

Newsletter #3 du Réseau Français de la SEPI

(Septembre 2017)



Bonjour,

Je vous annonce avec beaucoup d'émotions la sortie de mon premier ouvrage à destination de TOUS les PSYCHOTHÉRAPEUTES : L'approche intégrative en psychothérapie : Anti-manuel à l'usage des thérapeutes ! Il sortira cette semaine, vous pouvez l'obtenir sur le site de l'éditeur [ESF Sciences Humaines](#), en librairie et [en ligne](#). Le livre sort des lignes tracées en France et je l'espère permettra l'émergence de débats fructueux au-delà des conflits identitaires "d'écoles thérapeutiques" !



Voici une interview de Florian Wschiansky, médecin psychiatre psychothérapeute FMH (Fédération des Médecins Suisse), il travaille dans un cabinet comme indépendant au Grand Saconnex en thérapies individuelles, de couple, sexothérapie et a de multiples formations dont il va nous parler.



Maximilien : Peux-tu nous dire comment tu en es arrivé là ?

Florian : Je pense que les courants (psychothérapeutiques) on s'y ouvre ou on ne s'y ouvre pas, si on n'a pas envie.

J'avais une vingtaine d'années, j'étais en études de médecine, une connaissance avait des problèmes de TOC (trouble obsessionnel compulsif) et moi je découvrais la

médecine (et après la psychiatrie) et cette connaissance qui avait un TOC s'est fait soigner par un psychothérapeute psychanalytique. Ici à Genève en 1985, il y avait l'école psychanalytique qui tenait le haut du pavé, qui était glorieuse et puis cette connaissance à moi se faisait traiter chez ce thérapeute analytique qui lui a déconseillé d'aller voir un collègue TCC (et elle lui aurait même dit explicitement que si elle arrêtait la thérapie psychodynamique en cours, qu'elle n'irait jamais mieux) et cette connaissance allait de mal en pis. Apparemment, elle aurait aussi développé durant cette prise en charge une addiction au Xanax. Elle allait tellement mal que finalement elle a interrompu son suivi chez ce thérapeute psychanalytique (contre l'avis de ce dernier) et elle est allée se faire soigner en Angleterre chez un « ponton » de la TCC, qui s'appelle Isaac Marx ; et heureusement, ça l'a bien aidé. Par la suite, cette connaissance est allée chez un collègue à Lyon, le Professeur Cottraux, pionnier TCC en France à l'époque. Donc tout ça, ça m'a tout de suite rendu attentif à ces différentes écoles.

Après, un peu plus tard en 1995, je me retrouve en gynéco-psychosomatique chez le Professeur Pasini, qui était assez éclectique, et il m'a fait découvrir Helen Kaplan. À travers elle et son modèle de sexothérapie intégrative, ça a clairement validé une approche intégrative TCC et psychodynamique, deux écoles/modèles auxquels je m'intéressais déjà depuis quelques années. En effet, quand j'ai commencé ma formation de psychiatrie j'étais dans la psychiatrie générale, et j'ai fait de mon propre chef une formation TCC pendant deux ans à Lyon, et parallèlement, j'étais exposé à Genève dans le bain psychanalytique/psychodynamique ambiant... et puis elle, Helen Singer Kaplan, ce qui était bien, c'est qu'elle m'a permis tout de suite d'intégrer les deux, de voir quelqu'un de renommé qui intégrait les deux approches/écoles : la cognitivo-comportementale et la psychodynamique. A cette époque j'ai aussi été validé/inspiré par le livre de Judd Marmor de 1980, « *The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies* », dont le dernier chapitre a d'ailleurs été écrit par Helen Singer Kaplan. Par la suite, un autre livre et une autre approche ont clairement validé cette intégration que j'explorais entre psychodynamique et TCC, c'est l'APT (Affect Phobia Therapy) de Leigh McCullough et son excellent livre/manuel : « *Treating Affect Phobia: a Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy* ». Donc, à cette époque j'ai été beaucoup exposé à la psychodynamique, parce qu'il y avait beaucoup ça à Genève, et aussi un peu à la TCC, à travers ma formation psychothérapeutique à Lyon.

