédaï à ses avances (S). Dans les premiers temps, lorsque je cédaï (S), il redevenait attentionné et amoureux (C). Suite à plusieurs refus de ma part, l'effet magique des relations accordées (S) était de moins en moins efficace pour ramener son entrain et sa bonne humeur, même que parfois, ça empirait (C). Graduellement, il ne prenait plus d'initiative, son humeur se fit de plus en plus neutre (RS) et cela me convenait (RD). Un jour je lui fis remarquer qu'il ne cherchait plus à m'approcher et il me répondit que plutôt que de se faire refuser, il préférerait ne plus demander. Il y a de cela plusieurs mois. Nous n'en avons plus reparlé. Je croyais que tout était correct (RS). Maintenant, je me rends compte que c'était peut-être important pour lui (RS).

*L'utilisation de la sexualité comme renforcement (S) pour rapprocher un conjoint qui se montrait de plus en plus distant se transforma graduellement en procédure d'extinction des comportements amoureux de son mari (C) dont les approches aboutissaient trop souvent à des refus (stimulation aversive) (Sarafino, 1996) (Skinner, 1953). La diminution des tentatives du conjoint passa graduellement de la frustration, au retrait et à l'indifférence. Le désintéressement apparent de son conjoint envers la sexualité (RS) lui convenait (RD) et ne ressentant aucun signal d'erreur, la cliente ne remit pas en question son attitude (S). La perception de cette dernière face à l'efficacité de cette stratégie est relatée (« je croyais que tout était correct ») (RS).*

Thérapeute : Les jours qui ont suivi sa déclaration, la relation a-t-elle changé entre vous ?

*Le thérapeute évite de souligner la contribution de sa cliente à la détérioration de la vie en couple (Intervention de type 1) et la ramène à la situation actuelle (Intervention de type 2) qui constitue vraisemblablement l'aboutissement du processus décrit par cette dernière.*

Cliente : Le soir même, je me suis fâchée (É) et j'ai exigé qu'il couche dans la chambre d'invités (S). Je ne voulais pas qu'il me touche d'aucune façon (S). Les jours qui ont suivi, je ne lui ai pas adressé la parole (S). Je ne répondais plus à ses salutations lorsque nous nous retrouvions au déjeuner ou en soirée (S). Je suis très fâchée contre lui (É).

*La cliente ressentit de la colère (É) découlant de l'écart (SE) entre les intentions de départ de son mari (RS) et son désir de continuer la vie en couple (RD). Elle exprima cette colère (É) par une suite de comportements de rejet (S).*

Thérapeute : Votre mari vous a avoué que la vie de couple avec vous, telle qu'elle est devenue maintenant, ne le satisfaisait plus et qu'il songeait à y mettre fin. Cette perspective bouscule vos plans d'avenir et vous met en colère. Quelle est votre

position face à la solution qu'il propose ?

*Le thérapeute résume la situation (Intervention de type 1) et invite sa cliente à préciser ce qu'elle veut en regard de la situation présente (Intervention de type 4).*

Cliente : Cela ne me convient pas du tout (SE), je veux qu'il reste (RD), je veux qu'on fasse des efforts pour sauver notre couple (RD).

*Le désir que le mari reste au sein du couple est exprimé (RD), mais il ne correspond pas avec l'absence de motivation de son conjoint (RO). Le départ anticipé ne lui convenant pas (SE), elle se mobilise pour chercher une stratégie appropriée(S).*

Thérapeute : Croyez-vous qu'une thérapie de couple pourrait être utile ?

*Le thérapeute propose une stratégie correspondant à ce que sa cliente pourrait mettre en place (Intervention de type 5).*

Cliente : Moi, j'aimerais bien (RD). Il m'a dit qu'il n'était pas du tout intéressé à une démarche de couple (RO).

*Perception rapportant les éléments engendrant un signal d'erreur.*

Thérapeute : Si je comprends bien, il veut d'ici quelque temps réfléchir s'il va donner suite à son idée de vous quitter. Indépendamment de ce qu'il veut, que voulez-vous ?

