

LES ATELIERS  
DU PRATICIEN

MARIELLE SUTTER • LESLIE GREENBERG

# PRATIQUER LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR LES ÉMOTIONS

**GUIDE TRANSDIAGNOSTIQUE  
DES DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES**

*Traduit de l'allemand par Marielle Sutter*

*Conseils et commentaires de Chantal Thévenoz*

**DUNOD**

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

Original Titel :

Praxis der Emotionsfokussierten Therapie

Ein transdiagnostischer Leitfaden

© 2021 by Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG

Kemnatenstr. 46, 80639 Munich, Germany

[www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de)

**NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :**



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2024

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

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

ISBN 978-2-10-085170-6

# Remerciements

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marielle Sutter

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

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

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

# Préface

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

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

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

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

En 2008, j'ai participé pour la première fois à un cours avec Leslie Greenberg dans le cadre d'un projet de recherche à l'université et j'ai senti dans la salle quelque chose de nouveau, de différent par rapport à mes expériences précédentes. Ce n'était pas seulement l'expérience fascinante de l'effet puissant du dialogue avec une simple chaise en bois. Ce n'était pas non plus ma surprise, en parlant à cette chaise vide, d'entrer très rapidement en contact avec mes blessures les plus profondes et de vivre une transformation émotionnelle plus riche et plus significative que de nombreuses prises de conscience vécues jusqu'alors dans le cadre de mon expérience personnelle en TCC. Non, ce qui me touchait le plus, c'était le climat de confiance et de sécurité que Leslie parvenait à susciter par sa simple présence et sa bienveillance. J'étais étonnée de le voir si humain et proche de

nous, bien qu'il fut l'un des chercheurs en psychothérapie les plus renommés au monde et qu'il ait 30 ans de plus que nous tous.

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

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

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

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

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

Marielle Sutter

# Les auteurs

## **Marielle Sutter**

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

## **Leslie Greenberg**

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



# Table des matières

Chapitre 1 – Introduction .....	12
Chapitre 2 – Origine et traitement des difficultés émotionnelles.....	18
<b>2.1</b> ■ PERSPECTIVE TRANSDIAGNOSTIQUE .....	20
<b>2.2</b> ■ THÉORIE DES ÉMOTIONS.....	22
2.2.1 Diagnostic des émotions .....	23
2.2.2 Productivité émotionnelle.....	28
<b>2.3</b> ■ FONCTIONNEMENT HUMAIN.....	32
2.3.1 Les émotions.....	33
2.3.2 Schémas émotionnels.....	34
2.3.3 Perception du Soi .....	35
2.3.4 Émotions inconscientes.....	35
<b>2.4</b> ■ PROBLÈMES DE TRAITEMENT DES ÉMOTIONS ET PROBLÈMES PSYCHIQUES .....	38
2.4.1 Dérégulation émotionnelle et perception négative de soi .....	38
2.4.2 Voir l'invisible.....	40
2.4.3 Les quatre difficultés fondamentales de traitement des émotions .....	41
<b>2.5</b> ■ LES TROIS PRINCIPES DU TRAITEMENT ET DU CHANGEMENT ÉMOTIONNEL.....	46
2.5.1 Ressentir et utiliser les émotions de manière consciente .....	47
2.5.2 Réguler les émotions et moduler l'affect .....	51
2.5.3 Transformer les émotions .....	54
<b>2.6</b> ■ MARQUEURS INDICANT DES DIFFICULTÉS DE TRAITEMENT ÉMOTIONNEL .....	57
<b>2.7</b> ■ LA RELATION THÉRAPEUTIQUE.....	61
2.7.1 Présence thérapeutique .....	62
2.7.2 Empathie .....	63
<b>2.8</b> ■ COMPRÉHENSION DU CAS ET MODÈLE MENSIT .....	64
2.8.1 Marqueurs (M comme Marqueur) .....	66
2.8.2 Souffrance émotionnelle (E comme Emotional pain) .....	67
2.8.3 Besoins (N comme Needs) .....	68
2.8.4 Émotions secondaires (S comme Secondary Emotions).....	68
2.8.5 Interruption (I comme Interruption).....	69
2.8.6 Thèmes (T comme Themes) .....	69
2.8.7 Co-construction de la formulation du cas.....	69
<b>2.9</b> ■ INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS POUR LE TRAVAIL AVEC LES ÉMOTIONS.....	71
Chapitre 3 – Pratique de la thérapie centrée sur les émotions.....	74
<b>3.1</b> ■ TRAVAILLER AVEC LES ÉMOTIONS .....	76
<b>3.2</b> ■ RENDRE LE RESSENTI ACCESSIBLE.....	78
3.2.1 Ressentir le vécu.....	82
3.2.2 Approfondir le ressenti .....	86
3.2.3 L'empathie comme attitude thérapeutique et intervention d'approfondissement de l'expérience.....	90
3.2.4 Le focusing pour expliciter un sentiment corporel ambigu ou manquant .....	94