Par la suite, en sexologie, je me suis aussi intéressé à d'autres thérapies : aux thérapies de couple et à la sexologie; il y avait les approches comportementales de couples, l'Imago, l'approche Sexocorporelle de Desjardin... Vers cette époque, je découvre aussi (à travers ma propre psychothérapeute) la thérapie ISTDP de Davanloo (Psychothérapie psychodynamique intensive et brève) et là, j'avais 26-27 ans. Donc, à partir de 27-28 ans je découvre l'ISTDP et puis là j'en ai une cinquantaine passée donc ça fait 22 ans... Et puis il y a eu d'autres approches qui se sont greffées dessus comme l'IPT (Thérapie interpersonnelle pour la dépression), (j'ai aussi été formé à cela), l'EFT de couple de Sue Johnson, la TBM de Fonagy et Bateman.....

M : Peux-tu nous en dire plus, au sujet de l'ISTDP ?

F : L'ISTDP de Davanloo, je crois que c'est quelque chose qu'il a d'abord développé de façon clinique, et après il s'est associé à David Malan, qui est très important (dans le

monde des psychothérapies brèves psychodynamiques). (Tu connais peut-être le bouquin de Malan qui s'appelle « Psychodynamique et psychothérapie individuelle : une perspective scientifique », c'est un bouquin de 1980.) En fait Davanloo c'était plus le clinicien, Malan plus le théoricien et puis l'ISTDP est venu. Ce qu'il y a de particulier en ISTDP c'est que tu vas rapidement confronter le patient à ses défenses. En effet, le thérapeute va aller vers son « cœur » émotionnel, et disons que sur le chemin de ces rapprochements rapides, il y a les défenses qui montent, tu clarifies les défenses, tu fais un travail assez confrontant avec les défenses et très souvent il y a de la colère ou de la rage qui apparaissent dans la relation transférentielle, ça c'est une des façons de décrire un aspect de l'ISTDP. En fait tu atteins rapidement des émotions ; lui (Davanloo) il appelle ça l'ouverture de l'inconscient et après tu travailles avec les émotions et les souvenirs/images associés que tu rencontres. Une des particularités de l'ISTDP, c'est une grande attention portée aux défenses et des interventions parfois très incisives vis-à-vis des défenses ; une intervention caractéristique en ISTDP, s'appelle la « *Head On Collision* » avec les défenses, quand elles sont « cristallisées dans le transfert » ; c'est une confrontation « frontale » du patient à ses défenses, avec assez souvent pour résultat le retournement du patient contre ses défenses et l'émergence d'émotions et de souvenirs importants.

M : Selon toi, le fait d'avoir un suivi analytique qui dure plusieurs années, à côté de ce que tu exposes, quel sens ça a ? Est-ce que ça voudrait dire que l'on prend beaucoup trop de temps pour adresser des défenses ? On resterait dans quelque chose de trop flou dans une psychanalyse classique ?

F : Très bonne question. Je dirai que certains tenants de l'ISTDP diraient que tu perds ton temps, ou qu'un certain nombre de fois tu perds ton temps. Eux ils sont pour une attitude très rapide (ça fait quand même parti des écoles des thérapies brèves psychodynamiques, toute cette famille...) Tu connais peut-être le site www.iedta.net ? Eux (l'ISTDP) « sont là-bas » ; (l'ISTDP est une des EDT). Certains de ces thérapeutes diraient que tu perds ton temps, mais d'autres sont nuancés en partie, il y en certains qui sont pour une approche plus douce, dont Diana Fosha (et son AEDP). Mais c'est clair qu'un thérapeute ISTDP classique te dira que tu perds ton temps et puis que tu devrais faire autre chose !

M : Tu parles de Fosha qui propose l'AEDP (La psychothérapie Accélérée Expérientielle et Dynamique) qui serait finalement plus soft, où l'on prendrait plus son temps, on serait moins à la recherche d'une efficacité au plus vite ?

F : C'est ça, mais c'est pas l'idée d'être moins dans une efficacité rapide, en AEDP c'est un peu différent.