*Le thérapeute reflète la position du mari et invite de nouveau la cliente à préciser sa position personnelle (Intervention de type 4).*

Cliente : Mon premier choix serait qu'il reste (RD). En même temps, je ne veux pas qu'il reste avec moi seulement par pitié ou seulement pour l'enfant (RD).

*La cliente exprime un désir principal assorti de restrictions concernant l'avenir de sa vie de couple (RD).*

Thérapeute : Croyez-vous que votre façon d'agir avec lui, depuis qu'il vous a fait part de ses réflexions, favorise la réalisation de votre désir qu'il reste.

*Le thérapeute tente d'amener un examen de l'efficacité des stratégies actuelles à l'égard du désir principal (Intervention de type 5).*

Cliente : Mes attitudes à son égard (S) auraient plutôt l'effet contraire (C); en même temps, je suis fâchée contre lui (É) et je suis incapable d'être aimable et gentille avec lui suite à ce qu'il m'a dit (S).

*La cliente prend conscience que sa colère (É) la pousse à agir dans un sens contraire à son désir principal (que son mari reste au sein du couple) et l'empêche de se montrer aimable ou du moins de prendre connaissance des sources de l'insatisfaction de son conjoint (stratégies probablement plus efficaces pour que son désir se réalise). Elle se retrouve ainsi en présence de deux désirs opposés commandant des stratégies contradictoires : le besoin de le punir de songer à la quitter et le désir de le garder auprès d'elle (deux systèmes de contrôle parallèles incompatibles).*

Thérapeute : C'est un peu comme si vous étiez en proie à deux désirs contradictoires. En même temps vous désirez qu'il reste avec vous et vous désirez aussi le punir de songer à vous quitter.

*Par ce double reflet, le thérapeute met en évidence le conflit entre deux désirs opposés (conflit intérieur) (Intervention de type 1) (Intervention de type 4) (Intervention de type 6).*

Cliente : Me mettre à être chaleureuse, gentille et plaisante et satisfaire à tous ses désirs pour le retenir (S) me renverrait une image négative de moi-même (C). En étant froide et raide à son égard (S), j'ai l'impression de me respecter (C).

*La cliente prend conscience à la fois de la raison pour laquelle elle adopte le rejet, stratégie contraire à son désir principal de poursuivre la vie en couple (RD), et de la pertinence de cette même attitude pour conserver une image positive d'elle-même (RD). Les deux signaux de référence que sont « poursuivre la vie en couple » et « conserver une image positive de soi » constituent deux stratégies cohérentes avec un système de contrôle hiérarchiquement supérieur qui aurait pour signal de référence une conception de ce qu'est « réussir sa vie ». Pour « Réussir sa vie », elle doit « poursuivre la vie en couple » et « conserver une image positive de soi » (système de contrôle supérieur). Pour « conserver une image positive de soi », elle doit « punir », (premier système de contrôle subalterne) et pour accroître la probabilité de « poursuivre la vie en couple », elle devrait « prendre connaissance des sources de l'insatisfaction de son conjoint et voir si le problème est soluble » (second système de contrôle subalterne).*

Thérapeute : C'est comme si vous aviez le choix entre vous respecter et faire en sorte d'augmenter la probabilité qu'il révisé sa position dans le sens que vous souhaitez. Croyez-vous qu'il soit possible, pour vous, d'agir dans le sens de la réalisation de vos deux désirs, soit de préserver l'unité de votre famille, tout en conservant le respect de vous-même.