<b>3.3</b>	<b>TRANSFORMER LES ÉMOTIONS</b> .....	103
	3.3.1 Préparation aux mises en acte avec les chaises .....	103
	3.3.2 Tâche sur deux chaises lors de processus autocritiques ou de clivage conflictuel.....	104
	3.3.3 Le dialogue sur la chaise vide pour résoudre les enjeux relationnels non résolus.....	120
<b>3.4</b>	<b>MODULER ET RÉGULER LE RESENTI</b> .....	146
	3.4.1 Rendre accessibles les émotions sur-régulées et clivées .....	149
	3.4.2 Mise en scène de l'auto-interruption en cas d'émotions surrégulées et interrompues.....	152
	3.4.3 Réguler à la baisse les émotions excessives.....	162
	3.4.4 Le dialogue d'auto-compassion et d'auto-apaisement en cas de douleur émotionnelle accablante.....	167
<b>3.5</b>	<b>PSYCHOÉDUCATION AXÉE SUR L'EXPÉRIENCE ET DEVOIRS À DOMICILE</b> .....	177
	3.5.1 Rationnel thérapeutique et psychoéducation.....	178
	3.5.2 Devoirs et exercices.....	180
<b>Chapitre 4 – Gérer les moments difficiles dans la thérapie centrée sur les émotions</b> .....		182
<b>4.1</b>	<b>MARQUEURS DE MOMENTS DIFFICILES</b> .....	185
	4.1.1 Moments difficiles avec des clients fragiles .....	187
	4.1.2 Principes généraux de gestion des moments difficiles.....	190
<b>4.2</b>	<b>« TO BE EFT/TCE » : LA PERSONNE DE LA THÉRAPEUTE</b> .....	192
	4.2.1 Les émotions de la thérapeute .....	192
	4.2.2 L'attitude de la thérapeute .....	194
<b>4.3</b>	<b>« TO DO EFT/TCE » : COMPRENDRE LE CLIENT À UN NIVEAU PLUS PROFOND ET GARDER LE FOCUS</b> .....	200
	4.3.1 Clarification empathique.....	202
	4.3.2 Intervention sur le blocage émotionnel et l'autoprotection pour encourager la motivation au changement.....	208
<b>Annexe – Fiches de travail</b> .....		222
	Fiche de travail n° 1 : Reconnaître les émotions adaptées (colère, tristesse, peur, honte, culpabilité, dégoût, fierté, curiosité, amour) .....	222
	Fiche de travail n° 2 : Mon émotion est-elle adaptative (« saine ») ou maladaptée (« malsaine ») ? .....	227
	Fiche de travail n° 3 : Qu'est-ce que je ressens ? Journal des émotions.....	229
	Fiche de travail n° 4 : Mes émotions sont-elles adaptatives, maladaptées ou secondaires ? Est-ce que je bloque certaines émotions ? .....	231
	Fiche de travail n° 5 : Exercice : Respiration abdominale et lieu sûr .....	235
	Fiche de travail n° 6 : Écrire une lettre bienveillante à soi-même.....	237
	Fiche de travail n° 7 : « Time-Machine Self-Soothing » .....	238
	Fiche de travail n° 8 : « Clearing a Space » .....	240
	Fiche de travail n° 9 : Présence thérapeutique.....	241
<b>Bibliographie</b> .....		243



# Chapitre **1**

## **Introduction**



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

(Gendlin, 1986, p. 178)

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

L'EFT/TCE trouve ses racines dans les approches humanistes et existentielles. Elle intègre des éléments de la Thérapie centrée sur la personne (Rogers, 1957 ; 1959), de la Gestalt-thérapie (Perls, Hefferline & Goodman, 1951), de l'approche expérientielle du Focusing (Gendlin, 1962 ; 1996) et des Thérapies existentielles (Frankl, 1959 ; Yalom, 1980). Dans la perspective humaniste de l'EFT/TCE, les êtres humains aspirent à survivre et à se développer. L'évolution nous a dotés d'un système émotionnel qui est le moteur de la survie et de la croissance. C'est pourquoi l'EFT/TCE considère les émotions comme fondamentalement adaptatives. Les émotions adaptées fournissent rapidement et automatiquement à notre organisme des informations importantes et déclenchent des réactions viscérales qui aident l'organisme à répondre rapidement à une situation en fonction de ses besoins. La satisfaction des besoins est corrélée à la santé mentale (Grawe, 1998 ; 2004). Des expériences d'apprentissage défavorables dans l'enfance conduisent au développement de schémas émotionnels inadaptés, qui motivent l'organisme à se protéger contre d'autres expériences douloureuses, mais qui ne l'aident pas à obtenir ce dont il a besoin. Les schémas émotionnels mal adaptés constituent un terrain propice au développement de troubles psychiques (voir chapitre 2). La thérapie doit les rendre accessibles, les soumettre à l'expérience, les réguler et les transformer par l'activation simultanée d'émotions saines (voir chapitre 3).

