

UNIVERSITE DE NANTES

—□

FACULTE DE MEDECINE

—□

Année 2010

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Psychiatrie

par

Stéphane BASTIDE

né le 01.05.1982 à Pithiviers

—_

Présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 2010

—_

**INTERET DE LA PROVOCATION HUMORISTIQUE
EN PSYCHOTHÉRAPIE**

—_

Président : Monsieur le Professeur VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BETBEZE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
I. A LA RECHERCHE DE L'HUMOUR, TENTATIVE DE DEFINITION MULTIDIMENSIONNELLE	9
A. HISTORIQUE	9
B. DÉFINITIONS	13
C. FONCTIONS	16
D. APPROCHE PHILOSOPHIQUE	20
1. LE PROCÈS PHILOSOPHIQUE DU RIRE	20
2. DE L'IRONIE À L'HUMOUR	24
a) L'ironie comme réveil de la conscience critique mais aussi comme inaccomplissement.	24
b) L'humour comme sublimation de la nostalgie	27
3. FAIRE DE L'HUMOUR, EST-CE PHILOSOPHER?	29
POINTS IMPORTANTS	31
II. PSYCHOTHÉRAPIES ET HUMOUR	32
A. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE	32
1. L'HUMOUR COMME MÉCANISME DE DÉFENSE	33
2. LA LUTTE CONTRE LES ANGOISSES ARCHAÏQUES ET LA CAPACITÉ D'ÊTRE SEUL	34
VIGNETTE CINÉMATOGRAPHIQUE	36
3. LA QUESTION DU NARCISSISME	37
4. PARADOXE ET PERVERSION	38
5. INQUIÉTANTE ÉTRANGETÉ ET HUMOUR: FREUD ET BERGSON	39
B. APPROCHE SYSTÉMIQUE	42
C. APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTE	48
1. RÉGULATION ÉMOTIONNELLE	48
2. INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE	50
3. DÉFINITION DU BIG FIVE	52
4. LES QUATRE STYLES D'HUMOUR	53
POINTS IMPORTANTS	62
III. L'APPROCHE PROVOCATIVE	64
A. LA PROVOCATION SELON FARRELLY	64
1. ORIGINES	64
2. HYPOTHÈSES ET FONDEMENTS EN THÉRAPIE PROVOCATIVE	68
a) Hypothèses:	69

b)	Fondements de la thérapie	72
B.	BUTS	73
C.	INDICATIONS	75
D.	LES 4 ÉTAPES DU PROCESSUS EN THÉRAPIE PROVOCATRICE	75
1.	DÉSTABILISATION: SURPRISE ET INCERTITUDE	76
2.	RÉORGANISATION ET PRISE EN CHARGE	77
3.	CLARIFICATION ET CHOIX	77
4.	CONSOLIDATION ET INTÉGRATION	77
E.	L'HUMOUR EN THÉRAPIE PROVOCATRICE	77
1.	BUTS	78
2.	TECHNIQUES	81
a)	Protestation non congruente	81
b)	Exagération	81
c)	Imitation	82
	VIGNETTE CLINIQUE: LA «TRIPOTEUSE»	82
d)	Moquerie	83
	VIGNETTE CLINIQUE: «MES AMOURS, MES EMMERDES...»	84
e)	Distorsion	86
	VIGNETTE CLINIQUE: LE TRIPODE	86
f)	Sarcasme	88
g)	Ironie	88
h)	Blagues	89
	VIGNETTE CLINIQUE: LE COUP DES MIGRAINES...	89
F.	TECHNIQUES	90
1.	PRÉALABLES	91
a)	Alliances et retroaction	91
	VIGNETTE CLINIQUE: PREMIÈRE HOSPITALISATION	92
b)	Apprentissage secondaire	93
	VIGNETTE CLINIQUE : LA TÉLÉ DANS LA CHAMBRE...	93
c)	Vérification de la réalité	97
	VIGNETTE CLINIQUE: DES VACANCES... THÉRAPEUTIQUES	97
	VIGNETTE CLINIQUE: LE CLUB DE MICHEL	98
2.	LES QUATRE LANGAGES EN THÉRAPIE PROVOCATIVE	100
	VIGNETTE CLINIQUE: À PROPOS DE LA TENSION PSYCHIQUE	101
a)	Langage religieux / Moral	102
b)	Langage de la rue	103

VIGNETTE CLINIQUE: TU T'EMMERDES?	103
c) Langage corporel ou kinesthésique	105
d) Jargon professionnel	105
3. OUTILS	105
a) L'avocat du diable	106
VIGNETTE CLINIQUE: PASSER TOUTE SA VIE À L'HÔPITAL...	107
b) Provocation directe et Confrontation verbale	108
VIGNETTE CLINIQUE: QUAND L'ANXIÉTÉ PRÉVIENT LES VARICES	109
c) Théâtre et Exagération	110
VIGNETTE CLINIQUE: LE CLUB MED	110
d) Énumération	112
e) Humour	112
VIGNETTE CLINIQUE: MME U ET LA RE...LECTURE	112
f) «Lire les pensées du patient »	113
g) Explications et Recadrage	114
h) Messages contradictoires	114
CAS CLINIQUE: LES DOULEURS UTILES	115
G. L'APPRENTISSAGE DU CÔTÉ DU THÉRAPEUTE	120
H. LIMITES DU MODÈLE PROVOCATIF	121
POINTS IMPORTANTS	125
IV. INDICATIONS ET CONDITIONS ESSENTIELLES	127
A. UTILISATIONS, INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'HUMOUR	127
1. UTILISATIONS DE L'HUMOUR PAR LE PATIENT	127
a) Mécanisme de défense individuel	127
b) Moyen de faciliter les relations et le soutien social	128
c) Mécanisme d'évitement	128
d) Moyen de distraire l'intervenant	129
e) Moyen de minimiser la situation	129
f) Comme autodépréciation	130
g) Comme agression de l'autre	130
2. INDICATIONS DE L'HUMOUR EN THÉRAPIE	131
a) But diagnostique	131
b) Pour développer l'Alliance thérapeutique	131
c) Pour faire diminuer les tensions	132
d) But thérapeutique	132
e) But pronostique	134
3. CONTRE-INDICATIONS DE L'HUMOUR	134
a) Réponse mimétique à un humour inadapté ou évitant	134
b) Les situations de crise	134
c) Certains types de personnalité ou de structure	135
d) Les troubles cognitifs	135

B. ÉTHIQUE, OUTILS ET CONDITIONS NÉCESSAIRES	136
1. FACTEURS COMMUNS À TOUTE THÉRAPIE	136
a) Facteurs extra-thérapeutiques:	137
b) Facteurs de relation:	137
c) Technique thérapeutique:	138
d) Attentes, espoir et placebo:	139
2. SPÉCIFICITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE UTILISANT L'OUTIL DE PROVOCATION HUMORISTIQUE	140
a) Ethique	140
b) Co-construction	140
c) Travailler dans le monde du patient	141
d) "Préparer le terrain"	141
e) Alliance	142
f) Empathie	143
g) Cadre	144
h) Communications et Outils	145
i) Ressources et compétences	146
j) Surprise, Jeu et Changement	147
k) Une Rencontre	149
POINTS IMPORTANTS	150
CONCLUSION	151
BIBLIOGRAPHIE	153

INTRODUCTION

Pourquoi la pratique psychiatrique ne serait-elle pas concernée par l'humour? Et pourquoi n'aurait-on pas le droit de bousculer les patients par une provocation ... bienveillante?

«Parce que la psychiatrie c'est grave et les patients sont trop fragiles!»

Alors, c'est grave docteur?

L'humour est un ingrédient essentiel de nos quotidiens, sans humour, tout serait mortifère. Etrange alors que la question de l'utiliser en psychothérapie, acte sérieux s'il en est, puisse choquer, ou simplement poser question.

Pour accompagner des patients en souffrance ou simplement en difficulté, nous devons, en situation de psychothérapie, redoubler d'écoute et de créativité pour se tourner vers un ailleurs que le patient croyait jusqu'à ce jour impossible. L'humour pourrait être la porte ouvrant sur cet ailleurs. Il pourrait être l'oasis du vagabond égaré, l'outil essentiel à la construction d'un nouveau chemin. D'ailleurs, si nous pouvions personnifier l'humour, il ressemblerait probablement à la plupart de nos patients: ambivalent, paradoxal, défensif ou au contraire à la recherche de l'autre.

Mais la provocation, tout de même, n'est -ce pas exagérer?

L'éthique est garante de notre cadre de soin. La psychothérapie pourrait être cette création d'une improvisation à deux, où l'on se sent assez sécurisée pour envisager de nouvelles perspectives. On joue à se déstabiliser. Or provoquer, c'est déjà jouer. C'est faire un pas de côté, s'écarter de l'équilibre, se décaler, pour pouvoir agir de nouveau et prendre de la distance avec le despote «souffrance». La surprise devance la peur de l'inconnu, un lâcher prise survient alors.

Dans la première partie de ce travail, nous tenterons de définir l'humour, sa fonction, et d'affiner notre regard par le biais d'une approche philosophique.

La deuxième partie sera consacrée à l'aspect psychothérapeutique, ou comment les différents courants ont intégré l'outil humoristique.

Ensuite, la troisième partie sera consacrée à l'approche provocative de Farrelly, et sera agrémentée de cas clinique afin d'illustrer les propos théoriques abordés.

Enfin, la dernière partie retrace les facteurs favorisant le changement en psychothérapie (quelque soit le modèle théorique), et s'attarde à souligner quelques éléments essentiels et nécessaires à une psychothérapie utilisant la provocation humoristique.

Le but de ce travail est donc de se poser la question de l'intérêt de l'humour en psychothérapie: a-t-il sa place et si oui comment l'utiliser, comment s'en méfier aussi parfois, et jusqu'où peut-on aller: peut-on se permettre de provoquer dans un but thérapeutique? Et si oui, comment...

Autant de questions qui sont intimement liées à la vision personnelle que chacun peut avoir de sa pratique. C'est pourquoi ce travail est sous-tendu par une vision humaine et engagée, avec l'idée fondamentale d'aller vers l'autre, le rencontrer, l'accompagner au plus près de son vécu.

I. A LA RECHERCHE DE L'HUMOUR, TENTATIVE DE DEFINITION MULTIDIMENSIONNELLE

Dans cette partie, qui se veut introductive, nous aborderons brièvement l'historique et la définition des termes employés, ainsi que la fonction qu'on leur attribue de manière générale. Nous aurons l'occasion d'aborder dans les autres paragraphes ses fonctions «thérapeutiques». Puis nous affinerons, grâce au regard philosophique, ce qu'est l'humour, de quoi il naît: nous nous attarderons alors un peu sur l'ironie, et ce qu'elle peut transmettre.

A. HISTORIQUE [1]

L'on pourrait faire l'économie d'un historique fouillé de l'humour en prétextant que ce terme, «humour», dérivé de l'anglais «humor» voulant dire fluide, humeur; est relativement jeune, ne prenant le sens que nous lui donnons à l'heure actuelle qu'aux XVIIe et XVIIIe siècles en Angleterre et seulement vers le XIXe siècle en Europe.

Mais nous n'avons pas été habitué à de tels raccourcis, et par soucis de rapporter un regard aiguisé sur ce mot, il nous faut remonter bien loin. Déjà, les Egyptiens du nouvel Empire dessinaient des papyrus humoristiques dans lesquels les animaux remplaçaient les hommes pour les travaux du quotidien. Plus tard, Esope et Jean de La Fontaine s'en inspireront.

Il nous faut revenir sur la naissance du terme «humeur»: c'est dans la dynamique médicale grecque que s'origine l'humour.

Hippocrate (460-377 avant J.C.) élabore tout d'abord sa doctrine des tempéraments en s'appuyant sur les interactions entre l'homme et l'univers. La notion de tempérament se précise ensuite via l'introduction d'une humeur prédominante (sang, pituite, bile jaune, bile noire) correspondant aux éléments de la nature (eau, air, terre, feu), et à leurs qualités (chaud, froid, sec, humide). C'est ainsi que naissent les quatre tempéraments de base: sanguin, nerveux, bilieux et atrabilaire.

Plus tard, Galien (131-201) reprend cette doctrine des tempéraments et des humeurs dont le déséquilibre ou le changement de qualité entraîne la maladie, se matérialisant en quelques treize combinaisons (tempéraments colérique, flegmatique...)

Même Vésale (1514-1564), le grand détracteur de l'anatomo-physiologie galienne ne conteste pas cette association humeurs (au sens liquides corporels) / manifestations psychiques.

Ce statu quo perdure jusqu'au début du XVII^e siècle, où le mot humeur se rencontre alors dans l'acception «bonne humeur», avant de prendre une consonance négative et de s'y confiner.

De l'autre côté de la Manche, au XVI^e siècle, à l'époque élisabéthaine, le terme «humour» est exclusivement employé pour désigner une gaieté d'esprit reposant sur une manière singulière de considérer les choses, les personnes et les situations. C'est notamment Benjamin Jonson (1572-1637), dramaturge anglais, inventeur de la «comédie des humeurs», qui, en utilisant les humeurs de ses personnages dans des situations dramatiques, les placent en décalage avec leurs rôles réels ou leurs tempéraments. Nous sommes donc dans la lignée «médicale» des humeurs, le terme se colorant peu à peu de nouvelles nuances. C'est donc de l'effet produit par la rupture, du pittoresque, de l'inattendu que l'humour commence à voir le jour.

Devenu d'usage courant à la fin du XVII^e siècle l'humour s'éloigne quelque peu du comique classique pour se rapprocher du non sens et de l'absurde. Progressivement, une distinction sera faite entre l'humour que l'on a et l'humour que l'on fait, l'humour actif et l'humour passif.

Au début du XVIII^e l'humour se scindera en:

- the sense of humor: improprement traduit pas «le sens de l'humour» qui consiste en cette sorte de conscience intuitive et naturelle mais néanmoins

lucide et délibérément souriante de son propre personnage caractériel au sein des autres, se rapprochant ainsi plutôt de l'autodérision.

- the wit: «l'esprit»: partie consciente et intellectuelle, identifiée comme le propre de l'humour.

En France, le concept d'humour apparaît véritablement vers 1725. Voltaire pointera rapidement la parenté entre les humeurs d'antan et l'humour de l'époque, déniait ainsi toute paternité de l'humour aux habitants de l'Albion. Toutefois, différents auteurs comme Jonathan Swift (30 novembre 1667 - 19 octobre 1745), Laurence Sterne (24 novembre 1713 - 18 mars 1768), Henry Fielding (22 avril 1707 - 8 octobre 1754), vont initier les cercles littéraires français à ce concept. Notons que pour R. Escarpit [2], même si l'humour est un phénomène probablement universel, le français a été une des rares langues à faire la distinction humeur / humour ce qui permet de dater assez précisément l'emploi de ce terme, cela souligne par ailleurs un usage inter-relationnel marqué de ce terme.

En 1762, le Dictionnaire de l'Académie fait entrer dans ses pages le terme «humoriste» avec les deux acceptions suivantes: premièrement, médecin se référant à la doctrine des humeurs, deuxièmement, individu disposant du sens de l'humour. L'Encyclopédie de Diderot et Jean Le Rond retient quant à elle le terme «humour» désignant «ce dont les Anglais se servent pour désigner une plaisanterie originale ou comme d'un tour singulier».

Au début du XIX^e siècle, Mme de Staël (22 avril 1766 - 14 juillet 1817), par le biais de son ouvrage *De la littérature considérée dans ses rapports avec les institutions sociales* (1799), définit l'humour ainsi: «La langue anglaise a créé un mot, humour, pour exprimer cette gaieté qui est une disposition du sang presque autant que de l'esprit: elle tient à la nature du climat et aux moeurs nationales; elle serait tout à fait inimitable là où les mêmes causes ne se développeraient pas (...). Il y a de la morosité, je dirai presque de la tristesse dans cette gaieté; celui qui vous fait rire n'éprouve pas le plaisir qu'il cause. L'on voit qu'il écrit dans une disposition sombre

et qu'il serait presque irrité contre vous de ce qu'il vous amuse. Comme les formes brisques donnent quelques fois plus de piquant à la louange, la gaieté de la plaisanterie ressort par la gravité de son auteur (...). Ce que les Anglais peignent avec un grand talent, ce sont les caractères bizarres car il y en a beaucoup parmi eux.» Ce début de siècle fera également la part belle aux caricatures, notamment Charivari (1832), quotidien satirique qui offrira à ses dessinateurs un bel espace de parole.

En 1864, Emile Littré intègre l'humour à son *Dictionnaire de la Langue Française* en lui donnant la définition suivante: «un mot anglais qui signifie gaieté d'imagination, veine comique».

A la fin du siècle (1899), Bergson publie coup sur coup trois articles sur le rire dans la Revue de Paris et consacre indirectement l'humour. Ces articles formeront plus tard le corps de son ouvrage: *Le rire. Essai sur la signification du comique* [3].

La Grande Bretagne n'est pas en reste, Oscar Wilde(1854-1900), brillant écrivain irlandais, et Jérôme Klapka (1859-1927), plus connu sous le nom de Jérôme K, donnent à l'humour une coloration burlesque, n'hésitant pas à stigmatiser jusqu'au ridicule leurs contemporains, et par la même la société anglaise. Gilbert Keith Chesterton (1874-1936), que l'on surnommait le «prince du paradoxe» utilise son talent pour aborder des sujets aussi divers que la philosophie, la politique, la thématique chrétienne... Quant à Georges Bernard Shaw (26 juillet 1856 - 2 novembre 1950), prix Nobel de littérature en 1925, son style provocateur et anticonformiste lui permet de dénoncer les injustices sociales. D'autre part, sur le modèle du Charivari français, en 1841 naîtra le Punch anglais, ouvrant la voie à bien d'autres magazines partout en Europe dès la seconde moitié du XX^e siècle.

A la fin du XIX^e siècle, l'humour a quasiment traversé toutes les nations et fait partie, tant du langage social que du quotidien existentiel. Les humeurs médicales,

quant à elles, prennent, grâce à Pierre Falret (1794-1870) et Jules Baillarger (1828-1897), une tonalité thymique que nous connaissons aujourd'hui au travers des états maniaques ou mélancoliques.

Quelques années plus tard, en 1905, Freud publie *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* [4], rapprochant alors l'humour de processus psychiques complexes.

La France du XX^e siècle découvre la valeur transcendante de l'humour: poètes, surréalistes, presse satirique, aucun n'est en reste et lorsqu'en 1932 l'académie française admet officiellement l'humour dans notre langue, vous l'aurez compris, il ne s'agit que d'une simple régularisation de données et pratiques établies.

Après la seconde guerre mondiale, les principaux vecteurs de l'humour seront la bande dessinée, la radio, le cinéma, et la télévision, cette dernière prenant une grande place.

Plus récemment, les Américains ont réalisé des travaux sur la créativité et l'intelligence, en lien avec humour [5-7].

En ce qui concerne le courant thérapeutique, nous devons les premiers travaux aux Britanniques (soins infirmiers) [8-10].

B. DÉFINITIONS

Défini tantôt comme un stimulus, un processus mental (perception / création d'incongruités amusantes), un trait de personnalité, ou simplement comme réponse au cours d'une interaction; l'humour suppose une démarche de compréhension globale, un regard circulaire. Or nous nous mesurons là à certaines difficultés car l'humour est considéré par nombre d'auteurs comme indéfinissable, sans parler du fait qu'il varie d'une culture à l'autre à tel point que l'on peut par exemple parler d'humour juif ou d'humour britannique.

Certes le sujet peut être abordé par le biais

I. de traits d'esprits (Voltaire: lettre à l'abbé d'Olivet du 21 avril 1782» dans mélanges littéraires): "Les Anglais, ont un terme pour signifier cette plaisanterie, ce vrai comique, cette gaieté, cette urbanité, ces saillies qui échappent à un homme sans qu'il s'en doute; et ils rendent cette idée par le mot *humeur*, *humour*, qu'ils prononcent *yumor*; et ils croient qu'ils ont seuls cette humeur; que les autres nations n'ont point de terme pour exprimer ce caractère d'esprit. Cependant c'est un ancien mot de notre langue, employé en ce sens dans plusieurs comédies de Corneille."

II. par rapprochement avec des concepts voisins, par exemple le Rire [3]

III. par l'énoncé de ses caractéristiques comme le firent Freud [4] et d'autres psychanalystes en étudiant le travail de l'humour

IV. par l'étude de ses objectifs, l'humour pouvant être utile pour faire face à diverses situations et ayant par là même plusieurs fonctions

L'humour n'est pas simplement l'utilisation d'un langage ludique mélangé à une vivacité d'esprit. Si l'on associe les définitions de l'humour du Larousse et du Robert, il s'agit de «cette forme d'esprit qui, se dissimulant sous un air sérieux, pleine d'ironie et d'imprévu, consiste à dégager les aspects plaisants et insolites de la réalité avec un certain détachement, et à savoir comprendre la plaisanterie, même à ses dépens». L'humour exige de feindre et de s'impliquer, de jouer, de faire «comme si». Il faut donc faire appel à l'autre. Or, nous verrons que la thérapie peut s'envisager comme lieu des «comme si» partagés.

Kant quant à lui, pense que la caractéristique principale de l'humour réside dans la surprise provoquée par une réponse ou une solution soudaine et inattendue. Dans le domaine thérapeutique, nous parlerons de changement de point de vue.

Une définition exacte doit aussi contenir les limites du terme, et c'est tout naturellement que nous devons différencier l'humour d'autres concepts qui lui sont proches:

- le comique: effet accessoire et facultatif de l'humour

- le rire: qui peut exister sans l'humour ou en représenter l'un des mécanismes

- la plaisanterie, le canular, la parodie, le mot d'esprit: manifestations de l'humour
- l'ironie: plus caustique et moqueuse, l'humour recouvrant un domaine plus large (nous aborderons dans la partie philosophique ce concept de manière plus précise)
- l'euphorie, la gaieté: thymie expansive faisant parfois partie de l'humour, mais n'en est pas le seul substratum affectif
- le plaisir: expression d'un humour qui a atteint son but

De même, différencier humour et ironie, nous permet de mieux cerner ce concept, et nous développerons dans notre approche philosophique la parenté de ces deux termes [11]:

	Humour	Ironie
Dépendance envers l'autre	+	+
Protection de son narcissisme	+	++
Appel à l'intelligence	+	++
Utilisation du paradoxe	+	++
Masochisme au service du narcissisme	+	-
Sadisme	-	+
Déclenche	Le rire	Le sourire dans l'après-coup
À distinguer de	Comique, mot d'esprit...	sarcasme, cynisme...

Par rapport à la dimension sadique de l'ironie, selon A. Eiguier: «l'ironiste suspend sa sensibilité, il se dit que l'autre ne souffrira pas s'il est ridiculisé»[11]; alors que l'humour revêt plutôt un aspect masochiste où la personne visée est soi-même, l'autre ne pouvant être touché que par ricochets.

Si l'on s'intéresse maintenant à la définition de «provoquer», selon le Robert il s'agit d'«inciter, pousser par une sorte de défi ou d'appel particulièrement , à une action violente», et «exciter le désir par son attitude» (acception apparue au XIXe siècle). La provocation, toujours selon le même ouvrage, est l'«action de provoquer». Ce mot est d'origine latine (XII^e siècle): *provocatio*: *pro-* devant et *-vocatio*: action d'appeler, invitation. Nous aurons l'occasion de définir ce terme dans une utilisation thérapeutique, mais remarquons d'ores et déjà la «mise en action» qu'il contient: nous parlerons plus loin de «mobilisation» (vers le changement). Par rapport à l'aspect «agressif», nous y reviendrons, notamment dans le paragraphe dédié à la thérapie «provocative» et non «provocatrice».

C'est là tout l'intérêt d'accoler les deux termes en «provocation humoristique» pour ne garder de la provocation que la mobilisation dérangeante que l'humour soulignera de façon plaisante. D'autre part les définitions ci-dessus impliquent une dimension d'altérité, de jeu et donc de rencontre avec l'autre, notions qui parcourront cette réflexion.

C. FONCTIONS

*«À quoi servent en résumé l'humour et l'ironie? À faire le fou sans en avoir l'air.
À faire sortir de l'ombre notre folie inconsciente.»[11]*

Si nous nous interrogeons sur la fonction de l'humour, nous ne pouvons nier son aspect multidimensionnel, et donc la difficulté d'élaborer une fonction stricto sensu.