*Le thérapeute fait ressortir le fait que les deux désirs (signaux de référence) entraînent des stratégies contradictoires. Dans cet exemple, le désir explicite « poursuivre la vie en couple » entraîne une stratégie « blâmer et punir » qui risque de produire le contraire de ce qui est recherché. C'est ce qui arrive lorsque la stratégie mise en place répond plutôt à un désir implicite « conserver une image positive de soi ». Lors d'un conflit névrotique, la personne réagit de façon automatique en réponse à un désir implicite différent du désir explicite. C'est pourquoi cette réaction spontanée apparaît irrationnelle et produit des conséquences contraires à celles visées par le désir explicite. La conscientisation des désirs implicites opposés aux désirs explicites constitue la première étape de la résolution de l'impasse. La seconde étape consiste à inviter la personne à explorer la possibilité de trouver une stratégie entraînant des conséquences satisfaisantes pour les deux objectifs à la fois, soit pour le signal de référence du système de référence hiérarchiquement supérieur (soit dans cet exemple, « réussir sa vie » ; de ce point de vue, « poursuivre la vie en couple » et « conserver une image positive de soi » peuvent s'avérer deux moyens parmi d'autres) (Intervention de type 5). Pour y parvenir les objectifs peuvent être reformulés de façon moins rigide (Intervention de type 4).*

Cliente : C'est sûrement possible. En fait, le rejeter et être punitive et désagréable (S), quand j'y pense, ne me renvoie pas la meilleure image de moi-même (C). Je ne veux pas qu'il reste avec moi à n'importe quel prix (RD). Je ne veux pas non plus le manipuler, je veux respecter son choix (RD).

*La cliente réévalue les conséquences de sa stratégie actuelle et réalise alors qu'elle ne lui apporte pas vraiment une bonne image d'elle-même (signal de référence). La cliente fait aussi part d'une règle de vie importante (Il ne faut pas manipuler) qui empêche le déploiement de stratégies utiles pour influencer la décision de son conjoint dans le sens de son désir principal. Cette règle s'oppose à un désir inacceptable pour elle (Je veux qu'il décide à ma satisfaction), d'où second dilemme à résoudre.*

Thérapeute : Vous a-t-il dit que son choix était définitif ?

*Cette question amène un réajustement des perceptions (Intervention de type 2) et permet d'évaluer la pertinence d'une stratégie favorisant un rapprochement (Intervention de type 5).*

Cliente : Non, il a dit que c'était une hypothèse qu'il envisageait et qu'il hésitait (RO).

*La cliente réajuste ses perceptions.*

Thérapeute : Il hésite entre partir et rester. Croyez-vous qu'influencer sa décision dans un sens ou l'autre constituerait une manipulation ?

*Le thérapeute tente de désinhiber la stratégie qui n'a jusqu'à présent pas été mise de l'avant (agir de façon aimable et agréable ou explorer les sources d'insatisfaction du conjoint en vue d'une résolution éventuelle du signal d'erreur) (Intervention de type 5) en questionnant la règle de vie (Il ne faut pas manipuler) (Intervention de type 3) (Intervention de type 6).*

Cliente : Je ne veux pas le forcer à rester (RD).

*La cliente rapporte la règle de vie excluant toute tentative d'influence.*

Thérapeute : Est-ce que vous désirez le forcer à partir ?

*Par cette question (questionnement socratique), le thérapeute rappelle que par son attitude, la cliente influence son conjoint dans une direction opposée à son désir principal et qu'en définitive, puisque toute attitude interpersonnelle aura inévitablement un impact sur l'avenir de sa vie de couple, la cliente, si elle désire augmenter la probabilité de garder son couple intact, aurait avantage à redéfinir la règle de vie (Il ne faut pas manipuler) (Intervention de type 3) et à envisager de nouvelles stratégies (Intervention de type 5) (Intervention de type 6).*

Cliente : Je me rends compte que, par mes attitudes (S), je l'influence dans un sens contraire (C) à ce que je désire (RD).

*La cliente réalise que tout comportement risque d'influencer la décision finale de son époux, tout comportement étant, d'une manière ou l'autre, stratégique (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967).*

Thérapeute : Par vos attitudes, vous influencez probablement sa réflexion dans un sens ou dans l'autre. Croyez-vous en l'existence d'une attitude qui puisse être neutre face à sa décision de quitter ou de rester ?

*Par cette intervention, le thérapeute renforce l'idée que toute attitude, même neutre, influencera la décision de son conjoint. Il suggère donc à sa cliente de se permettre d'utiliser une stratégie cohérente avec son désir principal (Intervention de type 5) (Intervention de type 6).*

Cliente : En gardant à l'esprit ce que je veux vraiment (RD), je pense que je pourrai agir en conséquence (S), tout en conservant le respect de moi-même (C).