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

Pour transformer les émotions, il est nécessaire de les accueillir et de les vivre consciemment dans l'ici et maintenant. Seul ce qui est vécu peut être transformé ; ce qui est clivé reste inchangé. Il ne suffit pas non plus de penser, de parler ou d'identifier l'origine des émotions de manière intellectuelle. Le changement nécessite une activation procédurale (Grawe, 1998) ou, en d'autres termes, « You have to feel it, in order to heal it » (Greenberg, 2015). Pour prendre conscience des émotions profondes et les accueillir, nous devons accepter qui nous sommes et ce que nous ressentons. Le changement ne peut se produire que lorsque nous devenons la personne que nous sommes, et non lorsque nous essayons de devenir la personne que nous ne sommes pas (Beisser, 1970). Encourager ce processus est un autre objectif de la thérapie centrée sur les émotions.

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

Les connaissances accumulées au fil des décennies dans le domaine de l'étude des phénomènes cliniques ont été reliées aux théories modernes des émotions (Ekman & Friesen, 1975 ; Frijda, 1986) et enrichies par les connaissances des

neurosciences affectives (Damasio, 1999 ; Davidson, 2000 ; Lane, Ryan, Nadel & Greenberg, 2015 ; Schore, 2003 ; Porges, 2011). La recherche en psychothérapie a aidé à comprendre *comment travailler avec les émotions* pour qu'elles se transforment, et les neurosciences affectives ont aidé à comprendre *pourquoi il en est ainsi*. Il en résulte une approche thérapeutique autonome, pratique et centrée sur le processus et l'expérience, initialement appelée « Thérapie centrée sur le processus et l'expérience » (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2013), puis rebaptisée « Thérapie centrée sur les émotions » (Greenberg, 2015 ; Greenberg & Johnson, 1988 ; Greenberg & Paivio, 1997 ; Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Depuis, l'efficacité de l'EFT/TCE a été démontrée par de nombreuses études contrôlées et randomisées (Timulak, Shigeru & Elliott, 2019) et elle est répertoriée par la 12<sup>e</sup> division de l'APA (American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice) comme une méthode empirique de traitement de la dépression (APA, 2006).

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

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

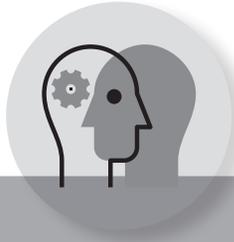
L'EFT/TCE a également démontré son efficacité dans le traitement de divers troubles anxieux, notamment le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les études qui ont examiné l'efficacité de l'EFT/TCE chez les personnes souffrant de troubles anxieux généralisés ont montré une réduction significative des symptômes d'anxiété, une amélioration du traitement et de la régulation des émotions ainsi qu'une augmentation de la conscience et de l'expression des émotions

(Timulak & McElvaney, 2017 ; Watson, Chekan et McMullen, 2017). Les études qui ont examiné l'efficacité de l'EFT/TCE dans les troubles d'anxiété sociale ont montré une amélioration significative des symptômes d'anxiété sociale, du traitement émotionnel et de l'expression émotionnelle dans les situations sociales (Elliott *et al.*, 2013 ; Shahar, 2014 ; Shahar, Bar-Kalifa & Alon, 2017). Dans l'étude de Paivio *et al.* (2010), l'efficacité de l'EFT/TCE a été examinée dans le traitement du trouble de stress post-traumatique. Les participants ayant suivi l'EFT/TCE ont montré des réductions significatives des symptômes de TSPT et des améliorations du traitement et de la régulation émotionnels.