Fosha et l'AEDP c'est venu après l'ISTDP. Fosha elle a aussi été formée par/exposée à Davanloo (et son ISTDP) et elle s'est dit « moi au fond il y a des choses qui ne me conviennent pas tout à fait dans cette méthode, j'ai envie de faire un truc un peu différent ». En quelques mots l'AEDP, ce qu'il y a de similaire avec l'ISTDP c'est qu'il y a aussi des origines psychodynamiques, ils utilisent le même triangle de conflit de Malan qui est très important (les émotions, l'anxiété/les émotions inhibitrices, les défenses),

mais effectivement l'idée c'est plus d'établir dès le départ une expérience relationnelle positive, validante, empathique et rassurante, une sorte de prototype de relation d'attachement. En AEDP, on va plutôt essayer au maximum de « faire fondre » les défenses pour accéder aux « *core feelings* ». Entre autres le thérapeute AEDP le fera en portant beaucoup d'attention aux capacités existantes et émergentes de chaque patient (aux manifestations de la « transformance » de chaque patient ; selon Fosha, la « *transformance* » est la motivation profonde de chaque individu de se transformer, de se réaliser, de s'épanouir..., dans des environnements appropriés ...) ; en AEDP on appelle de ça « affirmation » et « *transformance detective* ». Par exemple, quand le patient a fait/vécu/réalisé quelque chose de positif, le thérapeute peut -avec le patient- le voir, l'affirmer, explorer le vécu et les perceptions du patient par rapport à son comportement « positif », puis, si le patient évoque des sentiments positifs, lui demander comment il se sent quand il parle au thérapeute de ce sentiment positif qu'il a (au sujet de son comportement positif). Ça fait une spirale de vécu (positif) et de mentalisation/réflexion sur soi, qui est appelée « processing métathérapeutique » ou « *metaprocessing* » par Fosha. Par ailleurs, le thérapeute peut aussi demander au patient comment c'est pour lui que le thérapeute (et le patient) voi(en)t un comportement positif (existant ou nouveau) chez le patient ? Et là, le thérapeute peut éventuellement à nouveau faire un ou plusieurs cycles de « métaprocessing ». Souvent, ces processus de métaprocessing permettent d'approfondir la connexion émotionnelle entre le patient et lui-même et le patient et le thérapeute, et font émerger des souvenirs de relations/situations dans le passé dans lesquelles ce type de connexions émotionnelles n'ont pas existé, a manqué (ce qui a pu rendre triste, en colère ...). Donc via ces mouvements de « affirmation » ou « *transformance detective* » et de « *metaprocessing* », l'accès aux émotions et aux souvenirs heureux et malheureux se fait souvent en commençant à travailler avec un comportement positif et les émotions associées, ainsi qu'avec la relation patient-thérapeute.

M : Dans tous les suivis ? Dans toutes les rencontres ?

F : Oui, généralement. Évidemment chaque dyade est différente : chaque patient et chaque thérapeute sont différents. Les deux approches ISTDP et AEDP ne sont pas totalement antinomiques. Par exemple dans l'ISTDP, il y a un gars qui a fait (et qui continue à faire) beaucoup de recherches et qui s'appelle Allan Abbas ; il propose une approche plus douce que celle de l'ISTDP « classique » de Davanloo.

Si je reste quelques instants avec l'AEDP, si tu commences avec un patient, tu commences à l'aborder puis à aller vers ses difficultés tout en douceur, mais si tu vois qu'il y a une défense qui reste en place et qui ne fondent pas et bien là tu peux devenir plus confrontant, plus clarifiant, après tu peux prendre des stratégies qui sont plus similaires à l'ISTDP.

M : L'AEDP serait alors plus évoluée, moins classique ?

F : Ça je ne sais pas, c'est une autre thérapie, est-ce que c'est plus moderne... en tout cas c'est plus récent et chacun a son regard sur l'un ou l'autre.

M : Est-ce que tu vois des incompatibilités entre l'utilisation de la TCC et de l'AEDP par exemple ?

F : Pas à ce jour, mais j'utilise plus la TCC pour les symptômes, pour l'Axe I en fait, les problèmes anxieux ou dépressifs ; pour la dépression, je vais aussi utiliser l'IPT (*Interpersonal Therapy for Depression*). Moi je ne vois pas d'incompatibilités. Ce qui est important c'est de faire une intervention à la fois, intervention qui a son sens à ce moment-là.

Il n'y a pas longtemps (~en 2012) j'ai découvert l'AEDP de Fosha, et j'ai remarqué récemment que ce que fait le thérapeute avec le patient est très semblable à ce que fait Steven Hayes en ACT. Et puis pour le trouble oppositionnel avec provocation chez l'enfant, quand tu regardes les stratégies thérapeutiques TCC, il y a des ingrédients très similaires à l'AEDP. Tu as des mots différents, des terminologies/des modèles différentes, mais quand tu regardes les « mouvements » que le thérapeute fait avec un patient il y a souvent des similitudes.