*La cliente réalise qu'il est important pour elle de se centrer sur ce qu'elle veut vraiment (RD), d'agir en conséquence (S) et d'accroître ainsi la probabilité d'obtenir satisfaction (C).*

Thérapeute : En gardant à l'esprit que ce désir correspond à votre premier choix, il vous sera plus facile d'agir de façon stratégique tout en conservant le respect de votre fierté personnelle et de son choix ultime.

*Le thérapeute encourage sa cliente à ne pas se laisser diriger par la colère émanant du désir secondaire de punir mais de garder à l'esprit ce qu'elle désire réellement. Cette attitude risque d'augmenter son sentiment de contrôle et d'efficacité personnelle, confirme que son choix est*

*libre et que pour l'instant, elle agit pour le mieux (S). Il lui sera ensuite plus facile d'assumer la conséquence de ses gestes.*

Thérapeute : Notre entretien tire à sa fin, désirez-vous qu'on se rencontre la semaine prochaine.

Cliente : Oui

Thérapeute : D'ici notre prochaine rencontre, que comptez-vous faire pour vous-même.

*Le thérapeute encourage la cliente à planifier des stratégies et à les appliquer (S).*

Cliente : Au fil de mes rencontres avec mon conjoint, je vais voir ce que je peux me permettre de faire (S) pour rendre notre vie ensemble plus agréable (C) en espérant lui montrer que rester serait le meilleur choix pour lui-même, pour moi et pour notre petit garçon (RD).

Thérapeute : Alors, à la semaine prochaine.

## **Conclusion**

Les rencontres subséquentes permettront de faire un suivi des stratégies mises en place et de l'évolution de son vécu. De plus, plusieurs éléments ignorés intentionnellement par le thérapeute lors de cette première entrevue pourront être abordés. Ces interventions porteront sur l'acquisition d'habiletés et la révision de certaines règles de vie. Parmi les habiletés à acquérir, un accent particulier pourrait porter sur les éléments suivants : identification des biais perceptuels, explicitation des désirs et des buts, choix de stratégies efficaces pour l'atteinte des buts, maintien du désir sexuel, gestion du stress, organisation optimale du temps et éventuellement, choix d'un médiateur. Il sera aussi possible de réfléchir sur certaines règles de vie dont : « Si une relation qui a duré quinze années se termine, j'ai perdu quinze années de ma vie » ; « S'il est malheureux avec moi, c'est qu'il ne m'aime plus » ; « Plus un travail est insatisfaisant, plus il doit être payant » ; « C'est injuste que quelqu'un soit mieux traité que moi » ; « Il ne faut pas faire l'amour si l'on en n'a pas vraiment envie » ; « C'est lâche de ne pas l'avoir dit avant (de l'avoir dit) » ; et « S'il me quitte, je dois le punir ». D'autres cibles d'intervention apparaîtront inévitablement au fil des entrevues à venir.

Cet entretien peut être le point de départ de plusieurs scénarios. En se montrant aimable avec son conjoint, ce dernier pourrait éventuellement réinvestir dans la vie en couple. Pour changer les attitudes qu'elle avait adoptées par le passé, elle pourrait résoudre les sources d'amertume qui avaient alimenté son désir plus ou moins conscientisé de punir son partenaire et miné sa capacité de plaisir. Si malgré un changement d'attitudes de sa part, le conjoint persistait dans son désir de mettre fin à la vie de couple, la cliente pourra prétendre s'être comportée avec dignité dans ces circonstances difficiles. Si elle découvre que les coûts associés au fait de se montrer mieux disposée à l'égard de son époux s'avèrent trop onéreux, elle pourra se rallier au verdict de ce dernier et négocier avec plus de sérénité les conditions d'une séparation. Les interventions psychologiques ne garantissent pas de résultats, elles permettent cependant d'augmenter la probabilité de résultats souhaités. Dans les systèmes complexes et, particulièrement dans les relations humaines, il y a rarement des relations causales où une cause entraîne automatiquement et nécessairement un effet spécifique (Churchman & Ackoff, 1950).