Ce que nous pouvons en dire, c'est qu'il peut à la fois être:

- un moyen de provoquer une sensation de bien-être: d'un point de vue neurophysiologique, plusieurs structures sont impliquées (à différents niveaux) dans le rire: le tronc cérébral, l'hypothalamus, le troisième ventricule, le cortex frontal, le cortex temporal limbique, les noyaux gris. Vue la complexité de ce système, on ne peut parler d'un «centre du rire»[12]. Tout ce que nous savons, ce sont les effets que provoque le rire, donc une infime expression de l'humour: augmentation du rythme cardio-respiratoire, du taux de catécholamines et d'endorphines, qui se

traduit par une détente musculaire, une stimulation du système immunitaire, une amélioration de la vigilance et de l'activité mnésique, bref, une sensation de bien-être [13-15].

- un moyen de se tenir en bonne santé?

Une des idées les plus répandues sur l'humour est qu'il assurerait la longévité par activation du système immunitaire [16, 17].

Or, certains auteurs [18], ont insisté sur le fait que les personnes ayant un plus grand sens de l'humour se croient en meilleure santé qu'elles ne le sont. Elles seraient moins enclines à se préoccuper de leur santé et à prendre en compte les symptômes physiques qui justifient une demande d'aide. Friedman et al. [19] vont même plus loin et rapportent que les personnes joyeuses ont un taux de mortalité plus élevé que les autres. Martin [20] ajoute que les personnes joyeuses négligent plus leur santé, boivent plus d'alcool, fument plus de cigarettes et s'impliquent dans plus d'activités et de loisirs à risque que les autres. Quant à Kerkkänen et al. [21], leur étude souligne que les personnes ayant un plus grand sens de l'humour étaient plus obèses, fumaient plus et présentaient un risque de maladie cardiovasculaire plus élevé que les autres. Une autre étude [22], met en avant que les grands comiques et humoristes ne vivent pas plus longtemps que les auteurs et comédiens sérieux.

En revanche, si l'on élargit la vision de santé d'un point de vue somatique à celles du bien-être c'est à dire de la santé psychique, les études rapportent que les individus ayant un plus grand sens de l'humour ont une image d'eux-mêmes plus positive, une meilleure estime de soi, des standards d'évaluation personnelle moins dysfonctionnels et une perception moins élevée de leur degré de stress, d'anxiété et de dépression [23-27]. D'autres études viennent corroborer ces résultats et rapportent que les personnes présentant un degré plus élevé d'humour tirent un plus grand plaisir et une plus grande satisfaction de leurs différents rôles sociaux et des différents événements de leur vie [27-29].

D'autre part, si l'on adopte une vision plus cognitiviste, l'humour tiendrait un rôle important au sein des relations interpersonnelles, comme un booster de liens et d'interactions positives favorisant le dévoilement personnel, apaisant les tensions et

les conflits, et le cas échéant, permettant de sauver la face en cas de posture difficile [30, 31].

Au total, la réponse à la question «l'humour est-il nocif ou bénéfique pour la santé» est plus complexe qu'elle n'y paraît. Selon le style employé il peut à la fois promouvoir un bien-être et des compétences sociales ou être le complice du déni et de l'évitement, ce que nous approfondiront plus loin.

- un moyen de satisfaction narcissique: s'affirmer «contre l'autre, pour soi», nous y reviendrons dans le paragraphe consacré aux approches analytiques sur le narcissisme, mais aussi dans l'approche cognitive qui parle d'un humour agressif comme passage à l'acte.
- un moyen de défense, ceci sera approfondi dans notre paragraphe consacré aux approches analytiques.
- un moyen de faire passer un message qu'il aurait été difficile, voire impossible, de faire passer autrement: finesse, surprise, justesse, l'humour comporte une part de vérité qu'il cache, c'est un bonbon amer entouré d'une pâte d'amande délicieuse. Nous y reviendrons évidemment dans l'approche provocative. Rire de la vérité, c'est avant tout rire de la façon dont elle nous tyrannise: une fois sorti de ce cercle vicieux, la vérité n'est pas risible en soi. C'est un acte avant tout humain, de rencontre et de partage, un acte social qui renouvelle le lien, voir la vision que l'on peut avoir d'un problème.
- un moyen d'entrer en communication avec autrui et de parfaire son réseau social, nous y reviendrons dans le paragraphe concernant les habiletés sociales.
- un moyen de libération et de catharsis sociale
- un moyen de provoquer une réaction de l'interlocuteur: la thérapie provocative en est un bon exemple.

- un moyen de donner une cohérence à l'incongru, du sens et de relancer la «machine à penser», outil indispensable dans la discipline psychiatrique.

- un moyen de créer du tiers, de l'entre-deux, voire du symbolique?

L'humour, c'est se consoler d'en être là, c'est faire rire la langue à nos dépens et s'en consoler, la perte subie est une perte symbolique. Le sujet affirme la vie là où la mort menaçait, alors, la vie qui reprend n'est pas seulement la vie du moi ou le triomphe du narcissisme, mais une sorte de geste (rire) conjuratoire. L'humour travaille dans un entre deux, un dédoublement, nous le verrons plus loin: conscient / inconscient pour Freud, humain / automate pour Bergson. Or cet entre-deux est le point de départ du symbolique: l'espace tiers. L'humour aurait donc pour fonction d'inventer une instance symbolique qui nous consolerait en nous faisant rire... nous ne sommes alors pas loin du «dédoublement» expérimenté en transe hypnotique.

- moyen de transmettre de l'inutile indispensable.

Nous pourrions aussi dire que l'humour et les rires qui en découlent permettent de transmettre du «rien» (et non du vide), un «rien» précieux et sans conséquence pour supporter ce «tout» qui pèse. Un rien qui s'appuie seulement sur le moment présent l'événement d'être. L'inutile est parfois indispensable, ce que Freud remarque quand il dit que le rire naît lorsqu'une certaine énergie psychique d'ordinaire investie devient inutilisable, et donc, propice à l'évacuation. Cette inutilité ne détruit pas la fonction de l'idéal: on peut toujours idéaliser et désidéaliser, quoi de plus humain?

- moyen de se moquer de soi, de son côté ridicule, lutter contre sa phobie du ridicule.

Peut-être faut-il dire un mot de cette peur du ridicule qui pourrait amener certains à se détourner de l'humour: le ridicule que chacun porte en soi, c'est un enfant qui veut être adulte avant l'heure, le naïf qui est sûr de savoir. Mais se priver de la rencontre de l'autre n'est-elle pas autrement plus amputante? Faire rire, c'est aussi se moquer de son propre ridicule (dimension masochiste dont nous avons parlé dans les pages précédentes), le convoquer symboliquement pour s'en expurger.

Nous aurions pu trouver encore d'autres fonctions, tellement l'humour est polymorphe, mais cela touche aux limites du sujet. Nous reviendrons donc plus spécifiquement dans la suite de ce travail sur les fonctions thérapeutiques et ce que l'humour et la provocation peuvent apporter à un travail de psychothérapie. Néanmoins, nous pouvons déjà affirmer que quelque soit le modèle envisagé, lorsque patient et thérapeute arrivent à rire ensemble du problème, la moitié de ce dernier est déjà résolu.

D. APPROCHE PHILOSOPHIQUE

"Si l'on bâtissait la maison du bonheur, la plus grande pièce serait la salle d'attente."

Jules Renard

1. Le procès philosophique du rire

"La vie est une chose bien trop importante pour qu'on en parle sérieusement"

Oscar Wilde

Nous aurons, au cours de ces quelques lignes, à cheminer autour du paradoxe suivant: souvent, nous ne nous autorisons pas à parler de choses sérieuses par le biais de l'humour, comme si cela pouvait soudain transformer notre pensée, la rendre médiocre, invraisemblable et inaudible.

Or, la philosophie, chose sérieuse s'il en est, pourrait faire partie de cette catégorie de sujets tellement importants, qu'on n'ose le rapprocher de l'humour, voire du rire. Philosopher serait par définition prendre le monde et les hommes au sérieux, atteindre par delà le superflu ou le simpliste, la réalité de l'homme dans tout ce qu'elle a de plus grave, en cherchant un accès au vrai, au réel. Choisir le sérieux est choisir le devoir plutôt que le désir, produire du sens au lieu de se complaire dans l'insignifiant. Le sérieux est respectable et non risible.

Pour Aristote, le jeu n'était qu'un délassement après un effort, la vie heureuse étant une vie vertueuse, et il n'y avait pas de vertu sans efforts: "la vie heureuse exige du sérieux et bannit la puérité". [32]

Spinoza va même plus loin et fait du sérieux une fin de l'existence en soi, car seul celui-ci pourrait ouvrir les voies d'une jouissance non futile et par là réelle: "Quand l'expérience m'eût appris que tous les événements ordinaires de la vie sont vains et futiles, je me décidais en fin de compte à rechercher s'il n'existait pas un bien véritable et qui pût se communiquer, quelque chose enfin dont la découverte et l'acquisition me procureraient pour l'éternité la jouissance d'une joie incessante et souveraine."[33]

Cela est-il sans risque? Car à force de tout prendre trop au sérieux, nous risquons d'adhérer aveuglément à des apparences de vérité ou de vertu. Gaston Bachelard l'a bien souligné: "il n'y a pas de vérité première, il n'y a que des erreurs premières"[34]. Donc, ce sérieux de principe, d'institution, fixation sur des idées reçues ou autres stéréotypes mentaux; la philosophie ne devrait-elle pas le démystifier, la réflexion philosophique l'ébranler pour enfin devenir créative?

Kierkegaard se moque de l'homme sérieux empêtré dans une morale et une logique extrêmes, inaccessibles au doute et insensibles à la critique. Sartre aussi a analysé cet univers du sérieux: l'homme sérieux est ce qu'il est et rien d'autre, il ne démord pas de ses convictions ignore la relativité et l'ouverture à d'autres possibilités. En ce sens le sérieux devient une mauvaise foi: un mensonge à soi-même par quoi un être humain tente vainement de nier la contingence radicale de son existence et la liberté, la responsabilité qui en résultent. "Il y a sérieux dès que la liberté se renie au profit de fins qu'on prétend absolues"[35] écrit Simone de Beauvoir.

Philosopher c'est aller au-delà: douter, rompre avec ce sérieux de renoncement. Mais par où commencer? Comment faire voler en éclats l'assurance

illusoire du sérieux? Par un sourire d'abord, puis par un rire. Par l'humour bien sûr, par la dérision.

Selon Rabelais, "rire est le propre de l'homme", mais ce rire, serait-il un révélateur de nos insuffisances et de notre incomplétude, comme le pensent nombre de philosophes, ou un privilège?

Le comique, par définition, ce qui fait rire, n'est pas dans les choses mêmes, mais dans l'oeil de l'observateur, autrement dit du rieur. C'est d'un point de vue, de la perception du rieur, de la conscience qu'il a de l'événement, de la sensibilité de son inconscient à celui-ci, de sa présence ou son absence à cet événement, que la situation acquiert un caractère comique ou non. Ainsi, il n'y a pas de comique extérieur au rieur, objectif et objectivable. Le comique est relatif à une personnalité, à un être socioculturel, aux normes et valeurs dont est porteur le rieur.

"La puissance du rire est dans le rieur et nullement dans l'objet du rire"[36], est-ce une puissance ou l'expression de notre impuissance?

Le rire serait une réaction mécanique, physiologique, conséquence de l'appréciation par un individu d'une scène donnée, appréciation qui dépendra de plusieurs facteurs: psychiques et socioculturels au sens large. Dans *Psychopathologie de la vie quotidienne* [37], Freud écrit que tout acte a un sens, même si ce sens échappe à l'individu. Dans *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* [4], il distingue deux catégories de comique: le comique intentionnel qui naîtrait de l'exagération volontaire d'attitudes, et le comique spontané naïf qui serait involontaire et résulterait du manque de finalité apparente des gestes. Le comique viendrait ici du manque de compréhension des gestes, de la situation. Rire, dans ce cas, dispenserait donc de chercher à comprendre et nous épargnerait un dur labeur intellectuel. Le rire serait donc intellectuellement paresseux.

Pour Bergson, plus que de paresse, il s'agirait d'une résurgence de l'infantile: le rire naîtrait de la perception de ce qu'il y a d'infantile dans la situation. Le comique réveillerait donc en nous tout ce qu'il y a de plus infantile, en deçà du seuil de la

conscience. Cette idée se rapproche de ce que Freud a nommé "la dégradation comique" à savoir que le fond de tout comique tiendrait en une régression infantile: "Je ne saurais décider si la dégradation "vers l'enfant" n'est qu'un cas particulier de la dégradation comique ou si le fond de tout comique réside dans une dégradation vers l'enfant".

Pourtant, ces deux auteurs s'opposent dans leur conception sur un aspect fondamental, qui tient probablement en leurs fonctions: l'un philosophe, l'autre psychanalyste. Pour Bergson, le rire est le déchiffrement d'une situation par l'intelligence, qui ne s'adresse qu'à l'intelligence et nécessiterait donc une anesthésie momentanée du coeur. Pour lui, "le rire n'a pas de plus grand ennemi que l'émotion" [3]: sa fonction serait de nous protéger d'une menace en nous mettant hors du réel par sclérose affective. Au contraire, pour Freud, comme nous le verrons plus loin, le rire ne peut être autre chose qu'une réaction affective en soi. Et cette menace, quelle est-elle? Celle de la mécanique des choses sur la spontanéité du vivant: quand nous rions d'une situation, nous éloignons de nous la peur d'être chosifié, nous refusons cette option, nous nous prouvons à nous même que nous sommes plus qu'un simple objet (au contraire de celui dont nous rions, qui a été rattrapé par les lois mécaniques auxquelles nous sommes assujettis).

Force est de constater que toutes ses approches dévaluent le rire, et débouchent sur sa condamnation en tant que fonctionnement inférieur sur l'échelle des potentialités humaines.

Pourtant, Nietzsche, dans le *Gai savoir* [38], oppose "le préjugé de la bête sérieuse" au "gai savoir". Il s'agit de contredire l'idée préconçue selon laquelle toute pensée serait sérieuse, et qu'au contraire, là où il y aurait du rire, la pensée ne vaudrait rien (idée préconçue que soutenait Schopenhauer). Francis Jeanson s'indigne également de cette tradition qui fait du rire un abandon, une régression, une passion, un affect inconscient que nous subissons: "lorsque je ris, je prends conscience de ma liberté. Je ris certes, pour me rassurer mais pour me rassurer il faut que je me retrouve, je ris, donc, pour me rejoindre" [39].

Peut-être, parfois, refusons-nous de rire pour ne pas nous livrer à l'autre, ou au contraire l'amener lui à se livrer. Le rire s'inscrit toujours dans une perspective interpersonnelle: c'est un point crucial sur lequel s'appuie le système thérapeutique de Farrelly (et des thérapies brèves en général) que nous aurons l'occasion de détailler plus loin. Nous rions pour nous éprouver en tant qu'être, supérieurs, non aux autres mais aux pièges du monde, ainsi nous ne rions pas car nous nous sentons supérieurs, mais c'est le rire qui nous fait devenir supérieur. C'est par lui que nous recouvrons notre liberté.

2. De l'ironie à l'humour

Nous avons vu dans les définitions quelles différences nous pouvons trouver entre ironie et humour. Affinons cette perspective grâce au point de vue philosophique: l'ironie s'enfonçe souvent dans un nihilisme désespéré, invite à s'interroger en dehors des sentiers battus, d'un mot elle détruit le sérieux, mais révoque en même temps le tragique de l'existence. Au contraire de l'humour qui le convoque, ce tragique, pour le sublimer... en un sourire. L'humour dépasse le tragique en s'y appuyant, et comme Hegel le remarque: tout moment dépassé est aussi un moment conservé. L'humour n'est donc pas dérision, mais commisération... voire empathie. Quand l'ironie se moque et distend le lien avec l'autre, l'humour se souvient avec nostalgie du tourment de cette dissension et le sublime. Mais même l'humour reste quelque part insatisfaisant, car il nous laisse détaché de l'autre tel qu'il est: blessé dans sa réalité, atteint par ce détachement. C'est une des raisons pour lesquelles l'humour s'expérimente suite à la réalisation d'une alliance solide, mais nous aurons le temps d'y revenir ultérieurement.

a) L'ironie comme réveil de la conscience critique mais aussi comme inaccomplissement.

L'ironie, vient du mot grec *ironeia* qui désignait l'art d'interroger, et par ces questions de révéler la vanité et le caractère illusoire de nos certitudes théoriques et

de nos assurances pratiques. Elle est donc à la naissance de la pensée critique. Ironie sur les biens matériels, qui nous délivre de nos attachements; ironie sur soi contestant nos prétentions et nos droits: "l'ironie sur soi nous présente la glace où notre conscience se mirera tout à son aise"[40].

L'ironie représente un progrès de la conscience au sens où de se décaler des idées reçues: refus d'adhérer aux préjugés, de se laisser porter par nos habitudes ou des illusions sécurisantes. Elle apporte donc une certaine distanciation: nous cessons d'être dupes de nous-mêmes et des autres et pouvons nous éloigner de données physiques et morale dans lesquelles nous baignons parfois bien malgré nous. Elle nous détache des séductions du monde et du moi.

Elle peut revêtir plusieurs formes: tantôt cruelle, agressive, blessant pour le plaisir de blesser, tantôt délicate et prévenante, nous blessant dans le seul but de nous guérir de nos illusions et nous inviter à nous retrouver nous mêmes.

L'ironie éveille la conscience réflexive et critique, c'est à dire une conscience philosophique.

D'ailleurs Socrate en fit une méthode à part entière. L'ironie socratique veut briser les prétendus savoirs et fausses assurances de ses interlocuteurs par une suite de questions dont l'implacable logique accule le questionné à reconnaître avec son assurance et son impuissance l'énormité de ses prétentions. Ce point de vue a sûrement pesé lors de son procès et de sa condamnation à mort, l'ironie a donc de réels pouvoirs, est capable du pire comme du meilleur. Bien sûr, toute ironie est loin d'atteindre le niveau de "la belle ironie de Socrate", comme le disait Hegel. "Belle" car elle laissait au questionné la responsabilité de sa réponse, puis Socrate, comme si cette réponse était valable, savait en tirer des conclusions jusqu'à l'absurde ou en développer toutes les implications contradictoires. L'ironie amenait donc le questionné à se remettre en question, elle n'était ni moqueuse, ni hypocrite.

Les cyniques grecs (Anisthène, Diogène par exemple), ont ensuite surenchéri: qui ne connaît pas l'histoire de Diogène se promenant au milieu d'Athènes en plein jour, tenant une lanterne allumée, répondant aux passants qui le questionnaient sur l'objet de ses recherches: "je suis un homme". Les cyniques répudiaient tout savoir comme de pures conventions, renvoyant les hommes à un naturel absolu: c'est à

dire une spontanéité sauvage, sans raison. Or, il y a ici contradiction majeure: l'homme est un être culturel, habillé de normes et de valeurs, le déshabiller revient à lui enlever toute teneur. Dans cette surenchère, l'ironie cynique a basculé dans la provocation ambiguë et stérile voire un exhibitionnisme presque morbide, en avançant de tels principes, elle s'autodétruisait et perdait le pouvoir de l'ironie socratique en même temps que sa crédibilité.

Plus proche de nous, Voltaire avait lui aussi l'habitude d'utiliser ces procédés: "La résurrection se fera au son de la trompette à ce que dit Saint Paul, il faudra nécessairement qu'il y ait plusieurs trompettes car le tambour lui-même ne s'entend guère plus de quatre lieues à la ronde. On demande combien il y aura de trompettes, les théologiens n'ont pas encore fait ce calcul mais ils le feront..."[41]. Mais même si son ironie fut une arme redoutable dans le combat pour les lumières, elle manquait d'une certaine profondeur et avait la fâcheuse tendance à réduire, (pour cet exemple), les phénomènes religieux aux églises et à leurs contradictions historiques.

Kierkegaard a passé en 1841 sa thèse de doctorat à propos de l'ironie[42] et a définitivement donné une autre dimension à l'ironie socratique et à travers elle à toute ironie. Pour lui, "l'ironie, c'est la plaisanterie derrière le sérieux". A la fois moyen d'attaque et de défense, l'ironie dénonce et démasque nos prétentions en les tourne au ridicule. Elle concilie nos désirs d'absolus, nos idéaux à notre réflexion critique, tout en en soulignant la contradiction.

L'ironie, attitude d'esthète, introduit au souci du vrai et du juste. Mais, elle reste souvent confuse et brumeuse, moqueuse et sombre, hésitant entre le rire et les pleurs, ne choisissant pas son camp: le comique ou le tragique, et alors que l'ironiste se perd dans sa rhétorique, il laisse son interlocuteur perplexe car n'apporte aucune réponse. Même Socrate, probablement le plus fin ironiste comme nous l'avons vu, au terme des dialogues de Platon laisse des questions en suspens. En croyant se détacher, l'ironiste s'étourdit: virtuose de la contradiction, il s'y prélassé jusqu'à l'ennui. Jankélévitch [40] ira jusqu'à dire que l'ironie est une inattention au réel, un nomadisme intellectuel. L'ironie détruit parfois, sans comprendre et dans remplacer. Tel Diogène, l'ironiste erre sans pouvoir s'arrêter car pourquoi faire quoi que se soit si rien n'en vaut la peine? Mais l'homme ne peut se contenter de ce flou. Même

incertaine, même insupportable, même flou, il veut un petit, tout petit fragment de réponse, car nous ne pouvons rester indifférents et en retrait de notre condition humaine. L'ironie ne serait donc facteur de progrès que si elle allait au delà d'elle-même. Mais l'ironie, hyperactive, s'attaque à l'infini, jusqu'à s'attaquer à elle-même, se détruire, et mourir. Peut-être est-ce ici que l'humour naît: "l'humour est une fleur qui naît sur le tombeau de l'ironie" [43]

b) L'humour comme sublimation de la nostalgie

Comme nous l'avons dans la première partie de ce travail, c'est aux Anglais que nous devons l'invention du mot humour, cela va sans dire que son exercice requiert un certain flegme. L'humour est souvent proche de la caricature: il souligne avec excès, grossit certains aspects, et empreinte sa rhétorique à l'art du paradoxe. A la différence de l'ironie, plaisanterie derrière le sérieux, l'humour est bien le sérieux derrière la plaisanterie: avec l'humour nous sympathisons avec l'objet de nos sourires. L'humour est chargé d'empathie, il procède d'un regard rempli de tolérance et de tendresse sur les faiblesses de l'homme; nous plaisantons de ce qui nous tient à coeur, avec ceux qui nous tiennent à coeur. Lorsque l'humour compatit, le comique anesthésie en excluant l'émotion, et l'ironie agresse et détruit. Car au fond, ce que l'humour ridiculise, c'est le sens même de l'existence et sa valeur.

Don Quichotte est un héros de l'humour, au sens où nous venons de le décrire: croyant à un idéal chevaleresque tellement pur qu'il en devient ridicule, il se bat contre les moulins à vent, les prenant pour des gens malfaisants, crève des outres pleines de vin croyant pourfendre des monstres... Mais quand nous rions de lui, c'est "par un sourire reflété dans nos larmes" dirait Kierkegaard: nous rions d'une noblesse et d'une sagesse idéale dont nous aurions aimé qu'elles fussent réelles. Ainsi, l'humour rassemble paradoxalement la joie de rire et un regard tragique sur le monde, une conscience mélancolique de l'instant.

D'ailleurs, pour Kierkegaard, l'humour est le degré ultime de lucidité que l'homme puisse atteindre par ses propres moyens: la pure conscience de notre petitesse, de notre impuissance, et qu'au lieu d'en désespérer, nous en rions. Le rire vient souligner à grands renforts de stabilos l'écart entre l'idéal et la réalité... peut-

être essaie-t-il de combler ou tout du moins de compenser ce déchirant décalage. L'humour sourit pour ne pas pleurer, ajoute au comique de l'empathie et à l'ironie de la magnanimité.

Freud [4] affirmera que tout mot d'esprit n'est pas un témoignage de l'humour: ils peuvent aussi bien être agressifs, cruels, ironiques. Le mot d'esprit est une revanche du surmoi, instance qui refoule et censure inconsciemment certains désirs, ainsi, ce désir arriverait à passer outre cette barrière de la censure sous le déguisement du rire. Grâce au mot d'esprit, nous pouvons jouir impunément de plaisirs défendus, il nous épargne du même coup le dur labeur, inconscient, d'inhiber les désirs interdits.