M : Ce que tu dis, c'est qu'au fond, même en venant d'horizons différents, en ayant des théories différentes, une conception de l'humain différente, les thérapeutes finalement, si on les regarde de l'extérieur, sembleraient emprunter les mêmes chemins...

F : Parfois les mêmes chemins, et souvent les mêmes mouvements, les mêmes mouvements relationnels.

M : C'est intéressant comme terme, peux-tu en dire plus ?

F : Par exemple ce que l'on fait maintenant. Tu me poses des questions, je t'écoute et je te réponds ; c'est un mouvement relationnel, je ne te réponds pas à côté. C'est une interaction contingente. Un autre exemple : tu me parles, on prend rendez-vous et j'ai une attitude respectueuse avec toi, c'est un mouvement. Un autre mouvement relationnel c'est de proposer à quelqu'un de « regarder » une interaction (récente dans la vie courante ou dans l'interaction patient-thérapeute) et de dire ce qui s'est passé, comment il s'est senti, ce qu'il a fait. Chez Malan on « analyse »/synthétise ça avec le triangle du conflit : une situation qui déclenche des émotions, de l'anxiété/des peurs et des défenses/comportements. Quand tu regardes cette grille d'analyse (le triangle du conflit de Malan) et tu le compares à comment ça se passe en TCC, ils font une « grille SECCA » avec le patient et ils ont aussi un triangle avec comportements-émotions-cognitions. C'est la même chose, on retrouve ce triangle aussi en EFT de couples (Sue Johnson). Après il y a l'empathie (on retrouve beaucoup de mouvements empathiques dans de multiples psychothérapies), c'est aussi un « mouvement relationnel », ça.

M : Mais on peut avoir des mouvements dans des endroits différents. Dans une psychanalyse classique, en mettant Kohut de côté, on pourrait dire qu'« avoir de l'empathie » c'est aussi casser la dynamique transférentielle, si on va vers le patient avec une certaine chaleur...

F : Tout à fait

M : Et donc là il y a incompatibilité tout de même ?

F : C'est juste, effectivement. Moi je ne connais pas toutes les nuances théoriques des différentes écoles. Je sais ce que je sais, je ne sais pas ce que je ne sais pas. En tout cas, je sais que dans l'approche AEDP, il y a de l'empathie, de la collaboration, et que à ce niveau c'est similaire à la TCC. A la limite, je suis comme dans un supermarché, je prends ce qui me plaît à un moment donné et j'essaye d'en faire une sauce qui a du sens pour moi.

En 2006 à un congrès sur la thérapie de couple à Louvain, Alan Gurman un professeur américain demandait à la salle « qui utilise un seul modèle thérapeutique ? » et quelques-uns ont levé la main, puis il a demandé « qui en utilise plusieurs » et la plupart des personnes présentes ont levé la main. Donc on voyait que la majorité faisait un mix et effectivement parfois les incompatibilités on essaye de les résoudre comme on peut. Mais on essaye d'avoir un modèle intégratif qui essaye d'avoir une certaine cohérence.

M : La difficulté est peut-être de comprendre pourquoi l'on change de modèle, par rapport à quoi ? Un symptôme qui résiste, par rapport à un malaise du thérapeute ou du patient ? Pourquoi je passerais d'un modèle à un autre et pourquoi à un moment donné précis je change de modèle ? C'est pas tant pourquoi je change de modèle, mais c'est aussi pourquoi maintenant ?

Ça renvoie à la question de la résistance du patient, est-ce que c'est le patient qui résiste et donc on doit continuer ou est-ce que c'est le thérapeute qui résiste en se trompant de voie et qui doit changer de modèle ou de posture ?

F : Si on reste sur la situation clinique, Kaplan résumé très bien cela : il y a des causes immédiates et des causes plus profondes, par exemple d'un symptôme sexuel. On commence par le simple, par les causes immédiates, on a une approche comportementale ; si on voit que ça ne bouge pas assez, alors on s'intéresse un peu plus aux causes un peu plus profondes. Il y a un aller-retour entre les deux. Pour les « causes profondes » ... on peut les approcher soit avec une approche psychodynamique, soit avec la thérapie des schémas de Young, par exemple, selon ce que l'on a envie d'utiliser. Un phénomène, il a souvent plusieurs causalités et on va essayer d'aller travailler sur les causalités en jeu avec les outils qui nous parlent le plus.