Dans la perspective des systèmes de contrôle et dans la mesure où les troubles psychologiques ne résultent pas de problèmes neurologiques spécifiques, les problèmes émotionnels et comportementaux résultent de l'incapacité de la personne à éliminer ses signaux d'erreur. Cette incapacité peut tirer son origine de plusieurs sources : des biais dans le traitement de l'information (Di), des désirs irrationnels ou des règles de vie rigides ou malavisées (RD), une

mauvaise gestion des émotions (É), et finalement, des stratégies inefficaces (S) qui entraînent des conséquences (C) qui perpétuent ou même amplifient l'intensité d'un signal d'erreur (SE).

Pour apaiser les émotions excessives, le thérapeute met en place tous les éléments favorisant l'instauration d'une bonne relation entre lui et son client. Il enseigne si nécessaire diverses méthodes de relaxation, qu'il s'agisse de méditation, d'imagerie mentale ou simplement de respiration. Pour améliorer le traitement de l'information et réduire les distorsions, les techniques de restructuration cognitive proposées par les thérapeutes cognitivistes (McMullin, 2000) et de programmation neurolinguistiques (Bodenhamer & Hall, 2002) peuvent s'avérer très utiles. Plusieurs de ces biais perceptuels s'apparentent aux mécanismes de défenses freudiens (Peterfreund & Schwartz, 1971) et aux concepts de rétroflexion, d'introjection et de projection des gestaltistes (Perls, 1976). Les désirs irréalisables, de même que les règles de vie énoncées de façon absolue, peuvent être abordés à l'aide du dialogue socratique (Beck, 1995) ou confrontés à l'aide des techniques de la théorie rationnelle émotive (Ellis, 2001) (Ellis & Grieger, 1977). Ces croyances irrationnelles peuvent être plus ou moins implicites, ce qui ramène à l'inconscient freudien capable de gérer la vie des individus sans qu'ils ne s'en rendent compte. Finalement, pour aider l'individu à enrichir son répertoire de stratégies, la connaissance des méthodes de la thérapie comportementale peut constituer un atout intéressant pour détecter des stratégies inefficaces et les modifier (Bellak & Hersen, 1986). Plusieurs mécanismes de défense, lapsus et actes manqués correspondent à des stratégies non conscientisées nuisibles à l'individu (Freud, 1901). Pour pallier à cette pauvreté du répertoire de comportements, le psychologue peut directement ou indirectement informer l'individu de l'existence de stratégies utiles par des moyens éducatifs. Il peut augmenter les habiletés du client par la pratique de comportements connus ou le désinhiber par rapport à des stratégies anxigènes. Une dernière stratégie consiste à renforcer des comportements positifs incompatibles pour éliminer des comportements indésirables.

## **Références**

- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. Dans L.A. Pervin & O.P. John (Ed). *Handbook of personality*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Bedell, J. R. & Lennox, S. S. (1996). *Handbook for communication and problem-solving skills training*. New York: Guilford.
- Bellak, A.S. & Hersen, M. (1986). *Dictionary of behavior therapy techniques*. Toronto : Pergamon.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. New York : Grove Press.
- Bodenhamer, B.G. & Hall, L.M. (2002) (Revised Edition). *The user's manual for the brain: The complete manual for neuro-linguistic programming practitioner certification*. Trowbridge: Cromwell Press.
- Churchman, C. W. & Ackoff, R. L. (1950). Purposive behaviour and cybernetics. *Social forces*, 29, pp. 32-39.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors*. Amherst, New York : Prometheus Books.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York : Springer.
- Freud, S. (1901). *The psychopathology of everyday life*. Standard Edition, 6, 1-310. London: Hogarth Press, 1960.
- Goldberger, L. & Breznitz, S. (2<sup>nd</sup> Ed) (1993). *Handbook of stress*. New York: Free Press.
- Goldfried, M. R. & Robins, C. (1983). Self-schema, cognitive bias and the processing of therapeutic experiences. Dans P. C. Kendall (Eds). *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. New York: Academic Press.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Cambridge: Hogrefe & Huber.
- Greenberg, L. S., Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change : The moment to moment process*. New York: Guilford.
- Guerin, P. J., Fay, L. F., Burden, S. L. & Kautto, J. G. (1987). *Evaluation and treatment of marital conflict*. New York : Basic Books.
- Hergenhahn, B. R. (2007) *Introduction à l'histoire de la psychologie*. Mont-Royal : Groupe Modulo.
- Horowitz, L. M. (1994). Psychema, psychopathology and psychotherapy research. *Psychotherapy research*, 4 (1), 1-17.
- Horowitz, M. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal behaviour*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kerr, M. E. (1981). Family systems theory and therapy. Dans A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Ed). *Handbook of family therapy*. New York : Brunner/Mazel.
- Ledoux, J. (2005). *Le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- McMullin, R. E. (2000). *The new handbook of cognitive therapy techniques*. New York : Norton.
- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behaviour*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Miller, W. R. & Rollnik, S. (2006) *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : InterÉditions-Dunod.