L'humour nous empêche de sombrer dans la pitié ou dans la colère, il nous sauve par le rire, et nous nous élevons au-dessus du tragique de l'existence. En cela il est libérateur. Il transmet quelque chose de l'ordre du sublime c'est à dire le sentiment d'un être conscient sur ce qui l'écrase et l'emprisonne. Nous ne retrouvons cela ni dans le comique, ni dans le mot d'esprit, ni dans l'ironie. Avec l'humour, le sujet pensant refuse de se laisser entamer par les souffrances du quotidien et l'aspect tragique de la vie, l'impuissance.

Au contraire, il tire plaisir du pire, nous en trouvons des exemples dans l'humour noir: celui-ci défie le tragique par excellence à savoir la mort, en sublimant notre détresse. Comme nous l'avons vu, pour Freud, le comique ou le mot d'esprit déjouent les gardes acerbes de la censure du surmoi, dans l'humour au contraire, le surmoi devient gardien protecteur et console le moi conscient effrayé par le tragique de l'existence. Consolation illusoire bien-sûr, car il ne s'agit que de rire de son malheur.

Si pour Freud l'humour nous délivre de nos angoisses, pour Kierkegaard il est un exemple de la plus haute performance dont est capable l'esprit humain lorsqu'il est angoissé (regard le plus lucide sur l'existence) et que Dieu ne peut l'assister. L'inspiration religieuse (chrétienne) de Kierkegaard joue beaucoup dans cette prise de position: l'humour, serait, avant l'ultime recours à Dieu, une façon de faire le grand saut de la foi qui seule nous délivrerait du tragique. Face à lui: Freud en bon rationaliste, considère l'humour comme une sublimation, une catharsis, le substitut plaisant mais imaginaire d'une réalité qui demeure affligeante; transfigurer grâce à

l'humour c'est nous permettre de mieux supporter la réalité. Au contraire de l'ironie qui nous détache, l'humour permet un approfondissement de notre condition.

Les surréalistes, influencés par les travaux de Freud en donnent la définition suivante: "L'humour représente une revanche du principe de plaisir attaché au surmoi sur le principe de réalité attaché au moi, lorsque ce dernier est en très mauvaise posture." [44] Ce mouvement proposait de mêler fantastique et réel pour produire un humour destructeur de la loi, de l'ordre, de la raison, humour qui serait révélateur d'une surréalité, elle-même synthèse du subjectif et de l'objectif, du rêve et de la réalité. Ils comptaient donc sur l'humour pour ébranler un vieux monde factice et sclérosé et permettre à un nouveau monde d'éclore.

3. Faire de l'humour, est-ce philosopher?

Dans notre perspective de parler de l'humour en utilisant le filtre philosophique, nous pouvons nous poser la question de savoir si l'humour, et celui qui le pratique sont philosophes. Car faire des jeux de mots qui déclenchent le rire est un peu loin de la qualification de philosophe. En revanche, faire rire en disant la vérité est déjà une démarche philosophique. Ajoutez-y une argumentation rigoureuse, une démonstration fondée sur la raison, la tonalité universelle à partir de l'abstraction des aspects particuliers, et la finalité du discours vers une quête de vérité, alors là nous pouvons commencer à soupçonner un brin de philosophie chez l'utilisateur de l'humour.

Il y a donc un pas certain entre l'humour et la philosophie, même si en de rares occasions ils peuvent se rejoindre. C'est d'ailleurs en cela que l'humour revêt une certaine insuffisance. Freud à ce propos écrivait: "on ne peut dire qu'une chose, c'est que dans les cas où un homme triomphe de sa douleur en comparant l'immensité des intérêts universels à sa propre petitesse, le triomphe n'est pas le fait de l'humour, mais de la pensée philosophique" [4]. Philosopher c'est réconcilier l'homme avec lui-même et avec le monde par le biais de la pensée. C'est, comme Hegel le disait, reconstruire ce qui est dans la pensée pour rendre l'être intelligible, pour permettre à l'homme de donner son adhésion à l'être au lieu de s'en absenter par l'ironie ou bien de le sublimer par l'humour. C'est cette adhésion, délibérée et réfléchie, qui nous donne la force et la joie d'exister. Ce n'est pas être fort qui nous rend heureux, mais bien être heureux qui nous fait ressentir aussi fort. Dans l'humour, il y en a les

prémises, mais seule la conceptualisation philosophique nous permet d'y accéder pleinement. L'humour donne à penser mais il ne pense pas et ne nous dispense pas de penser. Il sublime notre angoisse mais n'en éradique pas les causes: "quand celui qui chemine dans l'obscurité chante, il nie son angoisse, mais n'en voit pas plus clair pour autant" nous rappelle Freud [45].

L'humour est donc le premier pas vers la joie d'exister, le deuxième étant de commencer à le penser. Mais ne perdons pas de vue que quand nous questionnons le réel, c'est nous-mêmes qui sommes en question, car le réel ne fait pas question, il est simplement. Quelles questions? Quelles réponses? Wittgenstein nous interpelle hardiment: "la solution de l'énigme c'est qu'il n'y a pas d'énigme". Les solutionnistes, eux, diraient: "s'il n'y a pas de solution c'est qu'il n'y a pas de problème".

POINTS IMPORTANTS

L'humour existe bien avant son apparition dans le vocabulaire (Egyptiens, Grecs).

Il vient du mot anglais «humor».

Il ne prend son sens actuel qu'aux XVIIe et XVIIIe siècles en Angleterre et seulement vers le XIXe siècle en Europe.

En France: première apparition en 1725, admission officielle par l'académie française en 1932.

«Provocation humoristique»: Jeu plaisant de mobilisation dérangeante à travers la surprise ?

L'humour revêt de multiples fonctions, nous pouvons simplement retenir que c'est l'usage que l'on en fait qui le colorera d'une dimension bénéfique ou non.

Le sérieux est respectable mais n'exclut pas l'usage de l'humour, qui nous permet de recouvrer une certaine liberté, de dépasser le tragique pour le sublimer. Cela pourrait s'apparenter au degré ultime de lucidité que peut avoir un homme sur le monde, une conscience tragique mélangée à la joie de rire.

L'humour souligne l'écart entre idéal et réalité, il se partage avec l'autre et n'attaque pas comme l'ironie (dont il s'inspire), en cela l'humour dépasse l'ironie dans sa capacité empathique notamment.

L'humour, par ses aspects ludiques, empathiques et de tolérance, pourrait être un bon candidat en tant qu'outil psychothérapique.

II. PSYCHOTHÉRAPIES ET HUMOUR

L'humour se déguise au gré du référentiel théorique : sa complexité, sa richesse, et même sa noirceur seront révélées par les psychanalystes ; son aspect surprenant est au premier plan pour les systémiciens ; alors qu'il sera apprécié comme trait de personnalité par les cognitivo-comportementalistes.

A. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

Les situations où l'on reconnaît et stimule les capacités du patient à faire de l'humour, voire jusqu'à se moquer de son thérapeute, ont parfois été exclues de certaines théorisations analytiques, or, force est de constater que cela fait intrinsèquement partie de la communication sociale. F. Lachman écrit à ce propos: «la conséquence de l'élimination de l'humour du traitement analytique, c'est la transformation du patient et du thérapeute en cadavres» [46].

L'humour, la spontanéité, la surprise, sont des processus créatifs, des ressources pouvant se développer dans un cadre favorable d'empathie et de confiance. L'humour facilite le lien et instaure une réciprocité entre thérapeute et patient, il permet au patient d'exprimer un certain niveau d'hostilité et au thérapeute de retrouver un nouvel élan dans son travail. Le point le plus important est peut-être qu'en thérapie l'humour n'est pas imposé ou subi, mais co-construit: c'est quand le patient s'approprie l'humour que le jeu peut commencer. Chaque dyade patient-thérapeute construit alors son propre espace transitionnel, l'humour est le résultat de l'alchimie à un temps «t» entre ce patient et ce thérapeute. Cet amusement respectueux et réciproque est le «something more» de Stern, le «quelque chose en plus que l'interprétation» [47], permettant de faire une expérience transformative. L'humour, bien plus qu'un simple brise-glace de relation, surgit comme une modalité intrapsychique qui implique chacun en représentant une communauté inconsciente fondée sur une confiance mutuelle. Pour le père de l'empathie, Heinz Kohut (1913, Vienne), l'humour offre une grande réserve de sagesse et de force [48]. Il valorisait l'humour, qui selon lui marque un progrès authentique du patient au sein de la

psychothérapie (forme d'acceptation du Soi), et n'est pas à entendre comme un facteur d'empêchement ou une absence d'affectivité.

Dans cette partie, nous aborderons d'abord l'humour au travers de sa définition classique comme mécanisme de défense, puis nous le rapprocherons des notions moins conventionnelles, à savoir la capacité à être seul, le narcissisme et le paradoxe, pour enfin en percer le double visage par le biais de son «inquiétante étrangeté».

1. L'humour comme mécanisme de défense

Les approches analytiques [4, 49, 50] posent l'humour comme processus défensif: il permet d'obtenir du plaisir par une création non sublimatoire, mais esthétique, ne recouvrant pas le domaine du pathologique. Ses potentialités adaptatives et thérapeutiques sont contenues dans l'apparent paradoxe qui fait se côtoyer un certain démenti de la réalité avec l'affirmation du principe de réalité, ce qui place l'individu dans un mouvement de liberté sur son environnement.

L'humour jaillit pour faire face à des pulsions sexuelles ou agressives, plus globalement afin d'éviter les situations difficiles ou l'expression d'affects pénibles. Une partie de la libido objectale est ainsi réinvestie en libido narcissique conférant au Moi un triomphe ponctuel sur le Surmoi, par l'entremise d'une production socialement valorisée. La condensation, le déplacement, sont des mécanismes à l'oeuvre dans l'humour, tout comme dans le rêve. L'humour est donc un processus économique qui permet au sujet d'éviter l'épreuve du refoulement, de la répression, du passage à l'acte. Effectivement, dans les termes passage à l'acte, l'on peut penser qu'il y a un choix, or le rire survient quand il n'est pas décidé, c'est un événement plutôt qu'un acte. L'humour, lui, est volontaire: il s'agit d'une mise en acte d'un dédoublement (celui qui rit et l'autre qui rirait de lui), le rire est involontaire. Jouissance pulsionnelle et secondairement intellectuelle, l'éclat de rire survient alors comme expression brutale du quantum énergétique lié à la levée et/ou au contournement des inhibitions initiales [1].

Gardons cette idée de passage à l'acte, car nous verrons plus loin qu'il existe certaines façons de faire de l'humour qui peuvent s'en rapprocher: c'est alors l'auteur du bon mot (plutôt acerbe en réalité...) qui passe à l'acte et le récepteur le subi.

Pour Freud [4], l'essence de l'humour réside dans le fait de s'épargner des affects déplaisants ou douloureux liés à la situation dans laquelle on se trouve, pour laisser place à une plaisanterie qui surplombe la tension affective et qui permet de s'engager. L'humour serait pour lui «la contribution au comique par la médiation du Surmoi», alors que le mot d'esprit serait «la contribution au comique que fournit l'inconscient» [49]. Remarquons que son analyse sur l'humour et sur le mot d'esprit se prête aisément à l'humour juif, humour dont le projet est de tromper la censure, il suppose donc d'emblée une censure manifeste.

Schimmel [51], pour sa part, pense que l'humour permet de contourner et de désarmer les défenses ou résistances des patients. Cette outil nous permettrait de communiquer avec eux là où d'autres manières de faire ont échoué. Ceci est dû au fait que l'humour offre la possibilité de se distancer et de se libérer d'anciennes configurations dysfonctionnelles au niveau des perceptions et des réactions. Il suscite une sorte de juxtaposition du réel avec l'irréel, de la métaphore et de la fantaisie, remet en question l'absolutisme, ébranle le sérieux, et surtout, crée le jeu. Le rire est à la frontière entre les forces de la pulsion et de la raison, il offre ce temps de liberté où tout peut arriver, aussi une nouvelle chance, aussi le changement. En outre, l'utilisation des mots d'esprit et de l'humour offre la possibilité au patient d'acquérir une certaine forme de maîtrise sur leur situation [52], d'appivoiser la surprise et l'inconnu: ils ne sont plus dominés exclusivement par la honte, la culpabilité ou la colère. De plus, une forme de connivence patient - thérapeute apparaît, lien différent d'un rapport hiérarchique ou d'expert - novice.

Notons que le biais de cette utilisation serait de faire ressembler le lien analytique à un lien amical qui laisserait la douleur du patient hors d'atteinte.

2. La lutte contre les angoisses archaïques et la capacité d'être seul

L'humour ne se pratique pas seul: il est adressé et naît pour être partagé, il vient rompre une certaine solitude narcissique. L'humour est un acte social: même quand on rit seul, c'est être déjà «être à trois»: soi-même, ce dont on rit, le groupe que ce rire fait exister.

L'humour répond par là à cette question qui nous taraude aux tréfonds de nos êtres, il répond à cette solitude existentielle que certains d'entre nous, sans parler psychopathologie, connaissent dès le huitième mois. Pour G. Pirlot l'angoisse du huitième mois est déjà un début de triangulation oedipienne où le bébé, en reconnaissant que l'étranger n'est pas sa mère, se reconnaît également en tant qu'étranger à sa mère. Un début d'individuation commence, et avec celui-ci le dur apprentissage d'une certaine solitude. Connaître et apprendre ce qu'est l'altérité va donc de paire, au travers de l'angoisse de séparation, avec la découverte de la solitude.

L'humour réconcilie avec l'autre et tente de lutter contre un vécu angoissant. L'on pourrait même aller plus loin en disant qu'il réconcilie avec l'autre qui nous habite. Freud nous dit que l'humour est la preuve de l'intériorisation des instances parentales, D. Sibony va plus loin: l'humour ferait fonctionner un «dispositif orphelin»: on se fait consoler par l'être, l'existence du symbolique, «cela console de n'avoir personne qui vous console» [53].

Winnicott pose la capacité d'être seul comme signe de maturité du développement affectif. Il appelle «relation au moi» une relation «entre deux personnes dont l'une au moins est seule; peut-être les deux sont elles seules, pourtant la présence de chacune importe à l'autre» [54]. D'emblée cette notion paraît donc paradoxale puisque la capacité d'être seul est basée sur l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un. En empruntant un langage de type Kleinien, nous pourrions dire que la capacité d'être seul repose sur l'existence dans la réalité psychique de l'individu d'un bon objet. Ainsi, le nourrisson qui grandit, entouré de soins maternels «suffisamment bons», peut intérioriser de bons objets, (et notamment la dimension sécurisante de la contenance psychique avec laquelle la mère entoure son bébé, Winnicott parle de «mère support du moi») et est prêt à les

projeter au moment adéquat. Notons que l'auteur décrit ce phénomène comme plus primitif que l'introjection de la mère. L'aptitude à la solitude authentique a ses fondements dans cette expérience primitive et non élaborée du nourrisson et peu à peu l'environnement qui sert de support au moi est introjecté et sert à l'édification de la personnalité de l'individu. Que se soit la mère ou le substitut maternel dans un premier temps, les groupes de pairs (ou l'environnement extérieur) dans un second temps, cette capacité s'étaye toujours sur la présence de quelqu'un, soit dans le réel soit par le biais de l'introjection.

Vignette cinématographique

Au passage, les cinéphiles remarqueront que Wim Wenders dans son film «Les Ailes du Désir» (Der Himmel über Berlin) aborde ce sujet, notamment dans le passage où la ravissante Solveig Dommartin (Marion) dit à Bruno Ganz (Damien) (chapitre «Le jeu en main», et le suivant):

Marion - (...) Enfin, ça devient sérieux. C'est ainsi que j'ai grandi. Moi seule, étais-je si peu sérieuse? Le temps est-il si peu sérieux? Je n'ai jamais été solitaire: ni seule, ni avec d'autres. Mais j'aurais aimé être enfin solitaire. La solitude, ça veut dire: je suis enfin entière. Je peux le dire maintenant, car ce soir je suis enfin solitaire. (...) La nuit dernière j'ai rêvé d'un inconnu, de mon homme. Avec lui seul je pouvais être solitaire, et m'ouvrir à lui, m'ouvrir toute, toute pour lui, le laisser entrer en moi, tout entier, l'entourer du labyrinthe de la joie commune. Je le sais, c'est toi.

Voilà ce que Damien, ange devenu homme en dira (au chapitre suivant):

Damien - Il est arrivé quelque chose. Qui continue d'arriver, qui me lie. C'était vrai dans la nuit et c'est vrai dans le jour, plus encore à présent. Qui était qui? J'étais en elle, et elle était autour de moi. Qui au monde peut affirmer qu'il a jamais été ensemble avec un autre humain? Je suis ensemble! Ce n'est pas un enfant mortel qui a été conçu, mais une image commune, immortelle. Cette nuit, j'ai appris à m'étonner. Elle est venue me ramener chez moi, et j'ai trouvé ce chez moi. Il était une fois... Il était une fois et donc il sera. L'image que nous avons conçue accompagnera ma mort. J'aurai vécu dans cette image. Ce n'est que l'étonnement devant nous deux, l'étonnement devant l'homme et la femme, qui a fait de moi un humain. J'ai maintenant ce qu'aucun ange ne sait.

Nous pouvons alors formuler l'hypothèse suivante: en donnant aux patients la possibilité de se réconcilier avec l'humour, d'une part cela renforce leur capacité à être seul et donc développe leur maturité psychique, et d'autre part cela vient signifier à l'individu qu'il est l'acteur d'une relation: il peut se permettre de jouer car il a au fond de lui cette sécurité, il peut partager sa représentation du monde, car pour pouvoir jouer, il faut une représentation partagée... C'est là que commence l'espace transitionnel de Winnicott.

3. La question du narcissisme

Une compréhension intra-psychique de l'humour paraît primordiale: sur quoi s'appuie donc toute provocation humoristique avant même d'avoir été créée? Le narcissisme. Et comme le dit A. Eiguier au début de son livre «*Du bon usage du narcissisme*»: «nous sommes tous largement concernés par le narcissisme, cet amour sélectif de nous-même (...)» [11].

L'humour représente un déni partiel de la réalité, il permet au Moi de faire l'économie de l'affect déplaisant. Le rire met ensuite en branle la tension entre loi narcissique et loi symbolique, plus souple; il aide à sortir de la mortification. Ainsi, l'humour, en amplifiant le bon côté des choses, reconforte le narcissisme et donne au Moi l'énergie suffisante pour accueillir, ultérieurement, l'affect déplaisant. «L'humour n'est pas résigné, il défie; il ne signifie pas seulement le triomphe du Moi mais aussi celui du principe de plaisir»[49]. Il n'offense pas et c'est l'auteur lui-même qui est remis en cause (l'autre par ricochet pouvant être visé): «se faire tout petit empêche que l'autre vous rapetisse» [53], il peut baisser sa garde et devenir presque bienveillant: rire de soi est un gage de sécurité pour l'autre.

Freud insiste sur cette dimension masochiste de l'humour, ce qui le différencie du mot d'esprit, du comique, de l'ironie (dans cette dernière, c'est plutôt le sadisme qui est à l'oeuvre, elle représente une projection du mauvais objet sur l'autre). Être capable de tant de sincérité et de gagner les faveurs du Surmoi sans le mettre au défi (pervers) ou sans le craindre (névrosé), demande une grande solidité

narcissique. Le rire qui en découle vient pointer l'afflux pulsionnel, ce débordement à la limite de la transgression.

Pour Daniel Sibony, «faire rire, c'est miser sur le narcissisme de l'autre, faire passer notre narcissisme par le sien en espérant que dans le plaisir qu'il va prendre, il en prélèvera une part pour nous marquer sa gratitude, et nous donner en retour un peu de joie» [53]. Faire rire est, selon lui, se faire prendre pour autre, tout en se prenant pour soi alors que le soi se prend pour autre chose: «il y a dans le rire un entrechoque entre soit comme sujet possible et soi comme objet du sujet qu'on veut être, qu'on veut tenter de faire parler» [53]. Cela représente un sacré changement de perspective, et c'est ce changement que vise toute psychothérapie! C'est une remise en question, la sécurité de pouvoir se prendre pour autre quand on a l'assurance de pouvoir revenir à soi après le conflit: on se réconcilie en contournant l'émotion. On se perd puis on se retrouve. Rire, c'est s'oublier (la levée du refoulement pour Freud), et aussi s'exhiber comme oublieux des choses normales au sens de logiques, conscientes et raisonnables. Le rôle de l'absurde, qui vient vider le sens logique pour en réinventer un autre: affectif et surprenant, est alors de créer cet oubli sans s'en offusquer. Un exemple: les clubs de rire, où les rires s'entretiennent de manière contagieuse, animés par des rigologues. Le transfert dont ils jouissent n'est autre que le transfert narcissique du groupe à lui-même: «le groupe s'aime riant à travers cet animateur».

4. Paradoxe et perversion

La provocation humoristique et plus généralement l'humour, en utilisant la communication paradoxale et le déni pourraient marcher sur les plates bandes de la perversion. Or dans l'humour, la réalité se trouve partiellement niée, le savoir suspendu. Dans la perversion, on dément également un manque. La différence est que dans la perversion la tromperie devient le principal recours à ce manque, alors que dans l'humour c'est la créativité de l'appareil psychique, et par là l'adaptation qui sont sollicitées. De même, l'usage du paradoxe dans un mécanisme pervers sème la confusion, alors que dans l'humour, il devient démonstration d'ingéniosité et comme le souligne Freud l'auditoire en reçoit «un bénéfice de plaisir analogue»[55].

L'humour peut jouer du paradoxe car il sait prendre ses distances et ne craint pas les conséquences de sa folie: il a la pertinence de la situation, il sait s'adapter et reconnaît son public. L'humour s'empare donc du paradoxe pour occuper l'espace vide laissé par l'absence de réponse. D'autre part, il s'appuie sur un contrat tacite entre auteur d'humour et public: «ce qui est dit n'est pas du vrai, n'est pas du mensonge, c'est de l'entre deux» [53].

Notons tout de même qu'être toujours dans une dimension humoristique, pourrait être une manière de s'enfermer en cultivant son narcissisme dans l'illusion de l'ouverture.

5. Inquiétante étrangeté et humour: Freud et Bergson

L'humour manifeste la fragilité du sens humain, il lui concède un espace, espace que nous pouvons regarder de loin, sans être submergé par l'inquiétante perte de sens qu'il pourrait amener. C'est un entre-deux, un événement entre deux niveaux d'être et de pensée.

Pour Freud, il s'agit d'un choc entre visible et refoulé: le mot d'esprit trompe une censure et lève un refoulement, l'entrechoque se joue donc entre conscient et inconscient. Quand on rit, il y a irruption d'inconscience (cette irruption n'ayant rien à voir avec un passage à l'acte comme remarqué plus haut), mais presque aussitôt, c'est pour s'en dégager.

Pour Bergson le choc se joue entre humain et automate: un être pulsionnel sans médiation. Notons au passage qu'un homme en proie à une symptomatologie pourrait être cet automate. Dans son livre sur le rire [3], il s'attache à décrire les procédés de fabrication du comique. Par exemple, le procédé du «mécanisme plaqué sur le vivant», lui permet d'expliquer comment un geste quotidien répété en dehors de son contexte, de manière répétitive et à fortiori caricaturale devient comique. L'imitation s'oppose au principe de vie qui réside dans une certaine souplesse, une adaptation, la surprise. Il décrit ainsi trois scènes primordiales pour affiner son analyse:

- le diable qui sort de sa boîte: forme simple du comique de répétition, Freud souligne quant à lui, que le spectateur connaît le pot aux roses, l'explication sous-jacente, alors que le protagoniste non, c'est en cela que le spectateur peut trouver la scène comique.

- le pantin à ficelles: ou comment un personnage qui croit agir librement est le jouet de passions qui le dépassent.

- la boule de neige: catastrophes s'enchaînant sans fin.