M : J'ai l'impression que dans un cadre théorique systémique on pourrait parler de multicausalité au lieu d'une causalité linéaire, je me dis qu'en pensant à plusieurs modèles on doit faire intervenir une pensée systémique qui voudrait dire qu'il n'y a pas qu'une seule façon de travailler un problème et qu'il y aurait plusieurs niveaux sur lesquels on pourrait travailler.

F : C'est clair, je suis tout à fait d'accord avec toi. Par exemple, tu prends un enfant qui lance une balle. Il lance la balle. Il y a la physique liée à la balle, à la gravitation, la

vision, la coordination des mouvements, la force/le tonus , la musculature, son humeur du moment, sa situation de vie du moment ... , sa relation (et des émotions) par rapport à lancer des balles, sa relation (et ses émotions) par rapport à cette balle ... Il y a tellement de phénomènes/facteurs impliqués dans un phénomène « tout simple ». C'est multicausal, il y a plusieurs/beaucoup de niveaux, et c'est à nous de trouver, dans ces multiples niveaux, le ou les causalités impliquées et d'avoir des façons d'aborder/transformer cela de manière constructive. Il y a le modèle bio-psycho-social qui appréhende cette réalité. Le professeur Pasini (en sexologie) nous avait proposé « les cinq cercles » quand nous voyions un patient : le physique/somatique, le psychologique, le couple, la famille, le social/financier/professionnel.

Je crois me souvenir que le Professeur Cottraux avait dit quelque chose comme « les théories elles n'arrêtent pas de vivre et de mourir ». En psychothérapie aussi, car si tu te demandes ce qui fait qu'on choisit un modèle ou un autre ... mais chaque modèle c'est souvent l'intégration, la poursuite et l'affinement d'autres modèles. La TCC c'est un melting pot. La psychanalyse a pris plein de place, mais il y avait aussi Jung, Piaget à Genève, Pavlov, James, Sullivan... Il y a toujours eu plein de gens et après chacun prend ce qui est fait et ce qu'il cherche et trouve pour en faire quelque chose de cohérent.

M : Selon toi, est-ce que cela a du sens de former à une approche intégrative ? Faut-il simplement se former à plusieurs modèles ?

F : Parmi les validations d'une approche intégrative, à côté de Kaplan ou Judd Marmor (1980) que j'ai rencontrés au fur et à mesure, il y avait aussi l'APT (*Affect phobia therapy*) de Leigh Mc Cullough.

En 2012, je suis allé voir Fosha (et son AEDP, très proche de l'APT) une première fois à Paris, il y avait une quinzaine de Suédois qui sont venus. Ces Suédois étaient en formation au « SAPU », un institut, qui fait exactement ce que tu dis. Ils te forment à plusieurs approches en même temps. Ils font un enseignement de plusieurs écoles, qui leur paraissent complémentaires : la *Schema Focused Therapy* de Young, l'AEDP de Fosha, la TCC, la CFT de Gilbert, ... Si j'étais dans la position de décider de la formation des futurs thérapeutes, je penserais au livre de Despopoulos sur la physiologie humaine. Dans ce petit atlas de physiologie sont décrits tous les différents fonctionnements du corps (le sang, le cœur, les poumons ...), toute la physiologie dans un atlas ; à gauche tu as le dessin, le schéma, à droite tu as le texte. Moi je rêve d'un petit atlas avec quelques principes clefs de thérapie avec à gauche les dessins/schémas et à droite un texte explicatif. Effectivement ça serait une sorte de synthèse d'outils/interventions/concepts utiles en psychothérapie, qui viendraient de toutes les écoles. Je pense qu'il serait intéressant de proposer un enseignement intégratif, c'est clair.

M : Quels principes te viendraient à l'esprit pour un tel atlas ?