- Perls, F. S. (1976). Gestalt therapy : retroflection, introjection, and projection. Dans C. Hatcher & P. Himmelstein (Ed.). *The handbook of gestalt therapy*. New York : Aronson.
- Peterfreund, E. & Schwartz, J. T. (1971). Information, systems and psycho-analysis. *Psychological issues*, 7, no 1 & 2, Monograph 25-26.
- Piaget, J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant*. Neuchatel: Delachaux et Niestlé.
- Pinker, S. (2000). *Comment fonctionne l'esprit*. Paris: Odile Jacob.
- Powers, W. T. (1973). *Behavior: the control of perception*. Chicago: Aldine.
- Rotter, J. B. (1966). General expectancies for internal vs external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Sarafino, E. P. (1996). *Principles of behavior change*. Toronto : Wiley.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138,32.
- Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York : Free Press.
- Vickers, G. (1959). The concept of stress in relation to the disorganisation of human behaviour. Dans J. M. Tanner. (Ed.). *Stress and psychiatric disorder*. Oxford: Blackwell.
- Wachtel, P. L. (1997). Transference, schema and assimilation. The relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference. *Annals of psychoanalysis*, 8, 59-76
- Watzlawick, P., Beavin, H. H., Jackson, D. D. (1967). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil, 1972.
- Woollams, S. & Brown, M. (1979). TA: *The total handbook of transactional analysis*. Toronto : Prentice-Hall.
- Young, J., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. NewYork : Guilford.

## Résumé

La conception psychologique du fonctionnement de la personne et de la psychothérapie présentée dans cet article s'inscrit principalement dans la suite des travaux de Grawe (2004) et de Powers (1973). De ce point de vue, la personne est abordée comme un ensemble complexe de systèmes de contrôle parallèles et hiérarchiques, implicites et explicites. Le système de contrôle devient l'unité de base pour l'analyse du fonctionnement de la personne. Cette approche met en évidence l'interaction entre la perception, la cognition, le désir, l'émotion et le comportement d'une personne confrontée à la réalité de son vécu intérieur et du monde extérieur. Ce modèle fournit une grille permettant d'analyser le discours du client selon 8 éléments : la réalité objective (RO) ; les distorsions perceptuelles (Di) ; la réalité subjective (RS) ; la réalité désirée (RD) ; les émotions (É) ; le signal d'erreur (SE) ; les stratégies (S) et leurs conséquences (C). Les interventions du thérapeute seront également classifiées en fonction de 6 tâches thérapeutiques : établir une relation optimale (Intervention de type 1) ; retourner aux faits (Intervention de type 2) ; réduire les distorsions perceptuelles (Intervention de type 3) ; expliciter et remettre en question les désirs et les règles de vie (Intervention de type 4) ; augmenter l'efficacité des stratégies utilisées par la personne pour réduire ses signaux d'erreur (Intervention de type 5). Dans certains cas, le thérapeute doit augmenter la motivation du client en favorisant l'émergence de signaux d'erreurs spécifiques (Intervention de type 6). La seconde partie de l'article fournit l'analyse d'un entretien thérapeutique guidée par la théorie des systèmes de contrôle. Cet article conclut par une réflexion sur le rôle complémentaire des approches en psychothérapie.