Ces premières figures l'amènent tout naturellement à l'enfance, aux jeux, antérieurs à une culture adulte. Pourtant, cette dernière les réutilise en les affinant et les sublimant. Mais ces pantins et ces diables pourraient tout aussi bien jouer à d'autres jeux: «Dès que nous oublions l'objet grave d'une solennité ou d'une cérémonie, ceux qui y prennent part nous font l'effet de s'y mouvoir comme des marionnettes»[3]. On peut à la fois croire qu'un pantin est vivant et qu'il ne l'est pas. Notre inconscient n'a pas cette logique tranchée du raisonnement. De même, l'on peut jouer à se faire peur en regardant un film d'horreur et éprouver réellement de la peur. Toutes ces bizarreries nous font toucher le ressort obscur du comique, ou comment une inquiétante étrangeté (*l'unheimlich* freudien [49]) peut s'insinuer dans un processus comique banal. Comment l'on peut être fou au milieu des fous car la règle n'est plus la logique raisonnable ou le bon sens cartésien: l'absurde est au centre de l'humour, qui se rapproche de celui du rêve: «il n'est pas rare qu'on observe dans le rêve un crescendo particulier, une bizarrerie qui s'accroît au fur et à mesure qu'on avance. Une première concession arrachée à la raison entraîne une seconde, celle-ci une autre plus grave, et ainsi de suite jusqu'à l'absurdité finale» [3]. Drôles au début, les répétitions mécaniques passent les bornes puis font mal et torturent, et nous dérangent. Et lorsque tout est fini, le spectateur sort de quelque chose d'inquiétant: «ce rêve de plus en plus extravagant où nous nous enfonçons» [3].

L'humour est une façon de se moquer du sens, de la loi, sans doute pour compenser le fait d'y être soumis, un instant, l'on devient des insensés. Il s'agit en fait d'une évaporation progressive du sens, d'un jeu avec les limites et la fragilité du

sens, c'est une petite folie qui accapare l'intériorité d'un être ordinaire, une folie ordinaire? C'est en quelque sorte un délire maîtrisé et socialement reconnu. Ce double mouvement, à savoir faire disparaître la trame du sens pour ensuite la faire réapparaître avec une autre perspective se retrouve dans l'interprétation: épurer la base du sens pour ne retenir que quelques mots qu'on relance en les reliant autrement.

Quelque chose n'est pas risible en soi, ce qui nous permet d'en rire, c'est lorsqu'il est mis à une place spécifique dans un dispositif particulier. Autrement dit dans un contexte propice: «la condition essentielle (...) est que la particularité observée apparaisse de suite comme une espèce de cadre, où beaucoup de personnes pourront s'insérer» [3]. Sans cadre le comique n'existe pas, l'humour ne prend pas, car c'est le cadre qui détermine la valeur des éléments qui y sont inclus. L'humour est un dispositif, il n'est pas une qualité intrinsèque.

«Rencontrer la double face de nos petites réalités, ou son propre double, cela fait rire dès que ce n'est plus inquiétant» [53]. Mais pourquoi l'étrangeté est-elle inquiétante? Elle angoisse car on ne la comprend pas, le mode d'emploi est égaré, le cadre est perdu de vue. Le contexte n'y est plus, on ne peut se référer à rien, on ne peut même pas le contredire. C'est cette rupture qui provoque l'inquiétude dans laquelle baigne l'*unheimlich*. Toute logique rassurante disparaît, le cadre, qui avait notamment pour fonction de nommer, classer, gérer, maîtriser, est mis en défaut: notre réalité est altérée, le mouvement de cette inquiétante étrangeté va petit à petit englober l'observateur dans le spectacle. Le Moi est atteint, nous ne pouvons alors plus rire, car rappelons-le, l'effet comique repose sur la non-identification.

Les choses perdent leur familiarité, le monde se désorganise, le sentiment d'inquiétante étrangeté est bel et bien lié à l'angoisse de perte de sens, et la découverte que le sens n'existe pas en lui-même. Sous le monde rassurant de ce que le langage crée se trouve donc un univers chaotique, latent pouvant parfois affleurer: c'est le monde qui se trouve avant le sens. Est-il un reste du monde archaïque de l'enfant? Jeu de cache-cache, on peut rire de la volonté de cacher ce qu'on prête à l'autre et qu'on se réjouit de révéler. On rit d'être ce révélateur et cela

gratifie. En tout cas, la folie a le pouvoir de faire resurgir cette contrée terrifiante. Jouer à remettre en question ce cadre, c'est-à-dire faire de l'humour, voire provoquer, c'est mimer une disparition de repères, et l'on comprend facilement d'où vient cet aspect bipolaire de l'humour. Quand l'humour prend, il y a rupture de causalité, une frustration exquise: un manque insaisissable... et un rire éclate: c'est la joie de la coupure et de la déliaison sachant qu'il reste du lien par ailleurs. Un nouveau lien. Il s'agirait donc moins d'économie (le plaisir comme absence ou décharge d'excitation) que de retournement?

L'inquiétante étrangeté serait à l'humour ce que le négatif est à la photo. Un point de vue différent d'une même situation, un changement de regard... Intéressant de constater que l'humour contient déjà en lui la complexité, l'ambivalence, le contexte ou cadre, le changement. Des ingrédients essentiels dans une psychothérapie, ce que nous verrons dans les dernières et avant-dernières parties.

B. APPROCHE SYSTÉMIQUE

Après avoir rappelé ce sur quoi s'appuie cette approche, nous verrons comment et dans quels buts certains thérapeutes de ce courant utilisent l'humour. Nous détaillerons plus longuement dans notre troisième partie la thérapie provocative, il n'en sera donc pas fait mention ici, même si elle fait effectivement partie de cette approche.

La thérapie systémique n'a pas de paternité unique, et les thérapeutes qui ont commencé à penser la thérapie de manière un peu différente furent fortement marqués par leur culture psychanalytique. Par exemple Nathan Ackerman (1908-1971) psychiatre et psychanalyste New Yorkais, fut l'un des premiers à inclure l'ensemble de la famille dans le traitement d'un individu, soit à prendre en compte le système (la famille étant considérée comme un système de personnalités en interaction). D'autre part, il est troublant de voir à quel point des ponts peuvent s'établir entre concepts systémiques et concepts analytiques: Paul-Claude Racamier (1924-1996), brillant psychanalyste français, a élaboré une pensée novatrice autour

des systèmes présentant des transactions incestuelles et incestueuses, et avait déjà remarqué le rôle particulier que jouait le paradoxe, paradoxe qui forme l'ossature de l'humour.

L'approche systémique privilégie le changement, c'est une thérapie psychocorporelle qui se focalise sur «l'ici et maintenant»: la situation présente qui pose problème. L'éthique est fondamentale, et même si le thérapeute est en position active auprès du patient, il n'en reste pas moins en position basse et non d'expert, prônant la coopération. L'humour et les paradoxes représentent une voie possible pour induire un changement, le thérapeute doit savoir utiliser de manière non planifiée sa créativité pour transformer la thérapie en expérience émotionnelle correctrice et curative. Ce qui fait l'a-propos du thérapeute c'est l'attention qu'il porte à l'autre et en retour celle qu'il porte à ce qui se passe en lui, aux résonances [56]. Donner une importance aux résonances, c'est permettre qu'émerge une distance dans le mouvement même de cette émotion partagée, permettre de transmettre une intention positive de manière non verbale. Cette expérience éphémère mais intense de rencontre, ce mouvement d'histoire commune où l'inscription corporelle de l'émotion a ouvert le champ des possibles, est alors à renforcer.

Le paradoxe est particulièrement utile pour créer une relation et un climat thérapeutique orienté vers le changement, en particulier avec des patients très «résistants». L'humour est lui-même un paradoxe, avec la multiplication des niveaux, un dédoublement (niveau du raisonnement et niveau absurde), un glissement (provoquant la confusion entre une classe et l'un de ses éléments) et le repérage de ces glissements. Bergson avait déjà repéré cela et parlait de «transposition» [3], tandis que Bateson a appelé cela le «syndrome transcontextuel» [57], dont les effets peuvent aussi bien être enrichissants ou source de souffrance pour un individu.

Si c'est V. Frankl qui introduit le paradoxe en thérapie par «l'intention paradoxale» [58], c'est l'équipe de Bateson qui en théorise l'intérêt et ses implications [59]. V. Frankl demandait au patient qui voulait se débarrasser d'un symptôme d'essayer de l'avoir de manière délibérée. Il proposait donc au patient de désirer, l'espace d'un instant, ce qu'il craignait. Bien-sûr, il était parfaitement conscient que pour réaliser ce type de prescription, le patient devait utiliser une

forme d'auto-détachement propre au sens de l'humour. Il décrivait cette «intention paradoxale» comme «irrespectueuse» envers l'étiologie du symptôme dans le sens où elle n'en tient pas compte. Le changement résidait alors dans l'attitude qu'adoptait le patient envers son symptôme.

Si l'humour et le paradoxe se rejoignent dans la capacité d'un individu à percevoir différents niveaux logiques et de passer de l'un à l'autre, la confusion qu'ils provoquent ne se situent pas au même niveau:

- dans le paradoxe thérapeutique: la confusion de niveaux se situe dans la relation thérapeute-patient. Le cadre doit être fermement posé, notamment le fait que le thérapeute comprenne la souffrance du patient et qu'il est déterminé à l'aider. Car quand il encourage son patient à aller mal, l'élément de la classe est confondu avec le niveau plus global et implicite de ce cadre: «je vais vous aider à aller mieux» (la classe). Le patient est alors rapproché de son problème en quelque sorte, il est conforté dans sa position (quand par exemple on encourage le symptôme).
- dans l'humour les niveaux confondus se trouvent à l'intérieur de l'énoncé lui-même, point n'est besoin de cadre, si ce n'est de références communes entre l'émetteur de la plaisanterie et le récepteur. Dans ce cas, le recadrage s'opère en éloignant le récepteur du problème: il s'agit de la classique mise à distance.

La provocation humoristique se situerait donc à mi-chemin: empruntant le côté ludique de l'humour et s'appuyant sur la confusion de niveaux propre au paradoxe thérapeutique. Le positionnement du thérapeute dans son cadre et vis à vis du patient vont déterminer dans quelle intention il fait son intervention, et c'est cette intention que le patient percevra, au-delà de l'énoncé lui-même. La dimension provocative porte avec elle la notion de surprise, et les prescriptions atypiques des thérapeutes de ce courant utilisent largement la stupéfaction provoquée pour orienter l'attention vers le changement [60].

Dans *Vers une écologie de l'esprit* [57], Bateson analyse: «Le moment clé d'un mot d'esprit impose souvent l'entière réévaluation des signaux précédents, qui avaient assigné au message un mode de communication particulier (acceptation littérale ou métaphorique)», et: «Il y a découverte, par exemple, lorsqu'il devient

manifeste qu'un message n'était pas seulement métaphorique, mais qu'il avait aussi un sens plus littéral - ou vice versa». L'humour ouvre sur la liberté de parler de manière absurde, d'admettre des alternatives illogiques, d'ignorer toute référence théorique hors du «moment présent» de Stern [60], de jouer. Contrairement à Freud, Bateson met en avant la capacité de l'humour à distancer l'affect, non comme une défense mais comme expérience émotionnelle correctrice capable de transformer le point de vue douloureux sur cet affect pour le vivre plus confortablement.

Paul Watzlawick [61] décrit le caractère essentiellement paradoxal de la créativité sous toutes ses formes: jeu, fantaisie, humour, rituels, métaphores, provocation... Ces outils permettraient de créer en douceur une aversion envers une tentative de solution inefficace qui maintiendrait le problème.

W. Fry, a particulièrement étudié l'humour en collaboration avec G. Bateson et d'autres membres du groupe Palo-Alto, il souligne la complexité du processus liée à l'autoréflexivité: «Chaque fois que l'homme cherche à examiner le «soi», il devra lui faire face et découvrir que c'est le «soi» qui est lui-même l'observateur. Peut-être ce paradoxe est-il lui-même responsable de l'excitation et de l'immense satisfaction que l'on éprouve dans l'étude de notre nature humaine» [62]. Il relève l'importance de la métacommunication dans l'humour: «au moment où se révèle l'humour d'une histoire, on se retrouve brusquement en présence d'un renversement, à la fois explicite et implicite, quand le dénouement final qui provoque le rire est exprimé. Suite à cette inversion de contenu, ce qui paraissait être la réalité peut être présenté maintenant en termes d'irréalité (...) Des renversements brusques comme ceux qui sont typiques du dénouement des histoires humoristiques, font éclater quelque chose, ce qu'on ne trouve pas dans le jeu, (il n'y a qu'en psychothérapie que ce type de renversement est compatible avec la structure générale de l'expérience). Mais ce renversement possède aussi la propriété singulière d'obliger les amateurs de l'humour à une redéfinition intérieure de la réalité. Inévitablement, le dénouement final qui provoque le rire allie communication et métacommunication» [62]. Notons que le métamessage pourrait être l'équivalent du cadre dont nous avons parlé dans l'approche psychodynamique.

Panichelli [63] le formule à sa manière: l'humour est un recadrage et amène le patient à une nouvelle position d'observation, en provoquant chez lui de l'étonnement, tout en permettant de réinterpréter les données de départ.

Milton Erickson, sera un pionnier dans ce qui est d'utiliser des méthodes originales: avec l'hypnose, il n'hésite pas à déstabiliser, il utilise la surprise comme levier du changement et a une approche définitivement très ludique de la thérapie: il sera un autre précurseur de la légitimation de l'usage de l'humour en thérapie. Par exemple, il n'hésitait pas à prescrire à un insomniaque de faire son ménage la nuit, ou à un couple énurétique, il proposait de mouiller leur lit délibérément chaque soir avant d'aller s'y coucher [64].

Haley [65], inspiré notamment par Milton Erickson, introduisit dans ses thérapies stratégiques des prescriptions teintées d'humour, tout comme les thérapeutes de l'équipe de Palo Alto [66]: ils justifiaient le bien-fondé de leurs prescriptions irrévérencieuses (envers les symptômes) en déconseillant à la famille de faire quoi que se soit, dans l'intervalle séparant deux séances, qui puissent réduire ou supprimer les symptômes afin de mieux cerner leurs caractéristiques singulières.

Dans le *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques* [67], on peut lire que «l'humour et le rire semblent une conséquence de la capacité de l'homme à se regarder lui-même et ceci nécessite le fait de pouvoir s'observer soi-même comme un élément détaché d'un système extrêmement ordonné, dans lequel on ne joue pas soi-même un rôle indispensable». Les auteurs ajoutent que: «dans l'humour, deux attitudes, deux attentes ou deux émotions opposées très puissantes sont en même temps éveillées par une combinaison d'idées incongrues et inattendues, produisant la «convulsion» du rire, laquelle amène un relâchement de la tension (...) ce qui nous sort de l'attitude physique fixée où nous sommes précédemment installés, nous rendant momentanément plus souple et plus réceptif». Là encore l'idée de l'expérience correctrice transparaît: un changement d'attitude corporelle aurait pour conséquence une modification du point de vue, qui pourrait être raisonné ensuite.

Burbridge [68] reprend cette idée: l'humour comme outil permettant au patient de s'ouvrir à de nouvelles perceptions qui sont, selon lui, des évaluations et des sentiments. De fait, nous pourrions définir le sens de l'humour comme l'aptitude à apprécier l'incongruité, l'absurdité, un futur inattendu, une surprise agréable, un choc, un chaos émotionnel dont on pourra se souvenir sereinement ensuite.

Morreall [69] affirme pour sa part que l'humour implique toujours la jouissance d'une incongruité perçue ou imaginée. Basé sur la surprise, il peut constituer un changement affectif.

Cloé Madanes [70] souligne également l'importance de la surprise dans les interventions basées sur l'humour. Elle s'appuie bien-sûr sur les théories de ses prédécesseurs à savoir que l'humour permet de penser à différents niveaux en même temps. Pour elle il y a deux façons principales d'utiliser l'humour en thérapie: en s'appuyant sur le langage pour redéfinir la situation, ou en prescrivant des conduites destinées à changer le cours des événements et modifier les interactions.

En thérapie stratégique brève, G. Nardone utilise sa créativité pour susciter la surprise et provoquer le changement. Ses prescriptions, pour le moins provocatives, sont des sortes de rituels magiques qui ont le pouvoir de faire fuir les peurs. Pour Nardone, aller à l'encontre du symptôme est le meilleur moyen de permettre au patient de persister dans ses processus mentaux perturbés qui apparaissent comme incontrôlables (l'exemple typique est celui des obsessionnels compulsifs). En prescrivant un comportement opposé à ce que le patient attend, et donc en évitant de faire pression à son encontre, ses défenses et résistances sont désarmées. Cela fait perdre au symptôme sa spontanéité, son statut même de symptôme et cela l'amène à s'auto-détruire [71]. Dans les situations où la logique rationnelle n'a pas d'effet, le langage paradoxal s'avère utile pour rompre les mécanismes répétitifs dans lesquels les patients sont pris. Le but est de créer une réalité inventée qui produit des effets concrets [71]. D'autre part, en prescrivant le symptôme, le patient est amené à ne plus ressentir le besoin de se défendre de la peur du changement, cela diminue considérablement l'anxiété anticipatoire du changement.

Au total, l'humour en systémie est utilisé pour produire un effet de surprise, un rebond, un pas de côté, qui permettra de créer une nouvelle perspective, un véritable déblocage de la situation et donc, une amorce de changement.

C. APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTE

Au travers d'une revue de la littérature, nous définirons d'abord quelques notions importantes telles que la régulation émotionnelle, la compétence ou intelligence émotionnelle, pour ensuite mieux approfondir leurs relations avec l'utilisation de l'humour.

1. Régulation émotionnelle

Cela fait plus de 2000 ans que les hommes ont commencé à penser la régulation émotionnelle: Marc-Aurèle, Aristote, Epictète faisaient déjà remarquer que la nature de nos émotions est déterminée par notre appréciation des choses et que nous avons le pouvoir d'influer sur elles en voyant le monde avec un oeil différent. La définition la plus largement acceptée de la régulation émotionnelle a été élaborée par J. Gross comme «les processus aux travers desquels les individus influencent les émotions qu'ils ressentent, à quel moment ils les ressentent, comment ils les expérimentent et comment ils les expriment» [72]. En clair, il s'agit de la gestion et de l'organisation, de la part de l'individu, de ses différents systèmes et sous-composantes dans le but d'adapter son comportement émotionnel au contexte et aux normes socio-culturelles, et pour faciliter l'atteinte de ses buts et besoins. Cette définition regroupe un certain nombre de processus tels que l'identification, la compréhension, l'intégration de l'information émotionnelle, et dans le même temps la gestion de son propre comportement en accord avec des buts personnels et sociaux [73]. Ces processus seraient à la fois conscients et inconscients, automatiques ou contrôlés [74, 75], et peuvent servir à augmenter ou diminuer l'intensité d'une émotion, qu'elle soit positive ou négative. Il existe donc des stratégies de régulation incluant des aspects cognitifs, physiologiques et physiques. Bien sûr, la régulation

émotionnelle n'est ni positive, ni négative en soi, tout comme les réactions émotionnelles, mais peut devenir inadaptée ou pathologique en relation à un contexte spécifique.

Les données expérimentales récentes suggèrent que plusieurs formes de régulation émotionnelle requièrent un degré d'effort important de la part de l'individu, et sont donc coûteuses pour l'organisme en termes de dépense énergétique. Alors pourquoi réguler?

Une première hypothèse serait de dire que cela est dans la nature humaine: notre but serait de rechercher le bonheur (donc diminuer le ressenti d'émotions négatives), mais cela n'explique pas le versant maintien ou augmentation des émotions négatives (comme une équipe de sport qui se forcerait à maintenir un certain niveau d'agressivité en compétition par exemple).

Une deuxième hypothèse serait que la régulation émotionnelle est utilisée pour poursuivre et atteindre nos buts au sein de la société (qui ne sont pas toujours liés à la sensation de bien-être immédiat). Il s'agirait de réguler ses émotions afin de modifier son image auprès des autres, dans le but d'influencer ses relations avec les individus de la société [76]. Elle contribuerait aussi à structurer et contrôler la communication entre individus et groupes, et dans ce sens, elle peut être vue comme l'un des fondements principaux de toute société humaine [77]. La formation de groupes sociaux ne serait pas possible sans les capacités de contrôle des pulsions et émotions, et il existe probablement des formes plus automatiques de régulation émotionnelle qui serviraient en premier lieu au maintien d'une homéostasie de l'organisme et à l'adaptation des dépenses énergétiques au contexte.

Ce concept peut paraître proche d'autres notions telles que le «coping», ou «l'autorégulation». L'autorégulation est utilisé comme synonyme ou comme notion regroupant le coping et la régulation émotionnelle. Rappelons la définition du coping: «ensemble des pensées et comportements utilisés pour gérer les besoins intérieurs et extérieurs des situations évaluées comme stressantes» [78]. L'accent est donc mis sur deux questions: la gestion des situations négatives (provoquant le stress) et la diminution des sentiments désagréables au travers d'une régulation consciente. La régulation émotionnelle a donc une définition plus large puisque c'est un processus

conscient et inconscient et qu'elle permet de diminuer mais aussi d'augmenter des émotions négatives et positives. Les mêmes auteurs [78] proposent néanmoins de considérer la régulation émotionnelle comme une forme de coping centré sur les émotions.

En terme de recherches, il s'agira de voir quel type de stratégie de l'expression de l'émotion aura un impact sur le bien-être d'un individu [79-83].

On voit quels liens peuvent d'ores et déjà se tisser avec notre sujet, l'humour: peut-il être assimilé à une stratégie de régulation des émotions, et quelles en seraient les conséquences sur un individu: stress ou augmentation du bien-être, sur l'environnement social: augmentation des relations... Mais avant d'aller plus loin, intéressons-nous au concept d'intelligence émotionnelle.

2. Intelligence émotionnelle

Les émotions et autres phénomènes affectifs reflètent généralement la tentative de l'organisme de s'adapter à un environnement. La personnalité, les valeurs culturelles ainsi que les variables contextuelles influencent la manière dont les événements et les situations sont évaluées, et par conséquent, quelles émotions en découlent. Les émotions ne sont ni positives, ni négatives en soi. Le caractère approprié de l'évaluation et l'émotion qui s'en suit relativement à un contexte spécifique vont plutôt dépendre de l'adaptabilité d'une émotion pour la santé et le bien être d'un individu, ainsi que l'acceptabilité sociale de cette émotion [84].

Manoeuvrer dans un environnement complexe comme le nôtre nécessite une panoplie de compétences émotionnelles, par exemple: percevoir les émotions des autres et savoir comment réagir face à celles-ci, ou encore: être conscient de la manière dont nous manifestons nos propres émotions, savoir comment les gérer et les réguler.

Il existe très clairement des différences individuelles dans les compétences et habiletés émotionnelles [85-87]. Celles-ci s'acquièrent dans la cellule familiale et s'imprègnent des normes sociales et culturelles dans lesquelles l'individu évolue [88].

Le terme «d'intelligence émotionnelle» a été introduit dans la littérature psychologique en 1990 par Salovey et Mayer [89] afin de comprendre les différences individuelles dans les phénomènes affectifs. Au même moment une approche plus populaire que scientifique se développait, donnant l'impression de consensus dont nous sommes encore actuellement encore loin [90].

Notons que le terme d'«intelligence émotionnelle» peut-être abordée comme compétence ou comme trait de personnalité.

Si l'on en parle comme d'une compétence [89, 91], l'intelligence émotionnelle consiste en la capacité à percevoir, comprendre, utiliser et gérer les émotions. Elle regroupe quatre domaines de compétence:

- la perception de nos émotions et de celles d'autrui [92-94]
- la compréhension des émotions [95-97]
- l'utilisation des émotions pour faciliter la pensée [98-101]
- la gestion des émotions, qui dépend de nos buts, de la connaissance de soi et de son environnement social [75, 102, 103]

Grâce à des batteries de test, la recherche a mis en évidence que les individus ayant un haut score sur ces quatre domaines avaient:

- des comportements quotidiens plus adaptés (jeunes adultes) [104]
- une meilleure qualité perçue des interactions sociales [105]
- une meilleure qualité des interactions sociales [106]
- par rapport à la vie professionnelle: une meilleure performance, un potentiel de leadership accru, une meilleure capacité à gérer ses affects et ses attitudes [107].

Si l'on en parle comme d'un trait de personnalité, l'intelligence émotionnelle est composée de caractéristiques personnelles non cognitives qui sont bénéfiques au fonctionnement et au succès de l'individu [90, 108]. Elle est centrée sur les traits de personnalité et les compétences sociales en général, plutôt que sur les processus émotionnels. Elle s'étudie avec plusieurs instruments: notamment l'Emotional Competence Inventory (multi-juges) [109] et l'EQ-i (autoquestionnaire) [108].