F : Parmi des principes clefs, il y a un qui est l'habituation, c'est fondamental pour une exposition progressive à toute sorte de choses (araignées, présentations, conflits, personne/proche triste ou en colère ou joyeuse, propres émotions/pensées, respect, intimité affective, succès ...), excellent dès que l'anxiété ou la honte ou la culpabilité est

impliquée. Il y a les stades du changement de Prochaska et Di Clemente et leur modèle transthéorique. Un autre c'est l'apprentissage social/vicariant/par imitation. Les mécanismes de renforcement d'un comportement, le conditionnement opérant de Skinner. Les émotions, la régulation émotionnelle, le sens des émotions, la gestion des émotions, l'évitement, les défenses/mécanismes de protection. Le respect de soi, l'affirmation de soi. Les traumatismes psychologiques, leur genèse, leurs conséquences, les processus de guérison ... Un autre « truc » important ça serait par rapport à la dépression, de pouvoir se permettre d'être mal, c'est l'acceptation, s'accepter comme on est, accepter les autres/la réalité comme elle est. Les quatre familles/types de causes de dépression (selon l'IPT). Une autre chose, ça serait les deux triangles de Malan, le triangle conflit (émotions, « anxiété », défenses/comportements) et le triangle de la personne (passé, vie courante, « transfert »/relation immédiate/actuelle). Il y aurait aussi les besoins, les comportements, processus d'attachement et les besoins, comportements, processus territoriaux ; deux types de besoins de base et complémentaires. La logique de guerre et la logique de paix. La théorie polyvagale et ses implications relationnelles, émotionnelles et cliniques/thérapeutiques. La connexion relationnelle, la déconnexion et la reconnexion relationnelle. Les interactions plus ou moins contingentes. Ce qu'on dit et ce qu'on fait. Le verbal et le non-verbal. La capacité à mentaliser/*self-reflect*. Les cognitions, les *working models*, les schémas. La capacité réceptive/confiance épistémologique. La neuroplasticité. ... (et il y en aurait encore beaucoup d'autres...).

M : Les modèles te permettent alors de combler des principes humains que tu décris ? Et donc qu'importe le modèle au fond, pour toi c'est « est-ce qu'il est suffisamment efficace pour donner à la personne ce dont elle a besoin » ?

F : Oui. C'est un côté assez utilitaire, assez pragmatique, faire ce qui fait sens à un moment donné ; si ça fait sens à un moment donné, je prends. Parfois tu as besoin d'un tournevis, parfois tu as un besoin d'un marteau, tu peux prendre un tournevis pour faire marteau, mais... il vaut mieux un marteau ! C'est pragmatique.

M : Ça peut ressembler à un bricolage aussi ? On peut répondre aux besoins dans l'instant, mais rater la problématique, l'enjeu. Une personne vient pour dépression, on l'a soutenue dans sa possibilité de quitter son emploi. Elle le quitte, va mieux, arrête le suivi puis revient 6 mois plus tard car elle est déprimée dans son nouvel emploi. On peut passer à côté de l'enjeu qui serait par exemple la difficulté à supporter l'autorité. Le pragmatisme poussé à l'extrême peut nous empêcher de réfléchir aux enjeux et problématiques dans lesquels les gens peuvent être pris, nous compris. Le modèle peut nous indiquer des symptômes, mais pas des problématiques.

F : Si tu règles le problème immédiat c'est déjà pas mal, avec le temps tu vas devenir plus conscient de ce que tu fais. A la limite s'il part et qu'il est bien, puis qu'il revient te consulter par la suite, au moins il a pu faire une demande, elle a pu être réglée et puis il n'est pas mort. Après tu peux dire que tu as l'impression que quelque chose se répète. Ou bien tu fais cela dans un deuxième temps ou d'emblée si tu le vois et s'il est d'accord. Mais s'il n'a pas envie on ne va pas l'obliger, c'est une histoire de respect de la personne.

M : Du côté du thérapeute c'est la question qu'il n'aide pas son patient à atteindre ce qu'il pense être bon pour lui, mais d'accepter qu'on a simplement réussi à accéder à sa demande d'aujourd'hui.

F : Exactement sa demande d'aujourd'hui, d'ailleurs, elle peut évoluer au cours de la thérapie ou de la vie. C'est important que le thérapeute puisse répondre –quand c'est possible- à une demande immédiate ou plus profonde, toujours avec le patient.

L'art du thérapeute c'est que s'il se rend compte qu'il y a autre chose, il doit ouvrir le patient à explorer un autre niveau d'intervention (en AEDP on appelle ça la « *receptive capacity* » du patient et puis chez Fonagy « epistemologic trust ») , construire cette confiance chez le patient à s'ouvrir à quelque chose de nouveau/différent/inconnu, aller vers un autre monde, un autre possible. Effectivement, c'est pas toujours possible, mais si on peut ouvrir cette porte avec le patient et qu'elle a un sens tant mieux. C'est un des arts thérapeutiques je crois, pouvoir changer de niveau – si/quand c'est pertinent- et ce avec le patient.