Mots-clé : Système de contrôle, personnalité, psychothérapie, adaptation, intégration, cybernétique, grille d'analyse.

## Summary

The psychological approach to individual's functioning and psychotherapy presented in this article refers mainly to Grawe's (2004) and Powers' (1973) works. From this point of view, personality is a complex group of parallel, hierarchic, explicit and implicit systems of control. The system of control becomes the basic unit for the analysis of a person's behaviour. It provides a grid analysis of the client's conversation according to 8 elements: objective reality (OR); perceptual distortions (Di); subjective reality (RS); desired reality (RD); emotions (É); error signal (SE); strategies (S) and their consequences (C). The therapist's interventions will also be classified according to 6 therapeutic tasks: establish a good relationship (type 1 intervention); return to the facts (type 2 intervention); reduce perceptual distortions (type 3 intervention); clarify and reconsider the client's desires and rules of life (type 4 intervention); increase the effectiveness of strategies used by a person to reduce his/her error signals (type 5 intervention). In certain cases, the therapist must increase the client's motivation by encouraging the emergence of specific error signals (type 6 intervention). The second part of the article provides the analysis of a therapeutic interview guided by control system approach. This paper concludes by a comment on the complementary role of theories in psychotherapy.

Keywords: Personality, system of control, psychotherapy, adaptation, integration, cybernetics, grid analysis.

Figure 1 : Illustration des relations entre les principaux éléments du système de contrôle