Les milieux de l'éducation et du travail s'appuient sur cette deuxième définition. Néanmoins, remarquons que parler d'habiletés et de compétences plutôt que de traits de personnalité laisse envisager qu'elles puissent être entraînées et développées et que les choses ne sont donc pas figées. Dans tous les cas, il s'agit d'une théorisation s'appuyant sur un continuum: d'un côté les individus qui seraient insensibles aux indices émotionnels non verbaux ont probablement plus de difficultés à répondre à leurs besoins et problèmes, et à l'autre extrême, les individus trop sensibles pourraient être submergés par les émotions d'autrui et être inaptes à recourir aux comportements de régulation sociale.

3. Définition du Big Five

Les démarches de catégorisation sont assez courantes en sciences humaines et visent à objectiver et catégoriser afin d'ordonner les choses du réel. Le «Big five personality dimensions» correspond à la description empirique de cinq traits centraux de la personnalité mis en évidence par la recherche (traits associés aux cinq dimensions de Costa et McCrae). Ils constituent non une théorie mais un repère pour la description et l'étude théorique de la personnalité. En France, on parle de modèle OCEAN:

- Ouverture: à l'expérience, aux rêveries, à l'esthétique, aux sentiments, aux actions, aux idées, aux valeurs.
- Caractère consciencieux: compétence, ordre, sens du devoir, recherche de réussite, autodiscipline, rigueur au travail, respect des obligations, organisation plutôt que spontanéité, orienté vers des buts
- Extraversion: énergie, émotions positives, activité, recherche de sensations, tendance à chercher la stimulation et la compagnie des autres, leadership et influence
- Agréabilité ou caractère agréable: confiance, droiture, altruisme, compliance, modestie, sensibilité

- Névrosisme ou neuroticisme: anxiété, colère-hostilité, dépression, timidité sociale, impulsivité, vulnérabilité.

Suite à ces quelques définitions et rappels, nous allons voir comment l'approche cognitive et comportementale définit l'humour, et comment celui-ci peut s'avérer être une compétence sociale ou un passage à l'acte agressif.

4. Les quatre styles d'humour

Les études décrivent quatre types d'humour, et leur utilisation n'aurait pas les mêmes conséquences. Le choix d'un style d'humour (positif ou négatif) et de son utilisation serait une compétence sociale en soi-même et contribuerait à stimuler d'autres compétences sociales comme la capacité à initier des interactions sociales, fournir un soutien émotionnel, gérer le conflit. Nous voyons bien là le lien qui se tisse avec les phénomènes de régulation émotionnelle cités plus hauts.

L'humour est vu ici comme un trait du tempérament (sur un versant émotionnel), et les chercheurs se sont particulièrement intéressés à la façon dont il était utilisé et exprimé dans les relations interpersonnelles.

Martin et al. [110], ont distingué quatre types d'humour:

Types d'humour			Effets potentiels
Humour Positif	Affiliant: utilisation de blagues, humour plutôt amical et gai favorisant l'ancrage du lien	(auto)valorisant: capacité de s'amuser des stress quotidiens	bénéfiques au niveau relationnel et du bien être
Humour Négatif	Agressif: usage du sarcasme et de remarques humiliantes dans le but de blesser et manipuler autrui.	(auto)dévalorisant: tentatives personnelles pour amuser les autres en les dépréciant ou en les dénigrant	nuisibles : reconnus pour avoir des conséquences sociales négatives, surtout sur les relations interpersonnelles [110]

A noter que les deux types d'humour positif sont des concepts bien distincts, car même s'ils corrèlent souvent de concert, le type d'humour affiliant n'est pas relié à certains domaines de la gestion émotionnelle contrairement à l'humour auto-valorisant [111]. Les usagers de ces humours positifs seraient plus compétents pour initier des relations, notamment amicales, et seraient plus enclin à pouvoir révéler à l'autre des choses d'ordre personnel (se confier). L'humour serait donc bien une façon de dire des choses intimes parfois gênantes, aux autres en se sentant en sécurité, avec toujours ce filet, si l'interlocuteur restait interloqué, de dire «c'est bon, je blague...» [31].

L'humour pourrait être apprécié comme méthode de coping, une façon de faire face au stress en maintenant une vision optimiste même dans l'adversité [30, 112], et serait donc un mécanisme de régulation des émotions important. A ce sujet, de récentes études ont montré un lien entre sens de l'humour et intelligence émotionnelle (notamment la facette de gestion émotionnelle à savoir la conscience émotionnelle et la régulation émotionnelle), ainsi que la qualité du lien que les gens peuvent mettre en jeu au cours d'interactions[106]. Notons que l'absence d'humour de type négatif est plus importante que la présence d'humour positif par rapport aux corrélations avec les compétences sociales et l'intelligence émotionnelle

L'usage de ces types d'humour serait également sexuée: les hommes ont un score moyen supérieur aux femmes par rapport à l'usage de l'humour agressif [110, 111].

Les compétences du type: revendiquer ses droits, fournir un étayage émotionnel, gérer les conflits, ne sont pas reliées à la présence d'humour de type positif mais plutôt à l'absence d'humour de style négatif. Effectivement, les usagers préférentiels de l'humour agressif ont une moindre compétence dans le domaine du soutien émotionnel à autrui et dans la gestion des conflits. Avoir ces attitudes hostiles (celles qui sous-tendent l'usage de l'humour agressif) amoindrirait les capacités d'empathie et de soutien, de même que le sarcasme et les taquineries sont des moyens inefficaces de gérer les conflits vu que ce genre d'attitude mène souvent à des escalades symétriques ne faisant qu'augmenter la tension.

D'autre part, les individus utilisant l'humour auto-dévalorisant rapportent des difficultés à faire valoir leurs droits auprès des autres[111]. Ceci rejoint les résultats de l'équipe de Kuiper et al. et Martin et al. [18, 110], qui soulignaient que ce style d'humour était associé à une faible estime de soi. En allant plus loin, nous pourrions même dire qu'une faible estime de soi couplée avec de fréquents sentiments de rage et d'hostilité[110], à savoir ce qui fait le lit de l'usage de l'humour (auto)-dévalorisant, amèneraient les individus à exprimer leur colère de manière passive-agressive plutôt que de manière directe et assurée.

Les différents types d'humour seraient également reliés à des traits de personnalité (traits associés aux cinq dimensions de Costa et McCrae, vus plus haut) [110, 113]:

	Ouverture	Conscientieux	Extraversion	Agréabilité	Névrosisme
Types d'humour Positifs	+		+		
Types d'humour Négatifs		-		-	+

Les + veulent dire «corrèle positivement» et les - «corrèle négativement».

Notons que l'humour valorisant est en particulier corrélé à un optimisme supérieur[110]

D'autres auteurs on rapproché l'utilisation de l'humour à la «dark triad», que l'on pourrait traduire comme la triade des traits sombres de personnalité, qui sont un ensemble de traits subcliniques socialement «limites». Ce «tiercé antisocial» comprend trois tendances:

- narcissique: amour excessif de soi et sentiment de supériorité
- psychopathe: recherche de sensation et peu de capacité d'empathie
- machiavélique: se caractérise pas des comportements froids et manipulateurs

Ce tableau résume les corrélations des tendances avec les différents traits:

	Tendance Narcissique	Tendance Psychopathe	Tendance Machiavelique
Trait Agréabilité	- [113]	- [191]	- [191]
Trait Conscientieux		- [191]	- [191]
Trait Extraversion	+		
Empathie	+ [191]	-	
Optimisme	+ [192]		

	Tendance Narcissique	Tendance Psychopathique	Tendance Machiavelique
Intelligence émotionnelle (globale)		- Plus faible compétence [193]	- Plus faible compétence [193]

Les + veulent dire «corrèle positivement» et les - «corrèle négativement».

Une étude canadienne de 2010 [114], a examiné les liens entre les quatre styles d'humour et le «tiercé antisocial» ou «dark triade», et le «big five»:

	Tendance Narcissique	Tendance Psychopathique	Tendance Machiavélique
Types d'humour positifs	+	Aucune corrélation	Aucune corrélation
Types d'humour négatifs	Aucune corrélation	+	+
Trait Extraversion	+		
Trait Ouverture	+		
Trait Agréabilité		-	-
Trait Consciencieux		-	-
Trait Névrosisme		+	+
Intelligence émotionnelle globale	corrèle positivement avec certains composants	-	-

Les + veulent dire «corrèle positivement».

A noter que la corrélation entre tendance machiavélique et humour (auto)dévalorisant paraît logique puisqu'ils contiennent tous deux dans leur définition le thème de la manipulation d'autrui.

La tendance psychopathique est quant à elle reliée plus fortement à l'humour agressif plutôt qu'à l'humour (auto)dévalorisant, marquée par l'utilisation d'un humour impulsif sans regard pour les dégâts qu'il pourrait causer à l'autre. Cela paraît également

logique vu que la tendance psychopathique est reliée à la notion d'incapacité à comprendre et percevoir les émotions d'autrui.

En ce qui concerne la tendance narcissique, remarquons qu'elle corrèle positivement avec les deux types d'humour positifs, avec une plus forte corrélation pour l'humour affiliant.

Une autre étude de 2006 [111] se propose de faire le lien entre: intelligence émotionnelle, compétence sociale et types d'humour employés. Voici ici résumées quelques caractéristiques reliées aux types d'humour [110, 115].

	Affiliant	(auto)valorisant	agressif	(auto)dévalorisant
Capacité de régulation émotionnelle		+		
Capacité de percevoir ses émotions et celles d'autrui			-	-
Ajustement interpersonnel	+	+		
Meilleure compétence à initier des relations	+	+		
se révéler à l'autre, se confier	+	+		
Bien être émotionnel	+	+		
Hostilité			+	
Emotions négatives				+
Faible estime de soi				+
Etayage social pauvre				+

Les + veulent dire «corrèle positivement» et les - «corrèle négativement».

La capacité de régulation émotionnelle, à savoir gérer et réguler ses émotions et celles d'autrui, apparaît être particulièrement importante pour traiter l'aspect potentiellement excitant (d'un point de vue émotionnel) des interactions sociales[106], comme nous l'avons vu plus haut. Cette capacité corrèle positivement avec la gaieté et négativement avec le fait d'être de mauvaise humeur.

Remarquons que la capacité de percevoir exactement les émotions est une notion se rapprochant de la notion d'empathie. Cette étude suggère que l'utilisation de ces deux types d'humour négatifs impliquerait des difficultés à percevoir exactement ses émotions et celles d'autrui. Inversement, les individus ayant des difficultés à percevoir les émotions vont surtout utiliser l'humour de façon inadaptée, notamment en dénigrant autrui ou eux mêmes (humour agressif), ou en cachant leurs sentiments (humour auto-dévalorisant).

Les styles dits positifs d'humour et la tendance à être gai et enjoué étaient positivement corrélés avec plusieurs domaines recouvrant la compétence sociale, alors que les styles dits négatifs d'humour et la tendance à être de mauvaise humeur y étaient négativement corrélés.

D'autres auteurs [116, 117] ont proposé une approche basée sur le tempérament: le sens de l'humour serait une combinaison de plusieurs traits: fort taux de gaieté, faible taux de sérieux donc taux élevé d'espièglerie (qui sont une facette plus cognitive) et faible tendance à la mauvaise humeur.

La composante cognitive sus-citée est moins pertinente pour tout ce qui concerne les compétences sociales, en dehors de l'initiation des relations. Effectivement, les individus ayant moins de sérieux face à la vie seraient plus enclins à jouer à initier des conversations et donc initier des amitiés, peut-être est-ce à cause d'un plus fort empressement de ces personnes à prendre des risques dans une perspective de jeu et d'amusement. Les individus dits «sérieux» sont en revanche aussi capables que les «joueurs» de défendre leurs droits, de se confier, d'être étayant ou de gérer les conflits.

La capacité de régulation émotionnelle est positivement corrélée au trait de gaieté et négativement corrélée à la tendance à la mauvaise humeur[111].

Ceci indique que les individus faisant preuve d'une meilleure capacité à réguler leurs émotions vont expérimenter plus d'émotions gaies et moins d'émotions négatives.

Le trait de tendance à la mauvaise humeur était négativement corrélé à la capacité de percevoir les émotions et de les comprendre[111]. Ceci tendrait à démontrer

qu'une faible compétence à reconnaître et comprendre les émotions (les siennes et celles d'autrui) serait reliée à une plus grande tristesse, ainsi qu'une plus grande tendance à être bouleversé, grincheux.

Les individus qui expérimentent des sentiments de gaieté et qui sont peu enclins au découragement, peu grincheux et qui par leur humour n'ont pas d'intention de nuire à autrui, sont plus compétents pour initier des relations, se confier, apporter un soutien émotionnel, et gérer les conflits[111]. D'autres équipes ont mis de tels résultats en évidence: l'habileté sociale est corrélée positivement au sentiment de joie [118] et négativement corrélée avec les émotions négatives [119].

POINTS IMPORTANTS

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

L'humour est un dispositif, une potentialité adaptative qui permet au Moi de faire l'économie d'affects pénibles par le biais d'une production socialement valorisée. Il recourt à la possibilité de se faire consoler par l'existence du symbolique.

En thérapie, il peut permettre de contourner les résistances du patient, de créer un jeu sûr en apprivoisant la surprise et l'inconnu, de renforcer la capacité à être seul et développer la maturité psychique, de donner de nouvelles perspectives notamment par le biais de la distanciation. Il autorise donc une chose essentielle: sortir de la mortification, en un mot survivre.

Acte social: il réconcilie avec l'autre, et rompt aussi la solitude narcissique en nous réconciliant avec l'autre qui est en nous: c'est une lutte contre l'angoisse de castration.

Acte créatif portant l'empreinte du plaisir: il donne l'énergie psychique nécessaire pour affronter l'affect douloureux.

Paradoxal, ambivalent, l'humour est à double face: il transporte une inquiétante étrangeté, une conscience tragique de l'existence, il manifeste la fragilité du sens humain. On peut jouer à se faire peur, perdre pour un moment ses repères, le sens, et emprunter cette folie ordinaire, car l'on sait que le lien est toujours présent malgré tout, et va réapparaître, peut être chargé d'un nouveau sens.

APPROCHE SYSTÉMIQUE

Pour les systémiciens la notion de surprise dans l'humour comme processus créatif spontané, est essentielle: elle permet de contourner les défenses, l'humour étant en lui-même une expérience émotionnelle correctrice redéfinissant une situation problématique dans le but de la vivre plus confortablement.

Le thérapeute co-construit avec le patient une intervention orientée vers le changement: comment faire avec ce problème maintenant?

L'utilisation de l'humour implique de pouvoir transmettre une intention positive au patient, notamment en s'appuyant sur le phénomène de résonances et par le biais de la communication non verbale.

Le paradoxe que contient l'humour, les différents niveaux logiques mais aussi de communication, crée un recadrage sur une situation problématique: il s'agit de réinterpréter les données de départ, d'adopter un nouveau point de vue, voire... d'envisager des alternatives paraissant absurdes et illogiques au premier abord.

APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTE

La régulation émotionnelle correspond à la gestion de comportements émotionnels afin de les adapter au contexte pour faciliter l'atteinte de ses buts et besoins (personnels et sociaux).

L'humour serait un mécanisme de régulation émotionnelle.

Les études définissent quatre types d'humour: deux positifs en lien avec une compétence sociale accrue, et deux négatifs qui pourraient s'apparenter à des passages à l'acte (humour agressif), ou des façons inadaptées de faire face aux stress (humour dévalorisant).

L'utilisation préférentielle de certains types d'humour serait sous-tendue par certains traits de caractères et en conséquence, une certaine attitude face à la vie. La qualité des relations serait en lien avec les compétences d'intelligence émotionnelle, notamment la facette régulation émotionnelle, et ce notamment par le biais de l'utilisation adaptée ou non de certains types d'humour.

III. L'APPROCHE PROVOCATIVE

Nous allons maintenant approfondir l'approche provocative qui centre le travail sur l'humour et la provocation. Après avoir rappelé qui est F. Farrelly et comment a germé ce style de thérapie, nous en verrons les principales étapes et les outils dont il se sert. Cet exposé sera agrémenté de cas clinique rencontrés dans ma pratique quotidienne, au cours de l'internat.

A. LA PROVOCATION SELON FARRELLY

1. Origines

Les premiers pas de Farrelly ont été guidés par ses pairs et maîtres, dont Carl Rogers, mais aussi par ses patients : "des patients de toutes origines ont été mes professeurs; si je suis devenu thérapeute, c'est grâce aux leçons qu'ils m'ont données" (thérapie provoc p.15). Cette phrase ouvre quasiment son livre, et il est nécessaire pour bien comprendre ce type de thérapie et ne pas en faire un mauvais usage, de la garder précieusement en tête: la règle d'or est le respect du patient. Il rapporte les séances de supervision dont il bénéficiait, organisées par Carl Rogers: celui-ci avait l'habitude d'utiliser deux types de métaphores concernant le thérapeute: l'horticulteur, qui créait les conditions qui permettaient à la graine de germer, et la sage femme qui aidait la personne à naître. Evidemment, Farrelly ne trouve sa place dans aucun des deux rôles, il découvre clairement à cette époque que le "rôle traditionnel du thérapeute passif et réceptif" (p35) ne lui convient pas: "je voulais offrir à mon client, non seulement une compréhension empathique de son expérience, mais aussi l'habituer à prendre conscience de la perception des autres face à lui et lui donner des informations, quelle qu'en soit la source».

Il ne se revendique d'aucun courant, d'aucune école. Il se contente simplement de faire le constat qu'aucune théorie universelle du comportement humain n'a encore été avancée, il n'y a donc aucune vérité absolue. Il propose son système thérapeutique comme une sorte de solution alternative aux thérapies traditionnelles.

Son critère est l'utilité pour le patient et l'efficacité, comme disait De Shazer: «si ça marche, continuez!».

Jeune étudiant, Farrelly a à faire, en tant que travailleur social et psychothérapeute, à tout type de patient. Dès le début, il éprouve un vif intérêt pour les perceptions propres du patient: pour lui, la base de la thérapie doit se situer dans le regard de l'autre. Autrement dit, pour comprendre l'autre, il faut partir d'où il se trouve et rester avec lui pas à pas. Il s'agit donc de comprendre le cadre de référence intérieur du patient, d'autres diraient s'appuyer sur ses croyances. La thérapie se situe dans une perspective interpersonnelle, et est centrée sur le patient.

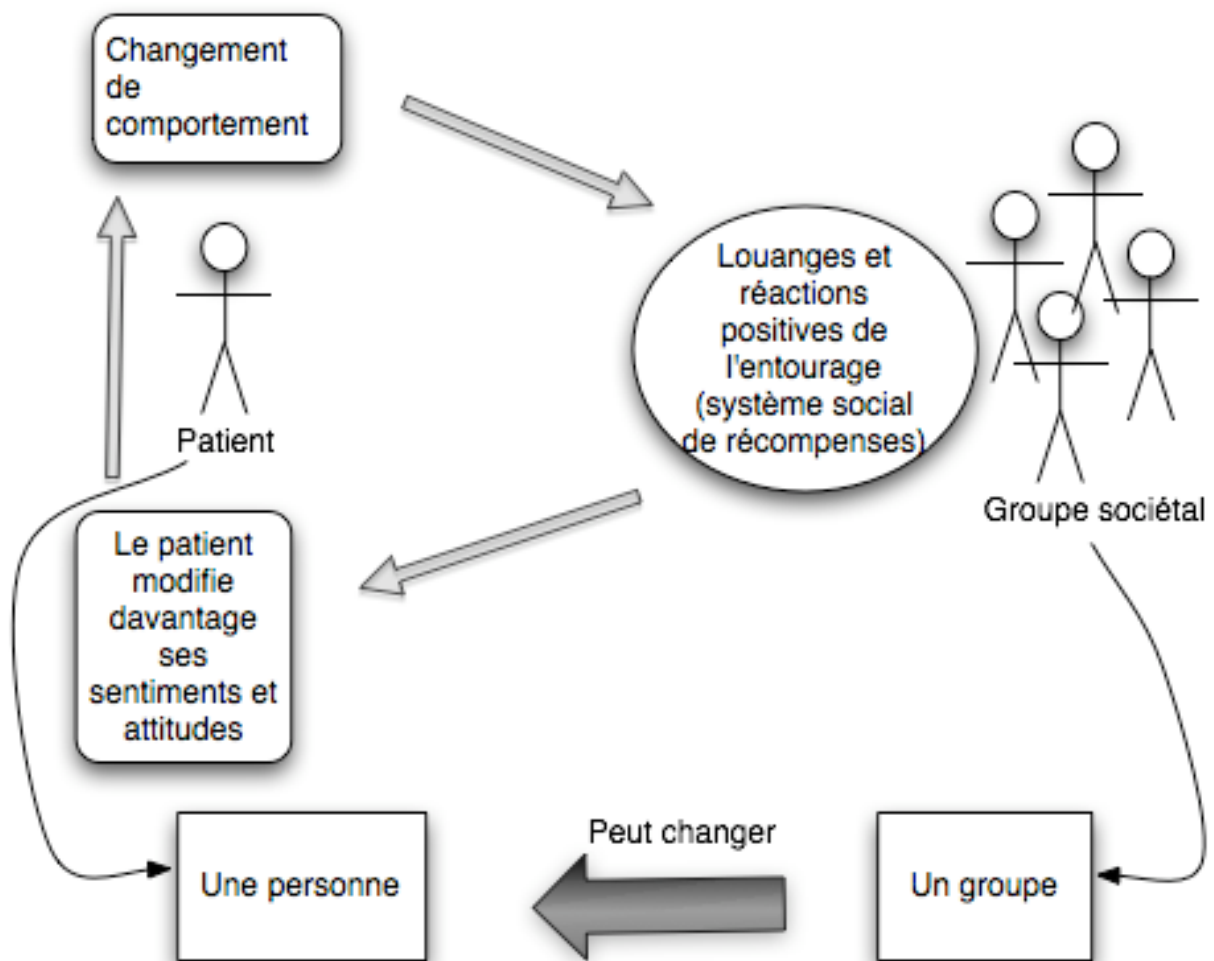
Observant les différentes techniques utilisées, il en vient à la conclusion que ce que nous pouvons trouver "aidant" peut parfois perpétuer le problème (ou aboutir à "plus de la même chose" dirait Watzlawick) et donc demeurer inefficace. En cela Farrelly s'inscrit clairement dans la suite du courant stratégique, à savoir ce sont les tentatives solution qui créent le problème.

Au lieu de penser "le patient résiste" lorsqu'il n'y avait pas le résultat attendu, Farrelly pense "la thérapie n'est pas adaptée". Vive remise en cause et changement de point de vue à 180 degrés! Impétueux et exalté, il a la conviction profonde (ou la croyance?) que tout patient peut changer de façon radicale, peu importe le degré et la durée de sa maladie. Il faut juste réunir les conditions propices.