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

# Chapitre 2

## **Origine et traitement des difficultés émotionnelles**



2.1	Perspective transdiagnostique	20
2.2	Théorie des émotions	22
2.3	Fonctionnement humain	32
2.4	Problèmes de traitement des émotions et problèmes psychiques	38
2.5	Les trois principes du traitement et du changement émotionnel	46
2.6	Marqueurs indiquant des difficultés de traitement émotionnel	57
2.7	La relation thérapeutique	61
2.8	Compréhension du cas et modèle MENSIT	64
2.9	Indications et contre-indications pour le travail avec les émotions	71

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

## 2.1 PERSPECTIVE TRANSDIAGNOSTIQUE

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

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

Par conséquent, la psychologie clinique tend actuellement à s'éloigner des systèmes de classification catégorielle (CIM et DSM) au profit de systèmes de classification et d'approches thérapeutiques transdiagnostiques (par exemple Barlow et al., 2004, 2017). Pour les cliniciens, cela présente l'énorme avantage de mieux refléter la réalité et de ne pas devoir apprendre et appliquer un nouveau protocole pour chaque type de trouble, comme c'est la règle aujourd'hui dans la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les approches transdiagnostiques présentent aussi l'avantage, en cas de troubles comorbides chez un patient, de ne pas devoir choisir quel est le trouble primaire sur lequel se concentrer. L'abondance de différents protocoles – dans une approche par diagnostic – rend difficiles aussi bien la formation que la diffusion et la mise en œuvre d'une psychothérapie efficace. Tous ces problèmes disparaissent dans les approches psychothérapeutiques « transdiagnostiques », c'est-à-dire qui couvrent tous les troubles. Les approches

transdiagnostiques fonctionnent de la même manière que les psychotropes. Ceux-ci sont également transdiagnostiques dans une certaine mesure. Par exemple, les antidépresseurs agissent sur plusieurs formes de troubles anxieux, de dépression et de troubles alimentaires (Müller, 2000).

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

L'EFT/TCE suit une approche humaniste et existentielle. Dès ses débuts dans les années 1980, elle a développé une approche de traitement transdiagnostique. Elle se base sur la simple observation que les clients qui cherchent une aide psychothérapeutique souffrent de sentiments douloureux récurrents et ont une mauvaise gestion de ceux-ci. On peut en tirer la conclusion simple que des changements dans le ressenti et une relation transformée au ressenti sont la clé d'un changement profond et d'une amélioration du bien-être. Au cours des décennies suivantes, l'EFT/TCE a étudié, à l'aide de recherche sur les processus et les résultats, ce qui se passait pendant des séquences de thérapie pertinentes, c'est-à-dire des séquences au cours desquelles se produisaient des changements profonds dans l'expérience des clients. Différentes variables de processus (par exemple la profondeur du traitement émotionnel ou l'activation émotionnelle du client) ont été isolées et mises en relation avec le résultat de la séance et de la thérapie. Ce type de recherche était exceptionnel à une époque où les études randomisées contrôlées (« randomized controlled trials », RCT) étaient considérées comme l'étalon-or. Par exemple, Adams et Greenberg (1996) ont étudié le lien entre les interventions thérapeutiques, la profondeur de traitement des clients et le résultat de la thérapie. La focalisation des interventions thérapeutiques (sur l'expérience profonde) influence la profondeur de traitement des clients, qui est à son tour corrélée à un résultat thérapeutique positif. Les résultats de ces recherches ont constitué la base scientifique de l'EFT/TCE.

Un large consensus existe aujourd'hui sur le fait que les troubles psychiques sont liés à l'expérience récurrente d'émotions négatives et à une mauvaise gestion de celles-ci. La plupart des approches de la troisième vague se focalisent sur les

émotions et leur gestion, par exemple la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), la Thérapie Dialectique-Comportementale (Dialectical Behavior Therapy, DBT) ou la Psychothérapie Dynamique Accélérée Expérientielle (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, AEDP).

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

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

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

## 2.2 THÉORIE DES ÉMOTIONS

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

Le travail différentiel avec différents types d'émotions s'est développé à partir de la pratique clinique et de l'étude des instants de changement dans la thérapie (Greenberg, 2015). Reconnaître les différents types d'émotions est l'une des compétences les plus importantes des thérapeutes qui travaillent avec les émotions. Le diagnostic des émotions est un *diagnostic orienté vers le processus*, c'est-à-dire que les thérapeutes suivent l'auto-organisation émotionnelle de leurs clients

instant après instant et donnent une direction au travail thérapeutique. Outre le diagnostic des émotions orienté sur le processus, les thérapeutes EFT/TCE se concentrent toujours sur la manière dont les clients gèrent leurs émotions (« productivité émotionnelle », section 2.2.2). Les émotions sont-elles suffisamment régulées, différenciées et symbolisées ? Le client a-t-il accès à son vécu ? Peut-il percevoir et comprendre ses émotions ? Le traitement des émotions implique que les clients gèrent leurs émotions de manière productive.