Quelques sites web sur les sujets abordés :

L'EFT :

http://www.eft-sr.ch/?page_id=33

L'Affect Phobia Therapy :

<http://www.affectphobiatherapy.com/>

L'AEDP :

<http://www.aedp.eu/?lang=fr>

La TBM (Thérapie basée sur la mentalisation) :

<http://www.unige.ch/formcont/reseaumentalisation/presentation>

La thérapie imago :

<https://www.imago-suisse.ch/fr>

Les thérapies interpersonnelles :

<http://www.iftip.fr/wordpress/>

Confiance épistémologique :

<http://societyforpsychotherapy.org/epistemic-trust-psychopathology-and-the-great-psychotherapy-debate/>

En 2018 le prochain congrès de la SEPI se tiendra à New York

The SEPI 2018 Conference

Drawing on Multiple Theories and Methods to Enhance Psychotherapy Practice and Research

New York, NY, USA
May 31-June 2, 2018

The location will be the Marriott Downtown Hotel in Battery Park, which is in an excellent venue with many points of interest nearby and just a short subway ride to others in Manhattan.

Call for papers, registration, and hotel bookings to be announced.



Stanley Messer Dan Fishman
SEPI President-elect SEPI Program Chair

Le thème est le suivant :

S'appuyer sur les multiples théories et méthodes pour améliorer la pratique et la recherche en psychothérapie

Et voici le résumé que je vous traduis :

Nous sommes ravis de vous informer que le prochain congrès de la SEPI aura lieu à New York du 31 mai au 2 juin 2018. Le lieu du congrès sera l'Hôtel Marriot Downtown à Battery Park, qui est un excellent endroit avec plusieurs lieux à découvrir dans les environs à Manhattan.

Le thème général de la conférence sera « S'appuyer sur les multiples théories et méthodes pour améliorer la pratique et la recherche en psychothérapie ». Vous pouvez préparer des conférences, panels et ateliers sur l'un des sujets suivants :

- (a) Intégrer les interventions cliniques à partir de différents modèles thérapeutiques ;
- (b) Etudes de cas en psychothérapie, avec des données qualitatives et/ou

quantitatives ;

(c) Intégrer à travers différentes théories en recherche, pratique et formation ;

(d) Etudes qualitatives et/ou quantitatives du processus thérapeutique et des résultats ;

(e) Se concentrer sur la complexité Clinique dans l'évaluation, la formulation de cas et le plan de traitement ;

(f) L'intégration au cours de la thérapie et en tenant compte de l'évaluation des résultats de la thérapie ;

(g) Questionnements philosophiques à propos de l'intégration en psychothérapie.

Bien que les conférences puissent porter sur n'importe quel sujet relatif à l'intégration en psychothérapie, il y aura une attention spéciale portée sur les études de cas, plus précisément sur celles combinant les données et méthodes qualitatives et quantitatives. Ceci peut inclure les études sur le processus et/ou centrées sur les résultats. Cet accent donné est lié à un aspect de la SEPI consistant à intégrer recherche et pratique.

Nous aimerions voir plus de diversité chez les membres de la SEPI aussi bien qu'au congrès. De plus, nous aimerions accueillir des personnes d'orientations théoriques diverses (ex. plus de membres TCC), divers profils professionnels (ex. travailleurs sociaux, psychiatres, psychologues, thérapeutes familiaux et d'enfants, etc.) et plus de membres et participants de l'étranger. Pour que cela advienne, nous espérons que les membres de la SEPI inviteront de tels amis et collègues ou personnes ayant d'autres expériences à se joindre à nous et venir à ce congrès new-yorkais de la SEPI.

La première Newsletter est accessible > [ici](#) <

La deuxième Newsletter est accessible > [ici](#) <

Prochaines newsletter prévisionnelles cette année :

Décembre 2017



Maximilien Bachelart, coordinateur du Réseau Français de la SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration)

reseaufrancaisdelasepi@gmail.com

A l'heure actuelle les news se trouvent ici

: <http://www.maximilienbachelart.com/reseau-francais-sepi.html>

En attendant avec impatience de citer vos recherches, écrits et communications !

CONTACTEZ-NOUS