Par expérience, Farrelly constate qu'à chaque fois qu'il y a pu y avoir un changement pour le patient, lui-même en tant que thérapeute était dans un tel état d'exaspération qu'il se disait intérieurement qu'il pouvait aller jusqu'à «jeter la thérapie par la fenêtre». Ayant adopté ce point de vue et cet état d'esprit de lâcher prise, donc sa perception ayant changé, il se rendit bientôt compte que la "congruence totale" loin de nuire au patient, pouvait au contraire, contourner ses inhibitions et créer un état propice au changement. Ainsi, douleur et humour pouvaient se côtoyer, et le comique devenait l'un des ingrédients fondamentaux de sa thérapie. A la sortie d'un entretien, il n'était donc plus question de se dire: "j'aurai pu dire cela, mais c'est vraiment inconvenant", (ce que Farrelly appelle "ronger son frein"), au contraire, en adoptant

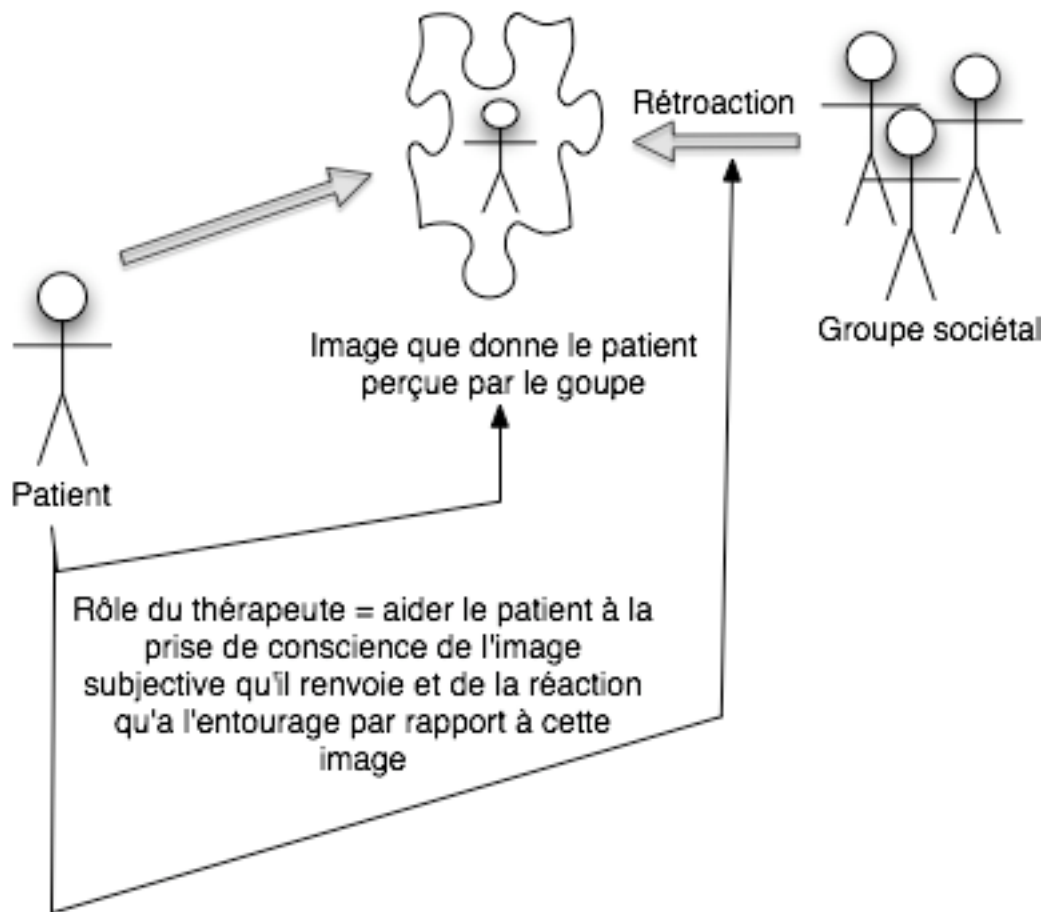
cette attitude, ses réactions allaient maintenant dans le même sens que son sentiment profond de la situation. Et que constata-t-il? Les gens changeaient, de façon radicale et permanente: le cercle vicieux qui affectait le patient se transformait:

Cercle vertueux du changement



Il comprit ainsi que les gens nous traitent selon l'image "viscérale" et mentale qu'ils ont de nous, soit une vision subjective. Tout le travail du thérapeute consiste donc à faire prendre conscience au patient de cette perception en lui en faisant part ou en l'incitant à l'observer de lui-même et à écouter ce que l'entourage lui dit, pour agir conformément à l'information reçue. Selon Farrelly, cette rétroaction est un des facteurs les plus puissants de changement, ce d'autant qu'elle est toujours disponible.

Les leviers du changement :



Cette vision de la thérapie est difficile à partager à l'époque : on est au début des années soixante, et le courant dominant est le courant analytique, qui incite le thérapeute à se situer dans une position "neutre", et à "surveiller ses sentiments de contre-transfert à l'égard des clients" (p32). Or l'expérience de Farrelly l'amène à constater qu'utiliser ces sentiments de contre-transfert directement et spontanément en séance est souvent plus efficace. Il en conclut que ses ressentis sont une mine d'or pour le patient et sont justement les renseignements dont il a besoin pour rectifier son comportement. (et prendre conscience de l'image et de la rétroaction qui s'ensuit cf schéma)

Il ne lui restait donc plus qu'à trouver le ou les moyens adéquats c'est à dire rien de moins que la meilleure et la plus rapide façon de communiquer avec les patients. C'est ainsi qu'il apprit à "risquer le tout pour le tout": une colère sincère ou

l'expression authentique d'un agacement pouvaient aider le patient et créer une nouvelle base de confiance. Le facteur crucial pour aider le patient est de se concentrer sur la perception subjective qu'il a face au thérapeute, car c'est à partir de cette perception que le patient pourra modifier son comportement. Farrelly appellera ce genre de thérapie: "une thérapie émotivement honnête": il essaie lors de ses entretiens de donner, en réponse au patient, le maximum de réactions authentiques. Il découvre assez rapidement, que contrairement aux idées reçues, son honnêteté provoque de l'incrédulité chez ses patients, alors que quand il reste neutre ou qu'il va jusqu'à dire le contraire de sa «réaction viscérale», les patients le croient facilement.

Le nom « provocatif » tient à ce que le principal type de réactions et attitudes du thérapeute tournent autour de la provocation.

L'idée est de provoquer grâce à diverses techniques une expérience affective immédiate chez le patient: c'est à dire susciter des réactions tant positives (rire, enthousiasme) que négatives (colère, dégoût), puis aider le patient à les intégrer ainsi que leurs conséquences sociales et interpersonnelles. Le thérapeute sensibilise son patient à certains éléments clés de ses relations interpersonnelles, et le désensibilise face à d'autres afin que le rire ou la colère deviennent de véritables antidotes contre l'angoisse ou les réactions de fuite.

Peu importe que le patient soit preneur ou pas, Farrelly part du principe que s'il vient en consultation ou s'il est à l'hôpital, c'est qu'il a besoin de modifier les comportements qui l'amènent à un tel mode de vie, à être en décalage. Pour lui, tout patient est preneur de changement, mais certains ne le savent pas encore. Il n'est pas important que le patient reconnaisse son problème tant que le thérapeute peut l'inciter à révéler la façon dont ses proches le voient, car là est la base du travail.

2. Hypothèses et fondements en thérapie provocative

Plusieurs thérapeutes faisant face au même comportement humain vont partir de postulats différents (au sujet de l'homme, de la société, de la signification du langage et du comportement) et employer des approches diverses. Chaque thérapeute a donc sa vision propre de la situation clinique, l'assimile et réagit d'une manière qui lui

est propre. En psychothérapie, il est évidemment difficile de ne pas travailler à partir d'hypothèses, mais à quel point en sommes nous conscients, là est la question.

Dans cette partie nous énumérerons ces hypothèses jusqu'à aborder les quelques principes fondateurs de ce style de thérapie.

a) Hypothèses:

- Le défi stimule le changement

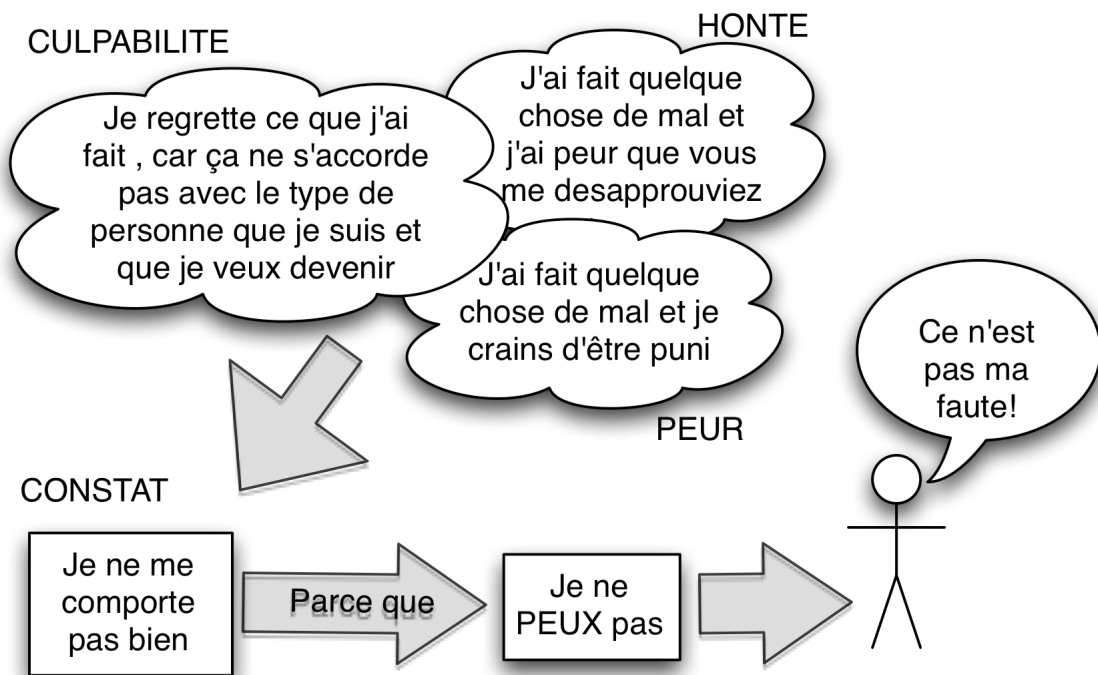
Dans les situations de défi, nous avons tendance à utiliser notre contrariété face à nous même, notre agacement, notre colère, de façon constructive pour y faire face. Ainsi le changement est beaucoup plus rapide.

L'idée est de replacer le patient dans cette situation de défi lors de la psychothérapie, afin de faire jaillir cette "colère constructrice" (p. 52) pour aider celui-ci à avancer. Le rôle du thérapeute est donc de pousser son patient à affronter le problème en le provoquant verbalement, en heurtant son champ de perception, afin que le patient puisse ressentir cette colère face à lui-même, face à l'image de lui-même que lui présente le thérapeute. Dans ce cadre, le thérapeute ne validera pas que son patient essaie d'éviter une situation, et ce dès la première entrevue. Le patient, par le biais de la provocation est mis en situation de faire face au défi («réaction de combat»), défi de taille et raisonnable bien sûr. Et si un brin de contrariété s'y mêle (chez le patient), nous avons là le cocktail explosif d'un changement rapide.

- Le patient peut changer s'il le choisit, il est responsable de ses actes

Il s'agit de replacer le patient en tant qu'acteur de sa situation, de ne pas le déclarer irresponsable, ou pire, le victimiser. Si une telle position est tenue par le thérapeute, les patients décodent souvent un message de désespoir: "ce n'est pas de votre faute, vous ne pouvez rien y faire...". Au risque de paraître un peu simpliste, voilà comment Farrelly explique la suite de comportements amenant le patient à une impasse, impasse aboutissant à : "ce n'est pas de ma faute", défense qui paraît alors la seule ressource pour le patient.

Raisonnements menant à l'impasse



A noter que peu de gens ressentent de la culpabilité, les sentiments prédominants étant la peur et la honte.

En outre, la société a plusieurs formes de réponse à un tel schéma: "il n'y peut rien?" donc, on l'enferme à l'hôpital psychiatrique, en prison ou on l'exclut du groupe. En ce qui concerne l'hôpital psychiatrique: la personne ne sera pas traitée autrement qu'un "cinglé irresponsable" (p58) tant qu'il dira qu'il n'y peut rien.

Farrelly ne va pas jusqu'à soutenir que tout dépend de la volonté, ce qui serait absurde. Simplement, pour lui il est clair que le patient est responsable de ses actes, et que pour changer, il faut que le patient le veuille vraiment. Faire passer ce message de responsabilité personnelle face à la vie redonne pouvoir et dignité au patient, et insuffle à la relation un message d'espoir. D'autre part, il n'existe pas de groupes humains dans lequel un droit est accordé sans obligation conjointe. Les patients seraient trop souvent encouragés à se centrer sur leurs propres besoins avant leurs obligations envers autrui. L'idée de la thérapie provocatrice est donc de décentrer le patient de lui-même et de lui faire entendre qu'avant de répondre à ses propres besoins, il est nécessaire qu'il entende ceux des autres. Cela est aussi une façon de rendre le patient responsable. Le patient est accompagné dans l'affirmation de sa liberté de choix. Personne ne peut le faire à sa place.

- Le potentiel de chaque patient est supérieur à ce que pense le clinicien

Il s'agit d'insuffler de l'espoir là où l'on croit les situations désespérées, et cela pose la nécessité de l'humilité dans un tel métier: ce n'est pas parce qu'un thérapeute échoue que le cas est désespéré. inutile de transformer sa propre impuissance en fait scientifique! Le pronostic est souvent une vision subjective appartenant au thérapeute, qui doit le rester.

- La fragilité psychologique surestimée

L'étiquette "Fragile, manipuler avec soin", collée systématiquement sur les patients par certains cliniciens peut être problématique: là encore une croyance devient réalité, car le thérapeute agit selon cette croyance. Il est vrai que la première rencontre patient - thérapeute se situe souvent au moment de la crise. Ceci n'est pas à omettre car si nous nous basons sur ce moment pour faire une photographie générale des capacités du patient, celle-ci sera biaisée. Nous pouvons en demander plus à nos patients, car finalement, ils se comportent souvent comme on l'attend d'eux: ils tendent à réaliser les attentes du personnel soignant, ou de leur thérapeute. C'est à dire que si les soignants s'attendent à ce que le patient change ils agiront dans le sens du changement pour ce patient.

- Les expériences précoces de l'enfant sont primordiales mais on ne doit pas oublier que l'individu peut continuer à apprendre.

Les expériences antérieures, notamment les divers apprentissages de l'enfance sont essentiels mais insuffisants. L'influence des parents, du groupe social, de l'environnement au sens large façonne un individu, qui ne perd sûrement pas sa capacité décisionnelle!

- Le comportement du patient en thérapie reflète son comportement social

Le cadre de la thérapie provocatrice consiste à créer un microcosme social qui pourra amener le patient à se rendre compte de ses attitudes inefficaces pour ensuite, l'endurcir face aux coups durs et l'aider à mieux se débrouiller dans ses relations sociales.

La création de ce microcosme social tient en plusieurs étapes:

- le thérapeute renseigne fréquemment son patient sur la façon dont ses proches le perçoivent
- il recrée des situations sociales qui démontrent de façon humoristique les conséquences sociales négatives découlant de ses comportements
- le thérapeute se rapporte aux messages que le patient peut trouver dans ses relations sociales et qui peuvent l'aider à modifier son comportement (d'où le «peu importe ce que tu penses de toi-même, c'est l'image que les autres se font de toi qui est importante»)

La séance elle-même amène du matériel pour travailler, car lorsque le thérapeute renvoie toutes ses informations au patient, même si cela est fait sur un ton humoristique et bienveillant, le contenu n'en est pas moins incisif. Alors le patient va réagir en utilisant ses techniques de défenses habituelles, justement celles qui le handicapent au quotidien. Ainsi les patients apportent en consultation leurs «habitudes stéréotypées» et après un «contre conditionnement» sont capables d'adopter une réaction plus adaptée à la situation angoissante.

b) Fondements de la thérapie

- Différence entre sadisme et joyeux sadisme

Farrelly est persuadé qu'un rejet authentique exprimé par le thérapeute est beaucoup plus utile au patient qu'une acceptation contrainte et fausse. Il est nécessaire de faire la distinction entre la cruauté à court terme et la gentillesse à long terme d'une part et d'autre part la gentillesse à court terme et le dommage à long terme (p71). Clairement cette forme de thérapie n'est pas de tout repos: elle met le patient à contribution, parfois sur la sellette, mais cela toujours dans un cadre sécurisé posé précédemment.

Certains pourront lui opposer qu'il s'agit de pur sadisme envers le patient que d'agir ainsi. Lui rétorque qu'il faut faire la différence entre le sadisme et le plaisir qu'éprouve le thérapeute à exprimer une colère réprimée et justifiée envers le patient puis à constater un changement de comportement chez son patient. Il fait le parallèle avec les mythes actuels concernant l'éducation des enfants, et la croyance que l'on peut

éduquer sans jamais punir. L'amour ne suffit pas, la punition non plus. Mais les deux ensembles peuvent entraîner un remarquable changement de comportement.

- Etre soi même

Rester soi-même et être congruent au ressenti qu'apporte le patient est essentiel.

- Parler le langage du patient

Il est primordial d'utiliser des mots qui parlent au patient, d'employer le même langage qu'eux. Le thérapeute doit savoir s'adapter d'un style à l'autre.

- Langage corporel bienveillant

Pour pouvoir utiliser la thérapie provocatrice, il est indispensable de construire un cadre sécurisé et bienveillant pour le patient. Si le contenu peut être violent parfois, le contenant atténue les propos par des attitudes douces, paradoxalement. Il ne sera pas rare de voir un tel thérapeute sourire et en même temps formuler une provocation acerbe.

- Quand le thérapeute provoque, il le fait avec humour et sensibilité en respectant ses valeurs éthiques.

Si le thérapeute provoque, le patient aura tendance à se comporter d'une manière opposée à ce que le thérapeute décrit. Si le thérapeute pousse le patient à poursuivre des comportements inadaptés et inefficaces, le patient aura tendance à adopter des comportements plus positifs et moins inadaptés.

Ce n'est pas le processus de thérapie qui compte mais les progrès observés chez le patient: arrive-t-il à travailler ou à conserver son travail, comment s'entend-il avec telle ou telle personne...

B. BUTS

Le principal but de la thérapie est le changement, selon les objectifs du patient. Chaque patient est unique et bien évidemment la thérapie s'élabore au cas par cas dans une co-construction. On ne peut pas changer son corps, mais on peut changer la perception qu'on en a. Or, si une personne peut toucher à cette perception,

dimension la plus intime et personnelle de l'image de soi, elle a déjà fait un grand pas. Effectivement, c'est une chose d'évaluer une relation à partir d'un point de vue extérieur, et c'en est une autre de vivre cette relation de l'intérieur... la première nous amène souvent à des conclusions erronées. Le thérapeute doit donc être au plus prêt de son patient, adopter son point de vue, ses tics de langage, sa vision du monde, se glisser dans sa cartographie personnelle. Remarquons que cette vision des choses est assez proche des hypothèses constructivistes.

Le thérapeute attirera constamment le regard de son patient sur les conséquences de ses comportements dans le passé, le présent et le futur et insistera sur ce lien de dépendance comportement / conséquences afin de:

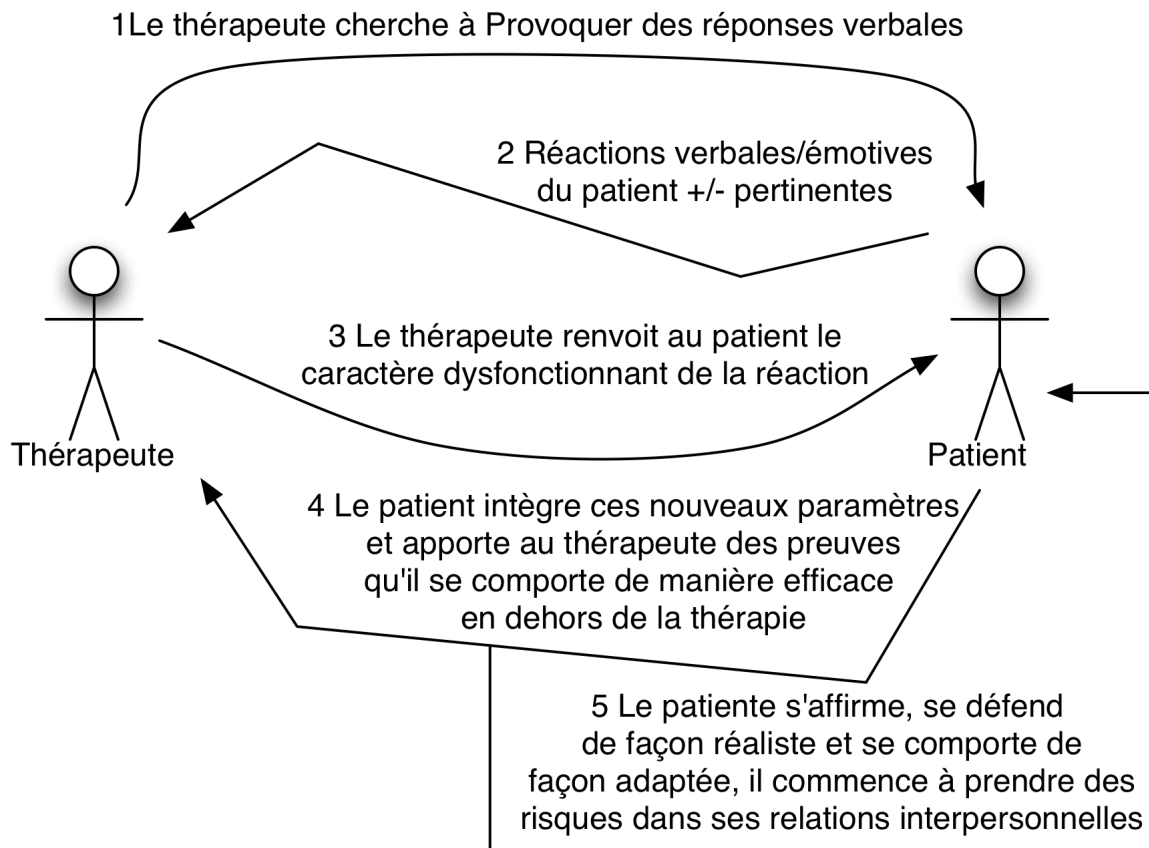
- réduire l'écart entre les paroles et actions du patient, entre descriptions verbales et leurs comportements réels avec leurs conséquences.

- encourager le patient de façon non verbale, lui remonter le moral, chercher à l'aider à se libérer des contraintes, (car on les résout rarement!), notamment en s'affirmant dans ses relations de façon appropriée et en trouvant une certaine autonomie psychique. En d'autres termes, faire l'épreuve de la réalité psychosociale: apprendre à faire les distinctions nécessaires afin d'obtenir des perceptions différenciées pour affiner ses réactions (par opposition aux réactions globales et stéréotypées)

- rendre le patient plus responsable et autonome, l'amener à se défendre de façon réaliste, et de prendre des risques dans ses relations personnelles, en manifestant son affection et sa vulnérabilité à ses proches au fur et à mesure du ressenti, avoir des paroles qui l'engagent face aux autres.

La thérapie est une expérience émotionnelle à part entière qui va amener à un nouveau point de vue. On parle d'expérience émotionnelle correctrice.

Nous pouvons résumer les effets attendus de la thérapie provocative par le schéma suivant:



C. INDICATIONS

Nous reviendrons précisément sur les indications dans notre dernière partie. Précisons tout de même que rien ne vaut l'appréciation au cas par cas. L'important est le positionnement du thérapeute, son intention, son éthique, les limites qu'il se fixe et son investissement: effectivement, cette thérapie ne laisse pas indifférent et nous renvoie le message que l'on ne peut rien changer sans être actif et sans prendre de risques. Pour Farrelly, ce ne sont pas certaines pathologies qui posent problème par leur résistance au traitement, c'est plutôt le thérapeute qui s'épuise trop vite.

D. LES 4 ÉTAPES DU PROCESSUS EN THÉRAPIE PROVOCATRICE

1. Déstabilisation: surprise et incertitude

Lorsque le patient aborde une thérapie de ce genre, il est doublement surpris: tout d'abord par le thérapeute, qui ne se conforme pas du tout à l'idée qu'il s'en est fait (ce qui permet de contourner d'autant plus vite les défenses du patient sans entrer dans un jeu de redite), et ensuite celui-ci l'amène à éprouver un étonnement et une incrédulité, une surprise par rapport à ses nouvelles réactions. Le patient aborde les choses de manière spontanée car il est sur la sellette, et ne sait pas comment le thérapeute ni lui-même va réagir.

Farrelly note que 95% des patients reviennent à une deuxième séance, car selon lui la thérapie les convint de plusieurs manières:

- le thérapeute s'attaque immédiatement à des problèmes réels et fondamentaux, le patient constate le changement plus rapidement, et se trouve valorisé par le fait que le thérapeute le traite en adulte et non en «patient fragile et impuissant».
- la franchise du thérapeute: les patients n'aiment souvent pas entendre ce que le thérapeute leur dit mais apprécient l'information, le contenu de ce qui est dit, qui est utile et à quoi ils peuvent se raccrocher.
- la question du pouvoir et de la mise au défi: le patient est surpris et motivé par le fait qu'il n'arriverait pas à déstabiliser le thérapeute.
- le patient a vraiment l'impression d'être compris, car le thérapeute lui offre une compréhension empathique à plusieurs niveaux: monde interne et monde externe avec connaissance objective du patient à savoir comment le voient ses amis et sa famille.
- l'humour: c'est une thérapie où l'on rit
- Malgré la dureté de ce que peut dire le thérapeute, il entoure son patient d'une bienveillance et celle-ci l'amène à expérimenter un transfert positif même s'il est ambivalent.
- Motivation par un jeu de lutte: lors de la thérapie le patient peut se montrer désagréable, querelleur, n'hésite pas à se mesurer verbalement, Farrelly parle d'«équivalent verbal et psychologique d'une bagarre de rue» p 183. ou encore: (p183): «le thérapeute est heureux de rendre service à son client et c'est avec joie qu'il descend dans l'arène».