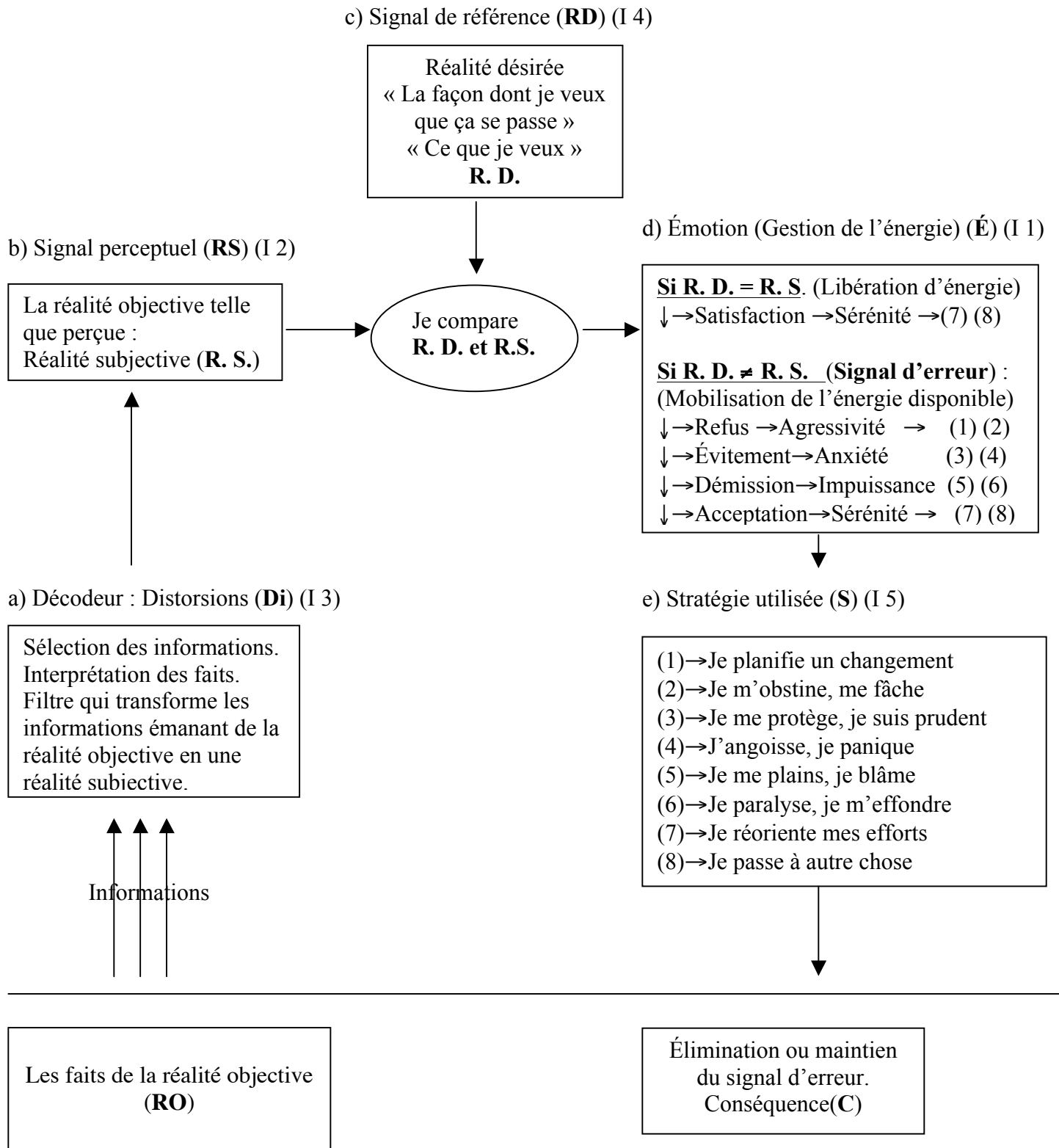


Tableau 1

Correspondance entre les éléments du discours du client, les interventions du thérapeute et les approches psychothérapeutiques

Éléments du discours (8 éléments)	Intervention du thérapeute (6 types)	Approches et techniques utiles
Mobilisation d'énergie ou <b>émotions (É)</b> indiquant la présence d'un signal d'erreur (SE = écart entre RD et RO)	<u>Intervention de type 1</u> Apaisement des émotions par l'établissement d'un lien de confiance et de collaboration entre le thérapeute et son client	<u>Approche centrée sur le client</u> : Empathie, chaleur et acceptation inconditionnelle Techniques de relaxation et de respiration
Signal perceptuel ou <b>réalité subjective (RS)</b> émanant du traitement des faits de la réalité objective (RO)	<u>Intervention de type 2</u> Confrontation de la réalité subjective aux faits de la réalité objective	<u>Thérapie cognitive</u> : Questionnement socratique et techniques de confrontation en position basse
Les <b>distorsions perceptuelles (Di)</b> ou l'interprétation des faits	<u>Intervention de type 3</u> Reconnaissance et épuration des distorsions perceptuelles	<u>Thérapie cognitive</u> : Techniques de restructuration cognitive
Signal de référence ou <b>réalité désirée (RD)</b> : désirs, attentes, exigences, valeurs et règles de vie	<u>Intervention de type 4</u> Explicitation et questionnement de la cohérence, du réalisme et de la légitimité des désirs et des règles de vie	<u>Psychanalyse</u> : Explicitation des contenus mentaux implicites, hypnose. conscientisation des désirs conflictuels, mise à jour des sources du comportement
Les <b>stratégies (S)</b> et leurs <b>conséquences (C)</b> observables ou anticipées	<u>Intervention de type 5</u> Enrichissement du répertoire de comportements de façon à favoriser l'accès à des stratégies efficaces et moralement acceptables pour réduire le signal d'erreur	<u>Behaviorisme</u> : Pratique et acquisition de nouveaux comportements, information, sensibilisation et désensibilisation analyse des contingences
Absence d'un signal d'erreur salulaire ou absence de motivation au changement : <b>langage changement</b> vs <b>langage non changement</b>	<u>Intervention de type 6</u> Motiver en faveur d'un changement utile au bien-être social, physique et mental de l'individu	<u>Entretien motivationnel</u> Susciter un discours pour le changement aux dépens d'un plaidoyer pour le statu quo