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

## 2.2.1 Diagnostic des émotions

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

### ► Émotions adaptées (primaires)

Les émotions adaptées primaires sont nos réactions automatiques et immédiates face à une situation (un sentiment instinctif immédiat). Il peut s'agir d'émotions biologiques comme la tristesse, la colère ou la curiosité, mais aussi d'émotions complexes comme la jalousie, la gratitude ou l'affection. Les émotions adaptées ne sont ni sur- ni sous-régulées, elles sont adaptées à la situation et déclenchent une *tendance à l'action d'approche* qui nous aide à *gérer une situation en fonction des besoins de notre organisme* (Greenberg et al., 1993 ; Elliott et al., 2013 ; Greenberg, 2015). Un bon accès aux émotions adaptées et leur utilisation sont corrélés avec la santé mentale et le bien-être (Grawe, 1998, 2004). Par exemple, la tristesse après une perte nous aide à aller vers les personnes qui peuvent nous apporter réconfort et sécurité, ou nous aide à nous retirer lorsque nous voulons être seuls avec notre douleur. La colère affirmative est également une émotion adaptée, que nous éprouvons quand nous nous sentons traités injustement ou lorsqu'une

personne proche est menacée. La colère affirmative est une énergie puissante qui nous aide à mettre des limites et à nous protéger. Sans colère adaptée, nous ne pouvons pas nous défendre et lutter pour nos droits. Le dégoût est une émotion que nous percevons quand quelqu'un ou quelque chose est toxique ou dangereux pour nous. Lorsque nous ressentons du dégoût, le réflexe est de recracher ce qui est toxique ou de prendre nos distances avec la personne que nous considérons comme dangereuse.

Les émotions adaptées sont des vecteurs d'information importants. Elles nous informent de ce qui est bon pour nous et de ce qui ne l'est pas. Elles nous aident à obtenir ce dont nous avons besoin ou à nous protéger de ce qui nous fait du mal. Si nous parvenons à percevoir et à comprendre nos émotions adaptées, elles nous serviront de boussole importante pour satisfaire nos besoins et mener une vie bonne et épanouie. Les émotions adaptées ne sont pas toujours agréables, elles peuvent aussi être douloureuses et pénibles. La jalousie ou la honte sont difficiles à supporter. Pourtant, si elles sont adaptées à la situation, elles sont des sources d'information importantes. Elles nous disent ce que nous aimerions avoir et que nous n'avons pas (jalousie) ou que nous avons fait quelque chose de répréhensible. En thérapie de couple, le fait de ressentir et d'exprimer de la honte après une liaison extraconjugale est le principal prédicteur du pardon (Greenberg & Woldarsky Meneses, 2019). Les émotions adaptées nous aident à faire face de manière constructive à la situation dans laquelle nous nous trouvons et elles se transforment au fur et à mesure que la situation évolue. On les ressent comme neuves et vivantes, même si elles sont douloureuses.

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

### ► Émotions inadaptées (primaires)

Les émotions primaires inadaptées sont également des réactions émotionnelles automatiques et immédiates, mais elles émanent d'expériences d'apprentissage traumatiques dans l'enfance (Greenberg & Paivio, 1997), d'interactions défavorables avec des figures d'attachement ou d'un échec de la régulation dyadique

des affects dans l'enfance (Schoore, 2003 ; Stern, 1985) (section 2.4). Contrairement aux émotions adaptées, elles ne se transforment pas au fur et à mesure de l'évolution de la situation mais constituent des états émotionnels tenaces, récurrents et pénibles, la « same old story » (Angus & Greenberg, 2011), qui se déroule comme un fil rouge tout le long de notre vie (par exemple « je n'ai aucune valeur » ou « je suis seul-e »).

Les émotions inadaptées fournissent des tendances à l'action évitantes qui aident à nous protéger des expériences blessantes (si je me considère comme sans valeur et que je refuse toute proximité, je ne peux pas être blessé ou déçu). Elles ont donc une fonction de protection importante, mais elles empêchent la satisfaction de nos besoins (établir une relation proche et satisfaisante). Si les émotions inadaptées sont si pénibles à vivre, c'est qu'elles sont fortement liées à notre expérience de nous-mêmes et à notre sentiment d'identité (par exemple « je suis seul-e », « je suis faible et impuissant-e », « je suis insuffisant-e »).

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

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

Du fait que ces émotions sont si douloureuses, elles sont également appelées « core pain » ou douleur centrale. Comme nous essayons de préserver notre organisme de la douleur, nous nous protégeons contre l'expérience d'émotions inadaptées. De nombreux clients ont une peur intense de perdre leur stabilité