2. Réorganisation et prise en charge

Après la surprise, l'incertitude, les attaques du thérapeute, le patient commence à reconnaître que c'est à lui de changer et non au thérapeute. Il réorganise ses attentes face au thérapeute, c'est alors qu'un changement peut s'amorcer vers un des 5 comportements cités par Farrelly. Il parle également des patients psychotiques avec qui il mène le même genre de thérapie et souligne que c'est à cette phase que les défenses psychotiques commencent à diminuer.

3. Clarification et choix

A cette étape, le patient réalise un choix, un changement se produit. Il affronte le thérapeute de façon congruente pour lui démontrer que l'image que celui-ci lui renvoie est fautive, il apporte pour cela un certain nombre de preuves: comportements inter-relationnels de plus en plus adaptés et dont il est fier. Il veut absolument prouver au thérapeute qu'il se trompe à son sujet. Le patient a une idée de plus en plus précise de son identité et son système de valeur, il adopte une nouvelle confiance en lui.

4. Consolidation et intégration

Dernière phase au cours de laquelle le patient proteste sur un ton humoristique ou réfute les caricatures que lui renvoient le thérapeute avec assurance et une certaine sérénité: ainsi il affirme son progrès, l'intègre, montre qu'il a pris du recul notamment en étant capable d'analyser et d'interpréter ses expériences d'une manière plus précise et adaptée. Etant sûr de ses valeurs et de son identité, il peut maintenant tourner son énergie vers la construction. (nouvelles relations, nouveaux buts, ...)

E. L'HUMOUR EN THÉRAPIE PROVOCATRICE

«(...) si le client ne rit pas pendant au moins une partie de l'entretien, ce n'est pas de la thérapie provocatrice (...)» [120](p130)

Bien sûr, il ne s'agit pas là de se divertir, et il serait inutile de forcer le rire. L'humour est utilisé dans un but précis: aller au delà du rire et ouvrir d'autres perspectives au changement. L'aptitude à rire, à régresser temporairement et à perdre le contrôle pour redevenir ensuite soi-même est un signe majeur de bien être et de maturité. D'autre part, le fait que le patient se réconcilie avec le rire et qu'il puisse rire de lui même objective l'amélioration clinique.

Les thérapeutes sont bien trop sérieux, insiste Farrelly, réouvrant ainsi la polémique dont nous avons parlé plus tôt en termes philosophiques: on ne peut rire des choses sérieuses. Nous avons déjà vu combien il est important pour le thérapeute de «mettre sa dignité professionnelle de côté». Il doit rire de lui même, se moquer, être en colère ou agressif, tout en étant empathique et congruent. Congruent est bien le mot clé, car rire quand un patient raconte une situation cocasse, c'est tout naturel. Combien de thérapeutes se retiennent pourtant? Or, se retenir de rire quand une situation est drôle n'est pas sincère et manque de congruence. On peut rire en thérapie et faire un travail sérieux!

N'oublions pas qu'en situation de thérapie, surtout lorsqu'on utilise l'humour, il sera nécessaire de prêter attention aux messages non verbaux que nous envoient le patient, et jouer sur le caractère contagieux de l'humour en en utilisant nous-même (clin d'oeil, attitude faussement sérieuse...).

Rappelons-nous que nous avons tendance à rire plus souvent avec des personnes que nous apprécions, et à cet égard, l'humour est un outil majeur par lequel le thérapeute pourra exprimer sa chaleur et son empathie envers le patient. Sans oublier que le thérapeute peut rire de lui même ce qui montre au patient qu'il ne rit pas à ses dépens et donc renforce l'alliance, et que le rire ne le détruit pas ou ne le décrédibilise pas, le message sous-jacent étant un encouragement pour que le patient s'exerce lui-même!

1. Buts

L'humour, phénomène avant tout social (car toujours partagé avec autrui soit dans l'instant, soit plus tard), a le pouvoir paradoxal, en s'appuyant sur un caractère

absurde, de ramener les individus à l'ici et maintenant. C'est un recadrage, un outil interpersonnel puissant, qui, s'il est bien utilisé, a des effets à long terme.

L'humour se rapproche d'un processus de jeu qui transforme la réalité en lui offrant un caractère double: réel et irréel. Au travers de cette «caresse sociale» [120](p134), qui peut parfois ressembler à une gifle, des questions de fond sont abordées, questions concernant la sphère interpersonnelle: victoire / échec, domination / soumission...

L'humour joue un rôle crucial dans nos vies, et donc paraît nécessaire en thérapie. Loin de rattacher le rire à un mécanisme de défense, Farrelly parle de «mécanisme de sécurité» [120] (p131), permettant de conserver un certain équilibre et la juste distance psychologique par rapport à la vie: effectivement, les variables de la vie changeant sans cesse, cela exige que notre perception s'adapte pour réagir de façon pertinente. Or, la réalité existe indépendamment de nos perceptions et nul ne peut la percevoir dans sa totalité. Il ne faut donc pas confondre la réalité et les interprétations que nous faisons, qui ne représentent qu'une partie de cette réalité. Ainsi il nous faut une certaine souplesse afin de gérer cet écart, ce que l'humour permet.

Trouver la juste distance permet de trouver une perspective rationnelle et équilibrée, d'avoir un oeil critique là où des sentiments sombres ou des idées déraisonnables rendent aveugle et amènent à faire de mauvais choix. Grâce à l'humour, nous pouvons entrevoir d'autres perspectives par le chevauchement de notre perception de la réalité et d'un recadrage par l'absurde, et ainsi mieux comprendre certaines situations en ayant à l'esprit que plusieurs processus se déroulent simultanément. Effectivement, une blague permet par exemple de faire se chevaucher plusieurs niveaux de réalité en renversant les significations implicites et explicites, les contextes et niveaux d'abstraction, ce que nous avons vu plus haut. Si le patient trouve ce bon mot particulièrement pertinent, celui-ci aura un effet thérapeutique: cette juxtaposition incongrue va dérouter le patient, créer de l'incertitude et l'amener à réexaminer certains aspects de son comportement, son

attitude ou sa perception. Ce phénomène prend alors valeur de confrontation: le patient est à la fois spectateur et cible de ce qui se passe.

Il s'agit aussi de souligner les sentiments immédiats du patient, stimuler son imagination et sa créativité afin qu'il trouve d'autres solutions à son problème, bref en un mot: créer un changement. Le problème avec les adultes, c'est qu'ils ont souvent tendance à ramener ce jeu vers quelque chose de trop sombre et sérieux... ce qui réduit inexorablement leur capacité d'imagination.

Si un patient peut rire de lui-même, il sera moins porté à s'apitoyer sur lui-même et tolérera mieux de perdre la face. Beaucoup de patients finissent par aimer les échanges humoristiques dans lesquels eux-mêmes et le thérapeute perdent «leur dignité». Grâce à cette utilisation de l'humour, le patient apprend à se «rabaïsser» d'une façon telle qu'il acquière de la force.

La question du rire de soi et de la honte qui peut en découler nous fait aborder la notion de «pouvoir». Or nous constatons souvent, dans la vie quotidienne ou en situation de thérapie, que «perdre du pouvoir» peut toucher si directement l'identité de la personne que celle-ci ne veut pas en lâcher et refuse par là-même ses limitations. Par exemple, dans une visée perfectionniste, un patient pourrait refuser de prendre des risques car cela menacerait son intégrité: il pourrait mourir de honte. Or, il s'avère que communiquer relève d'un apprentissage et que tout apprentissage implique des erreurs qui font avancer. Si le patient n'accepte pas de prendre des risques, comment créer le changement? Par l'humour, car il permet de surprendre le patient quand il s'y attend le moins et de contourner ses défenses rationnelles afin de lui faire vivre une expérience affective immédiate. Un recadrage important s'opère alors: c'est l'ici et maintenant qui compte, détail important quand on voit le nombre de patients qui sont prisonniers du futur ou victimes du passé.

C'est de l'expérience émotionnelle que peut apprendre le patient et non du thérapeute: ce dernier n'est qu'un facilitateur d'expérience ou un déclencheur. Cette expérience opère des recadrages à plusieurs niveaux, et le patient sera ensuite

moins enclin à dramatiser et plus réaliste quant aux comportements qu'il utilise et leurs conséquences.

Voici donc les principaux buts résumés:

- Rendre la thérapie agréable et plus confortable:

 - pour le patient: permet «d'enrober de sucre la pilule amère»

[120](p158)

 - pour le thérapeute: l'humour lui permet de rester en contact avec lui même et de demeurer plus attentif et plus sensible à son patient.

- Placer le patient dans une situation de jeu, de prendre des risques alors qu'il sait la relation sécurisée

- Placer le patient dans une situation qu'il pense inconfortable pour le pousser à s'en sortir.

- Surprendre le patient pour contourner ses défenses et provoquer une expérience émotionnelle qui pourra être utile pour lui en termes d'apprentissage et de recadrage.

 - Oublier le pourquoi d'une situation et regarder la réalité telle qu'elle est.

 - Apaiser l'angoisse

 - Pointer ses comportements inadaptés

 - Briser des scénarios auquel le patient s'attend de la part d'un thérapeute.

2. Techniques

a) Protestation non congruente

Cette technique utilise plutôt l'ironie de manière provocative, et non de manière mortifère.

b) Exagération

Le premier but du thérapeute est de vérifier la perception de la réalité de son patient ou la valeur émotionnelle d'un sujet pour lui, en faisant une caricature plus

grande que nature des idées, comportements, sentiments, relations et objectifs du patient.

Le second but est d'élargir le panel de choix du patient, en lui montrant que ses perceptions ne lui donnent qu'une vision tronquée des options qui s'offrent à lui.

Un monologue de quelques seconde suffit généralement pour mettre en lumière les aspects de la communication d'un comportement inadapté.

c) Imitation

Farrelly n'hésite pas à «faire le fou» sur le même mode que le patient au risque de renforcer l'idée préconçue selon laquelle les psychiatres sont plus fous que leurs patients! Voici une vignette clinique à propos de ces notions de congruence et d'imitation:

Vignette clinique: la «tripoteuse»

Monsieur R., 50 ans, est un patient psychotique carencé ayant subi des attouchements de la part d'un membre de sa famille lorsqu'il était enfant. Il s'agit en fait d'une dysharmonie évolutive psychotique. Il est hospitalisé de manière récurrente, cette fois pour une recrudescence anxieuse. Habituellement, il vit à son domicile avec son ami, nettement plus vieux que lui.

Il se trouve que, toute unité ayant sa vie propre, une patiente de 70 ans en état maniaque se mettait à toucher tous les patients du service et l'a malencontreusement attouché. Le patient, choqué, vient alors frapper à la porte du bureau où nous faisons quelques transmissions. Il est tendu, très énervé. Par ailleurs, il faut noter que c'est un patient qui est déjà passé par des moments hétéroagressifs et auto-agressifs, avec de longs séjours en chambre de soins intensifs.

Monsieur R. entre, logorrhéique, apparemment anxieux, la tension psychique est palpable:

M. R.- Et c'est pas possible ce qui se passe ici.... on est dans un hôpital quand même et là je me fais toucher.... je me fais toucher par une pédophile, non mais ça va pas bien dans sa tête là, non mais ça va pas bien... elle touche là elle touche là...

Le ton monte:

Thérapeute- Vous avez raison d'être énervé, ce n'est pas normal qu'elle vous ait touché...

Le patient continue, n'entendant pas les paroles que l'on peut prononcer, il continue dans sa logorrhée, pratiquement inaccessible, rentre et sort de la salle de soins sans frapper, tout cela se passe très vite. Puis le patient revient:

M. R.- Elle m'a touché je vous dis ici... non mais ça va pas dans sa tête celle-là, elle est folle celle-là oui elle est folle c'est ça, c'est une folle du cul!

A ce moment je ne peux m'empêcher de rire. Un temps d'arrêt de la part du patient. Je le formule au patient:

Thérapeute- Une folle du cul c'est comme ça que vous dites? (toujours en riant)... belle formule!!! puis-je la noter dans mon carnet?

Le patient est interloqué, il arrête sa logorrhée, peut rejoindre le goûter. L'épisode s'arrête ici, sans autre explication. Plus tard dans l'après-midi je le recroise:

M. R.- Ha je vous ai bien fait rire docteur hein?

Thérapeute- Ha ça! Vous m'avez surprise!

M. R.- Bah maintenant je vais faire des blagues au docteur!

En recadrant son angoisse comme une capacité à se moquer de la situation et donc à faire de l'humour, il expérimente une autre façon de gérer la situation, créant une interaction avec l'autre, au lieu de se tourner vers des gestes autoagressifs, déniaient l'altérité.

d) Moquerie

Outil puissant mais qui doit être utilisé avec prudence car employé à mauvais escient, il peut être dommageable. Comme toujours, le procédé vise à modifier le comportement de la personne. Il est important de souligner que le thérapeute se moque non seulement des idées, des comportements de son patient mais aussi de son propre rôle et de sa «dignité professionnelle». Il s'agit d'un stimulus aversif qui doit faire réagir intensément le patient face à ses propres attitudes destructrices que parodie le thérapeute, nous ne sommes donc pas du tout dans ce que Baudelaire décrit comme «la faiblesse se réjouissant de la faiblesse» [36]. En le provocant, le

thérapeute cherche à ce que le patient soit poussé à le «rabaïsser» ou tout du moins à le critiquer pour qu'il puisse s'affirmer. Le thérapeute pourra aller jusqu'à dire à son patient par exemple: «je suis le thérapeute vous le patient... comment pouvez vous dire que je me trompe?». Ainsi le patient est amené à «se défendre» de façon réaliste devant l'opinion inadéquate par son excès qu'il a de lui même et qu'il attribue aux autres. La relation thérapeutique devient alors le laboratoire expérimental au sein duquel le patient peut mettre en pratique ses découvertes et s'endurcir pour ensuite faire face dans ses relations interpersonnelles.

Le message implicite est «je t'accepte toi en tant que personne, mais ton comportement est inacceptable»: ce sont les idées et comportements inadaptés du patient qui sont ridiculisés et non le patient lui-même.

Cette distinction est importante mais très subtile: en effet, en pratique, les gens ont tendance à s'identifier à leur comportement. Et souvent en début de thérapie, les patients ne font pas la différence entre eux-mêmes et leurs comportements. Dans une vision behavioriste, on peut parfois être tenté d'associer ces deux choses. Mais en thérapie provocative, on ne s'y trompe pas, aussi mince que soit la différence, on la retient, et le message transmis est: « peu importe votre intuition ou ce que vous ressentez, vous agissez encore comme un idiot, alors mettez-donc un peu d'ordre dans vos relations et vos comportements» [120] (p144).

Les patients ne croient pas à l'irresponsabilité en ce qui concerne leurs comportements. De même ils ne croient pas «qu'ils n'y peuvent rien», surtout entre eux. Ils essaient souvent de nous dire «qu'ils n'y peuvent rien» car cela décourage souvent toute contre-attaque, et ils ont parfois peur d'être rejetés s'ils dévoilent leurs «fautes secrètes». Or quiconque agit d'une manière «folle» peut devenir vraiment détestable et doit changer s'il veut que les autres lui renvoient des messages positifs. Le thérapeute utilise les comportements et idées inefficaces du patient comme sujet de sa moquerie tandis que son attitude chaleureuse s'adresse au patient lui-même. Les rôles sont en quelque sorte inversés: le patient en arrive à traiter son thérapeute de «fou», et comme le dit Farrelly, quand le patient commence à comparer sa folie à celle du thérapeute, la moitié du chemin de fait!

Vignette clinique: «Mes amours, mes emmerdes...»

Un ancien chef d'entreprise hyperthymique ayant décompensé sur un mode hypomaniaque puis dépressif deux ans auparavant se présente en consultation devant la résurgence d'angoisses incontrôlables et de troubles du sommeil. Il m'explique que son état est différent d' il y a deux ans, lorsqu'il s'était fait hospitalisé suite à une tentative de suicide. Néanmoins, ce qui l'inquiète est qu'il puisse «replonger» dans cet état. Lors de la deuxième consultation, il racontera les problèmes qui le préoccupent à l'heure actuelle, le ton est monotone, le regard dans le vide, il paraît «hypnotisé» par ce qu'il raconte:

Patient - ... Et je suis toujours entrain de payer mon divorce... j'ai pas de chance avec les femmes... avant j'avais mon entreprise, tout roulait. Je ne peux même pas aider mon fils qui est au chômage. Ca me tracasse beaucoup sa situation. J'ai dû retourner vivre chez ma mère... vous imaginez? à mon âge... 48 ans... Et maintenant, tout est en cours de gestion, je veux dire, mon divorce ça se fait, j'ai une compagne, mon boulot, ça me plaît, même si je ne suis que salarié... Mais le fond du problème, c'est que je ne me sens à la hauteur nulle part.

Thérapeute - A quelle hauteur voudriez-vous être? (en faisant des gestes de la main:) 2 mètres? 3 mètres?

Sourires du patient.

Patient - Non, mais au travail par exemple, je sais que je pourrais faire beaucoup mieux. Je ne fais pas 50 pour-cent de ce que je pourrais faire. Et dans tous les domaines c'est comme ça... ma compagne... j'ai peur de la décevoir... avec toutes mes emmerdes...

Thérapeute - Mais... Votre compagne... elle ne vous aurait pas choisi... si elle n'aimait pas les emmerdes?

Rires.

Patient - Ca c'est sûr... elle était au courant en plus!

Sourires. Temps de pause.

Patient - Je me pose peut-être trop de questions.

Temps de pause plus long.

Patient - Je sais bien que je ne serai plus comme avant où je commençais le travail à 7 heures du matin.

Thérapeute - Parce que vous le voudriez?

Patient - Je ne sais pas... D'autres choses ont pris la place peut-être...

Thérapeute - D'autres choses importantes pour vous?

Patient - Oui, ma vie personnelle par exemple, ma compagne.

Le dialogue se poursuivra jusqu'à ce qu'il puisse évoquer des moments ressourçant pour lui, donc positifs. Il expliquera comment il est capable de créer ces moments si précieux. Jusque dans le langage sa position s'inversera, passant du passif à l'actif, et retrouvant ainsi du pouvoir sur le quotidien.

La première provocation où il s'agit de prendre au sens littéral ce que dit le patient (distorsion) n'arrive pas à le décaler des ruminations dans lesquelles il semble se noyer. En revanche, le temps de pause et les messages non verbaux indiquent qu'il est surpris. Cela ne suffit pas à l'amener à amorcer un dialogue moins négatif. La deuxième provocation qui pourrait s'apparenter à une moquerie, «tape plus fort». Le patient surenchérit, cela nous renseigne également sur le niveau de l'alliance. Autrement dit, il se sent assez sûr pour commencer à jouer, et dans le même temps adopte un point de vue plus global, prend du recul. La suite du dialogue montre qu'il n'est plus dans les mêmes préoccupations. Il est tourné vers l'avenir et parle de choses positives qui construisent sa vie, sur lesquelles il peut s'appuyer pour surmonter ses difficultés actuelles.

e) Distorsion

Elle peut prendre plusieurs formes:

- faire mine de ne pas comprendre le message du patient afin que celui-ci clarifie ses pensées et ses sentiments
- interpréter gauchement et avec humour un message évident afin que le patient le rectifie et en affirme la signification

Vignette clinique: Le tripode

Un jeune homme de 26 ans est hospitalisé à sa demande pour une cure de sevrage. Les toxiques qu'il utilise préférentiellement sont l'alcool et l'héroïne, il surconsomme également les benzodiazépines. Il a parcouru du chemin depuis sa

dernière hospitalisation où il avait été amené par les forces de l'ordre (hospitalisation d'office), sa motivation paraît aujourd'hui authentique. Le sevrage est difficile, d'un point de vue physique, et d'un point de vue psychique: la séparation d'avec sa famille (il a un fils de 4 mois) et l'incertitude quant à cette relation lui reviennent en boucle (sa compagne souhaiterait une séparation).

Patient - C'est dur... je veux dire, d'être séparé... (dit-il des larmes dans les yeux. Après un silence il reprend:) Vous n'auriez pas quelque chose de plus fort, bien sûr je veux pas être un légume, mais quelque chose qui m'empêche de penser...

Nous entamons une discussion autour du traitement et le fait que se sentir seul en hospitalisation et d'en être triste est plutôt un signe de bonne santé (il s'agit là d'un recadrage). Le patient enchaîne sur sa motivation pour ce sevrage:

Patient (au bord des larmes) - De toute façon si je ne me soigne pas, ils partiront... Mon fils et ma femme, c'est tout pour moi... Ils me manquent tellement... les moments où je fais sauter mon fils sur me genoux comme ça (mime le geste)... Comment j'ai pu en arriver là... Pourquoi ça m'arrive? Je suis peut-être trop faible... ou lâche...

Thérapeute (en mimant une autoflagellation) - Vous voulez un fouet?

Rire sec du patient.

Thérapeute - Vous savez... je ne crois pas à votre hypothèse de la faiblesse.

Patient - ... Moi ce que je voudrais, c'est recommencer à zéro... voyez, tout effacer... recommencer comme ça... repartir d'un nouveau... d'une nouvelle jambe... euh, je sais pas comment dire...

Thérapeute - Ha bon? Vous êtes un tripode?

Eclat de rire du patient:

Patient - Un quoi??? (le patient regarde ses jambes) Un tripode!!!... (rires)... un tripode... j'y crois pas...

Un silence puis:

Patient - En tout cas je ne veux plus me défoncer. Je sais qu'on ne peut pas effacer le passé.

La question du fouet tombe à pic pour ne pas rentrer dans une discussion interminable de l'oeuf et de la poule qui ne trouverait pas de réponse immédiate et surtout qui poursuivrait la transe négative dans laquelle le patient semble déjà pris. Le fait de lui signifier que l'hypothèse de la faiblesse n'est pas convaincante revient à lui dire, comme vu plus haut: «je t'accepte toi en tant que personne, mais ton comportement est inacceptable». D'autre part, cela amène de la surprise et oblige le patient à inventer un nouveau dialogue avec le thérapeute et non à être dans la redite.

Le «tripode» souligne l'impossibilité de tout recommencer à 0. Le patient, en le prenant au pied de la lettre, formule lui-même un recadrage.

- fournir des explications psychologiques faussées afin de forcer le patient à donner des explications déductives inadaptées
- parodier les attentes que le patient a envers le thérapeute
- proposer des solutions stupides à des problèmes qui n'existent pas encore afin de pousser le patient à clarifier ses attentes.
- fausser des explications

f) Sarcasme

C'est parce que la définition du sarcasme tend vers le caustique, que celui du thérapeute doit être atténué par sa mimique, son ton de voix, le discours non verbal au sens large qui est empathique.

g) Ironie

Il en existe plusieurs types:

- le thérapeute en faisant l'ignorant pose des questions adroites mettant en relief les conceptions erronées du patient (ironie socratique).
- le thérapeute formule un message selon lequel la signification dépasserait le sens littéral

- le thérapeute souligne l'écart entre situation désirée et réelle, entre résultats espérés du patient et la tournure probable que prendront les événements s'il poursuit ses comportements infructueux (ironie dramatique).

h) Blagues

Le but est de briser le cadre de référence du patient afin de lui ouvrir d'autres perspectives.

Vignette clinique: le coup des migraines...

Monsieur G, 45 ans, travaille en ESAT, et vient en urgence en consultation, amené par l'infirmière, il semble très réticent à cette consultation. C'est un patient suivi de longue date dans le service pour des troubles du comportement hétéroagressifs et alcoolisations, sur une personnalité carencée. L'ESAT veut arrêter de le recevoir car il ne respecte pas les règles et insulte les autres usagers de l'ESAT.

M. G. (sthénique)- De toute façon j'ai pas envie de venir... J'ai pas envie de vous voir, qu'est ce que vous allez me dire? Au CAT c'est toujours pareil, y'm'font chier là-bas...

Thérapeute - Oui, c'est pas facile la communication entre vous visiblement!

M.G. - Ha non, ha ça!

Thérapeute - Pourtant vous aimez votre travail, et d'après ce que je sais vous êtes même très demandé car les autres apprécient ce que vous faites.

M.G. (hausse le ton) - Ouais... bah ça! Faut toujours qu'ils m'fassent chier là-bas, moi j'en peux plus, je vais tout arrêter comme ça...

Thérapeute - Si je comprends bien, ça vous fatigue?

M. G. (redescend d'un ton) - Ha bah ça... j'suis crevé j'en peux plus...

Thérapeute - Comment faire pour être moins crevé?

M. G - Ha bah j'ai pas le temps... j'peux pas... j'fais le boulot au CAT, j'rentre j'fais l'jardin... et puis là y'a ma copine qui vient chez moi...pfff j'suis fatigué...

Thérapeute - Vous lui ouvrez?

M.G. (surpris) - Bah oui j'suis obligé quoi!

Thérapeute - Ha bon? je sais pas moi, vous pourriez lui dire «pas ce soir, j'ai mal à la tête!»

Eclats de rire du patient.

M.G - Ouais c'est vrai! (continue de rire)

Thérapeute - Bon alors, qu'est-ce qu'il faudrait pour que l'ESAT arrête de vous envoyer en consultation ici?

M. G. - Bah faut qu'j'arrête de gueuler mais c'est plus fort que moi!

La suite de l'entretien se déroulera autour de la recherche d'exceptions. Le patient réintégrera l'ESAT le surlendemain, sans faire de vagues.

F. TECHNIQUES

«Jusqu'à présent, rien ne peut remplacer, en psychothérapie, le jugement et la sensibilité» [120](p90)

La thérapie provocative est une approche utilisant de nombreuses techniques, autres que la provocation, qui laissent au thérapeute une grande liberté dans sa pratique. Cela représente un avantage, mais aussi certains inconvénients voire «dangers». Elle ne peut se résumer en un jeu exercé au détriment des patients, le thérapeute s'exprime avec sensibilité, sensibilité du moment et qui reflète le système de valeur du patient ainsi que son cadre de référence.

Par rapport au positionnement du thérapeute: la confrontation est souvent utilisée, le thérapeute se doit d'être franc avec son patient même si cela doit «faire mal», c'est notamment pour cette raison qu'il sera amené à utiliser un style de communication paradoxal: envoyant un message contradictoire entre niveaux verbal et non-verbal. Ne comprendre que l'univers externe du patient l'amènerait à penser qu'il est incompris, certes la compréhension empathique est cruciale, mais insuffisante: pour que le thérapeute permette au patient de comprendre la réalité sociale dans laquelle il vit, il lui faudra par divers moyens de communication lui faire entrevoir le point de vue d'autrui, les besoins et les valeurs des autres ainsi que les messages qu'ils émettent.

Farrelly va plus loin: pour lui, le thérapeute se doit de n'avoir «aucune dignité professionnelle» (p76): il semble qu'il parle ici du positionnement délibérément clownesque que peut adopter le thérapeute, cela ne remettant aucunement en question son éthique, bien entendu. A ce propos: «j'ai appris à courir le risque de subir la désapprobation et l'aversion de mon client» [120] (p239). Soulignons par ailleurs qu'une grande source de changement tire son origine dans l'optimisme du thérapeute qui s'attend implicitement à un changement, cela agissant comme une prophétie autoréalisante.

Clairement, la première entrevue est déjà cruciale, et c'est dès la première entrevue qu'il est nécessaire de poser le cadre de la thérapie. Si le thérapeute évite d'emblée certains sujets, il colle une étiquette sur le patient «fragile, ne pas toucher», qui joue implicitement comme retardateur au changement.

1. Préalables

a) Alliances et retroaction

Cela est essentiel en thérapie, et plus encore par rapport à l'éthique.

Certains thérapeutes pensent qu'il est préférable de ne pas livrer de façon brute ses ressentis et ses pensées au patient, ces dernières ayant leur place dans une supervision ou au cours d'un simple débriefing entre collègues, sous peine de contrarier le patient. Or, cela mènerait certains de ces thérapeutes à reproduire l'attitude, face à leur patient, qui est la cause, l'origine du problème du patient.

Farrelly milite pour le droit des patients à connaître les impressions ou les idées du thérapeute envers lui ou envers toute personne de son entourage, ce qui lui permettra dans un second temps de reconnaître les informations utiles dans son environnement susceptibles de l'aider à modifier son comportement. En thérapie provocative, il est préférable de «mettre cartes du table et s'adresser directement au patient plutôt qu'à ses collègues». En clair, c'est un autre usage du contre-transfert qui nous est proposé: au lieu de le penser et le travailler en dehors de la

consultation, il est utilisé directement et renvoyé au patient de façon «brute» par le biais de l'humour, de jeux de mots, de jeux de rôle, de données de recherche... Toutefois, cela ne va pas sans la rétroaction: c'est à dire «surveiller constamment les réactions de son patient afin de s'assurer qu'il est sur la bonne voie» [120] (p85). L'on peut aussi utiliser un questionnement plus indirect, par exemple: «pour moi, en ce moment, dans ma relation avec vous, je ressens telle et telle chose...». Un rejet sincère serait donc plus thérapeutique qu'une fausse acceptation..

Dans toute thérapie l'alliance est primordiale. Idem en thérapie provocative où cet aspect va plutôt être travaillé en non verbal (toucher, «étincelle dans les yeux», et autres gestes empathiques) puisqu'au niveau verbal, le thérapeute pousse souvent le patient à sortir de ses gonds: «le thérapeute voit son corps entier comme un instrument de communication» [120] (p87). L'alliance sera d'autant plus importante que «l'intensité de l'attention» sera grande.

Vignette clinique: Première hospitalisation

Un jeune homme de 17 ans est accueilli en secteur adulte (attente d'une place en unité de crise : Espace), pour sa première hospitalisation. Le motif d'admission est: «pulsions auto-agressives, scarifications, phobies d'impulsion» (aucun signe de psychose). Ses parents sont très inquiets et se disent dépassés. Il s'agit d'un entretien d'accueil, lors d'une garde, presque banal, sauf que, pour le jeune homme, cette hospitalisation ne l'est pas : il est angoissé, tendu, visiblement apeuré par les autres patients.

Thérapeute - Bonjour !

Patient - Bonjour...

L'entretien commence tranquillement, chacun se présente, le cadre de l'entretien est posé. Ce jeune homme répond de façon très brève, par monosyllabes, il se frotte les mains de façon répétitive, est bien enfoncé dans sa chaise, presque recroquevillé. Il se détend peu à peu, et arrive à nous expliquer assez clairement le motif de sa venue à l'hôpital, il est parti prenante de cette hospitalisation. Arrive la fin de l'entretien, je lui demande s'il a des questions :

Patient - Mais, il y a des gens normaux hospitalisés ici ?

Thérapeute - Normaux... par opposition à fous ?

Il paraissait alors important de dire ce mot qu'il redoutait depuis le début de l'entretien, voyant ainsi que de le prononcer ne le rend pas malade.

Patient - Oui...

Thérapeute - Il y a des personnes différentes, qui viennent avec tout un tas de problèmes différents. On appelle ça problème, ou déviation de la norme, ou même folie... dans tous les cas, je vous assure, ce n'est pas contagieux !

Le patient sourit.

Patient - Mais je suis dans un endroit normal, les gens ne vont pas me faire de mal...et je vais pouvoir manger ?

Thérapeute - Oulala... que de questions... (Prenant un air sérieux) euh... et bien, ça m'embête de vous dire ça, mais non, il faudrait vous garder à jeun, afin que demain à la première heure, (en montrant sa tête) on puisse vous ouvrir le cerveau et regarder un peu ce qui se trame à l'intérieur... vous voyez...

Nouveau sourire du patient, l'infirmière peut alors lui proposer de lui faire faire un tour de l'unité, ce qui aurait été inconcevable à son arrivée vu l'anticipation anxieuse qu'il éprouvait face à ce nouvel environnement. Grâce à la provocation humoristique, un début d'alliance vient de naître.

b) Apprentissage secondaire

Ceci n'est pas crucial en thérapie, mais Farrelly cite tout de même l'apprentissage que peut faire le patient en s'inspirant de l'attitude du thérapeute dans la relation patient - thérapeute: sensibilisation et désensibilisation au langage et attitudes, affirmation de soi, maîtrise de ses impulsions, analyse de la communication, décodage des messages non verbaux.

Vignette clinique : la télé dans la chambre...

Mégane est une adolescente de 15 ans suivie sur le secteur de pédopsychiatrie pour une dépression, suite à une hospitalisation dont le motif d'entrée était une intoxication médicamenteuse volontaire. Un traitement

antidépresseur a été mis en place. A noter qu'il existe peu de protection parentale, une escalade entre mère et fille pour faire entendre leur souffrance, Mégane étant l'objet d'une véritable parentification: c'est d'ailleurs elle qui demande à venir aux urgences cette fois-ci. La dernière consultation post-hospitalisation avait décidé d'un relais sur le secteur, l'état clinique était en cours de stabilisation, il n'y avait plus d'idée suicidaire.

Un vendredi soir donc, Mégane se présente aux urgences car "je veux faire le point" dira-t-elle. L'entretien ne met pas en évidence d'idée suicidaire, il subsiste encore quelques troubles du sommeil, mais la symptomatologie dépressive est abrasée par le traitement, laissant place à la dimension familiales des difficultés. Il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, mais un suivi psychothérapique semble approprié. Elle m'apprend justement avoir arrêté de voir la psychologue de secteur car « n'avait pas accroché », ses parents n'ont pas soutenu la poursuite du soin.

En entretien duel:

Thérapeute - Tu n'as eu qu'un entretien et tu la condamnes cette femme...

Mégane - ... oui mais je n'ai pas accroché...

Thérapeute - T'es sacrément exigeante toi... C'est sûr que les premiers entretiens... Pfffff ! T'es obligée de tout répéter encore une fois (grands gestes des mains et tête abasourdie) « et blabla et blabla et blabla »

Sourire de la jeune fille, je continue d'en rajouter, Mégane se détend au fur et à mesure. Nous rions ensemble à propos de l'hospitalisation. Mégane finira par convenir de retourner au centre médico-psychologique, nous pouvons donc commencer à parler de ce qui l'amène vraiment ce jour là:

Mégane - Ils me laissent pas tranquille... moi j'ai besoin d'être dans ma chambre et d'écouter de la musique... Ils sont tout le temps sur mon dos...

Thérapeute - Qui ?

Mégane - Ma mère et mon beau-père...

Thérapeute - Et ?..

Mégane - Bah quand j'ai le blues comme tout le monde, moi j'ai envie d'être seule c'est tout, et des fois j'ai besoin d'écouter ma musique fort, mais ça leur plaît pas...

Thérapeute - si je comprends bien ils ne te laissent pas faire ta crise d'ado tranquille c'est ça ?

Sourires puis pouffe de rire. On commence à percevoir dans quelle mesure elle peut relativiser son état actuel, et mettre en avant ce qui l'aide dans ces moments là (ressources).

Thérapeute - Qu'est ce qu'ils se disent quand tu t'enfermes dans ta chambre d'après toi ?

Mégane - Pfff...

Mégane baisse la tête, me montrant qu'elle ne veut pas aborder le sujet.

Thérapeute - T'es venue pourquoi déjà la dernière fois en hospitalisation... (faisant mine de chercher dans le dossier, puis lit avec mon doigt) Ha oui ! Une tenta-ti-ve de sui-ci-de. C'est bien ça ?

Mégane - Oui je sais!

Thérapeute - Alors eux ils s'inquiètent ?

Mégane - Oui mais c'est pas parce que j'ai des coups de blues que je vais refaire ça ! J'ai des hauts des bas comme tout le monde !

Thérapeute - Et eux ils peuvent pas comprendre ça hein ! Bah oui ! Forcément hein ! Ca y est tu files dans ta chambre et ils pensent que tu vas t'enfiler la première boîte de médicament que tu vas trouver....

Changement de ton, de manière sérieuse et apaisée:

Thérapeute - En fait ils s'inquiètent.

Mégane, plus calme - Oui, je sais.

Nous voyons ici comment Mégane a pu se réapproprier des éléments travaillés en hospitalisation, voire s'appuyer sur eux pour sortir de son état dépressif. Nous avons co-construit une communication qui s'appuie sur la provocation humoristique, sans pour autant négliger des moments de sérieux. Ce cours exemple montre aussi l'importance du jeu avec la patiente: quand je cherche dans le dossier de manière caricaturale, elle sait que je l'invite à jouer, tout en l'entourant de bienveillance. On voit également comment l'urgence se dégonfle, quand Mégane commence à rire, la

tension diminue, elle devient plus accessible au fond de la discussion. L'humour formalise en quelque sorte ce qu'elle a joué en venant: cette fois-ci le risque n'est pas «vital», mais avec la provocation, on peut mimer la perte, faire comme si, et donc relativiser l'urgence. Ne serait-ce pas le redémarrage de la pensée et un début de symbolisation?

Plus tard, en entretien avec sa mère, nous reprendrons les éléments marquants, en l'informant aussi sur l'évolution de la dépression et la nécessité de poursuivre le suivi. La fin de l'entretien montre comment l'humour aide à trianguler la relation et aussi à «aller chercher l'alliance» avec un parent:

Mère, inquiète - Elle a des gros problèmes de sommeil...

Thérapeute - Oui, en même temps Mégane me disait qu'elle regardait la télé le soir et je ne connais aucun pédiatre ici qui vous dirait que c'est bon pour le sommeil...

Mégane - Mais je regarde pas tout le temps...!

Thérapeute - Peu importe, la télé stimule et ne favorise pas le sommeil...

Mère à sa fille - Non mais de toute façon faut qu'on l'enlève de ta chambre.

Mégane se prend alors la tête dans les mains et prononce un «ho non !» de façon dramatique.

Remarquons que sa mère cherche à reprendre sa place, le thérapeute doit alors jouer de subtilité: il y a nécessité de valoriser le parent dans son rôle et de ne pas perdre l'alliance avec Mégane, il ne peut se ranger ni «dans un camp ni dans l'autre»:

Thérapeute à Mégane - Bah t'as bien fait de venir toi !

A ma surprise, Mégane rit, relève la tête, puis:

Mégane - Non mais c'était déjà prévu depuis longtemps...

L'entretien se poursuit et dès que Mégane exprime une symptomatologie dépassant le cadre de sa dépression (je veux dire par là, hystérisation et escalade, jeu avec l'inquiétude de son entourage), je lui lance un «tu veux qu'on reparle de la télé?» (sorte d'ancrage thérapeutique finalement), la mère se prêtant au jeu, reprenant la blague et montrant, chose nouvelle, à sa fille l'inquiétude qu'elle ressent, adoptant ainsi une place unique de parent et n'étant donc pas dans le collage au thérapeute.

C'est une façon de dédramatiser le passage aux urgences, un recadrage, tout en actant par l'entretien qu'il s'agit d'une chose sérieuse que l'on doit traiter ensemble.

c) Vérification de la réalité

Le thérapeute amplifie avec discernement les réponses de son client afin que celui-ci en vérifie la réalité. La réalité est ici connotée comme caractère externe et inter-relationnel et non simplement comme intrapsychique.

Les techniques sont les suivantes:

- imaginer divers scénarios fondés sur l'attitude et le comportement du patient à l'instant de la consultation
- réduction jusqu'à l'absurde: exagérer à l'extrême les comportements inefficaces, les propos négatifs du patient jusqu'à ce qu'il les rejette

Vignette clinique: Des vacances... thérapeutiques

Une jeune diabétique de 16 ans est hospitalisée en pédiatrie pour lui permettre de rééquilibrer son diabète. Elle se place comme victime, non de sa maladie, mais du médecin endocrinologue qui la suit et lui demande de faire «des efforts», «de prendre régulièrement son traitement»..., demandes sommes toutes cohérentes avec la place qu'occupe ce médecin. Cette jeune fille teste le lien en permanence, ayant de grandes angoisses abandonniques. Le dialogue étant envahi par sa plainte, je n'ai pas accès au reste, c'est à dire à sa détresse:

Patiente (tournée aux trois quarts)- De toute façon elle m'énerve (en parlant de son médecin), elle n'est jamais contente, JA-MAIS!

Thérapeute - Ha oui? Et comment elle te le montre?

Patiente - Bah, elle fait toujours des réflexions «et patati le poids», «et patata la pompe», elle est de mauvaise humeur, quand j'arrive toute façon, c'est clair, je vois bien que je l'énerve... ça se voit tout de suite!

Thérapeute - Ah bon? ça doit pas donner envie d'aller en consultation... (en comptant sur mes doigts:) des réflexions, de la mauvaise humeur, et encore des réflexions... et... c'est tout? Il y a d'autres choses encore?

Patiente - Heu... (réfléchi)... ha non! mais comment je peux oublier ça... Bah le dernier truc en date c'est qu'elle voulait que je parte en camp de vacances...

Thérapeute - ... Même pour les vacances elle te lâche pas...

Patiente (dépitée)- Non mais... C'était un camp de vacances thérapeutique!

Thérapeute - Thérapeutique? avec d'autres adolescents malades?

Patiente - Ouais, enfin avec des diabétiques quoi...

Thérapeute - Wahou... bonjour les vacances!

Patiente - Ouais c'est clair!

Thérapeute - Olala... Et... Du coup, qu'est-ce que ça devait être... Pffff... Et vous faisiez quoi? Vous parliez aiguilles toute la journée?

La jeune fille reste interloquée, puis réagit en souriant. Au niveau non verbal on sent une détente corporelle, elle respire plus tranquillement et se tourne vers moi. Je peux maintenant voir son visage. D'une voix plus calme, elle commence à m'expliquer que finalement, ce qui lui fait peur, c'est de ne pas être à la hauteur de ce qu'attendent les autres d'elle, et surtout ce médecin...

- présenter des preuves stupides à l'appui des affirmations du patient ou les accepter comme allant de soi

Vignette clinique: Le club de Michel

Monsieur L., 30 ans, est hospitalisé à sa demande pour décompensation de névrose obsessionnelle prenant les traits d'une anxio-dépression. Par ailleurs, il souffre d'une sclérose en plaque bien stabilisée (forme légère). Son mode de communication préférentiel est la plainte: il raconte en détails ses phobies, le fait que ses ruminations l'envahissent au point de ne plus dormir, puis de ne plus rien faire du tout. Sa crainte est d'avoir une nouvelle décompensation de sa sclérose s'il redevenait de nouveau actif. L'objectif d'hospitalisation est difficile à définir tellement la plainte envahit les entretiens.

Monsieur L. - *J'ai des douleurs tout là, et là, qui me remontent, comme ça... et puis aussi... je suis seul chez moi, et... si jamais je faisais une crise, je n'arriverai plus à manger...*

Thérapeute - *Cela vous est déjà arrivé?*

Monsieur L. - *Non, mais ça pourrait se produire et comment je ferai alors?... et puis... Je n'ai plus d'ami... Je vous ai parlé de ma routine quotidienne ? (le discours est impossible à interrompre... le patient semble inaccessible)... Je me lève... Je mange... Quand je peux... Je fais ma toilette et puis je me recouche... Je me relève pour déjeuner... Je me recouche... Je fais mes activités de physique sur mon cahier... Puis je me recouche... Je dîne et je me recouche...*

Thérapeute (ne sachant pas où aller!) - *Vous ne sortez jamais ?*

Monsieur L. - *Si mais pas ces derniers temps...*

Thérapeute - *Donc vous sortiez... il y a quelques jours ? (recherche d'une exception)*

Monsieur L. - *Non, quelques semaines... j'allais aux Restos du cœur... j'ai rencontré quelqu'un là-bas, mais je savais pas si elle avait envie que je lui parle... Et puis je suis retombé malade, et je suis resté chez moi et... Je ne fais plus rien. D'ailleurs, vous voyez ? (me montre son visage, désespéré) Je suis tout blanc...*

Thérapeute - *Ha oui... Mais ça c'est parce que vous faites partie du club de Michel!*

Monsieur L. (cercle vicieux des plaintes arrêté net, reste interloqué) - ...

Thérapeute - *Et bien oui, le club de Michel Blanc, je me permets de vous dire ça parce que j'en fais aussi partie... (en commençant à mimer:) quand vous allez sur la plage, il n'y a que les lunettes de soleil qui dépassent ! (en faisant le pitre)*

Le patient éclate de rire. Je peux alors reprendre la main:

Thérapeute - *Donc si je comprends bien, le problème le plus important pour vous à l'heure actuelle, c'est le sommeil.*

Monsieur L. - *Oui.*

A partir de cet instant, l'attitude de Monsieur L. change radicalement. Il est dans une attitude de coopération. Nous dessinerons ensemble un schéma du cercle vicieux dans lequel il est pris: «difficultés de sommeil» entraînent «peur de rechute

de sa sclérose en plaques», entraîne «plus de sensations désagréables à type de symptômes», etc. Après avoir dessiné de façon appliquée et fastidieuse, Monsieur L. pourra enfin formuler pour la première fois, à sa manière, que bien au delà des soucis de sommeil, le problème actuel réside en l'acceptation de sa maladie et des limites qu'elle lui impose. La suite du travail se tournera donc sur sa capacité à lâcher prise.

- provoquer: inciter le patient à se défendre contre l'idée excessivement négative et irréaliste qu'il se fait de lui-même, contre-conditionner les idées négatives
- le thérapeute prend comme un fait la façon dont le patient interprète ses sentiments, (oubliant sa propre interprétation), et se moque des suppositions de ce dernier afin de le forcer à en vérifier la réalité psychosociale.
- Le thérapeute attire le regard de son patient sur les conséquences sociales de ses comportements, en soulignant ainsi le lien.
- Mise au défi: le thérapeute pourra dire: «c'est absurde, prouvez-le moi ou taisez-vous. Si vous vous défendez, c'est que ce n'est sûrement pas vrai» [120] (p95). La preuve est là comme moteur: en poussant le patient au défi, celui-ci va prendre des risques et aménager de nouveaux comportements plus adaptés pour prouver au thérapeute la véracité de ses propos (déclarations positives). Cela aide la patient à clarifier ses idées, à se défendre, à rire de lui-même et le pousse à affirmer sa propre valeur, à ses yeux et aux yeux de son entourage. Nous sommes souvent interloqués de voir à quel point les patients tiennent et croient aux affirmations saugrenues qu'ils présentent en séance.

2. Les quatre langages en thérapie provocative

Pour communiquer efficacement avec quelqu'un, il est nécessaire de parler son langage, et d'éviter ainsi les écueils en utilisant des mots compliqués qui ne signifient rien pour le patient.

Vignette clinique: à propos de la tension psychique

Mélanie, 19 ans, est hospitalisée à la demande d'un tiers, suite à une bouffée délirante aiguë. Il s'agit de sa deuxième bouffée (elle avait 16 ans pour la première), un diagnostic de bipolarité avait été évoqué lors de son suivi ambulatoire. L'hospitalisation s'est avérée très difficile au départ, avec une période de refus complet de s'alimenter, refus des traitements nécessitant un isolement thérapeutique. Puis, Mélanie pourra peu à peu participer aux activités de l'unité, le discours sera moins dispersé, les thèmes délirants seront mis à distance, la fuite de la pensée sera moins intense. En revanche, on notera encore une labilité émotionnelle importante. L'humour a été avec elle un bon moyen de sceller l'alliance, mais aussi d'évaluer sa perception de la réalité. Voici un extrait d'entretien qui montre comment parler le langage du patient peut désamorcer une situation, instaurer de la confiance, remettre du lien et créer un ancrage positif:

Mélanie, en pleurs - C'est ma famille... il n'y a personne qui a le même père... C'est vraiment trop pour moi... C'est de ma faute... je pense que j'ai violé Guillaume... je lui ai fait du mal...

Nous reprenons ensemble le génogramme, afin de trianguler la relation, et de focaliser son attention, ce qui semble l'apaiser. Finalement, les pleurs cèdent, et le discours est plus facile à comprendre:

Thérapeute - Je trouve que vos pensées sont moins dans tous les sens par rapport à la semaine dernière.

Mélanie - Oui, c'est mieux. Mais je suis trop sensible (recommence à pleurer)... Ou bien je ne sais pas si c'est de la sensiblerie!

Thérapeute - On sait à quel point la sensibilité est importante pour votre art (la musique). En tout cas, je trouve aussi que vous êtes moins tendue, moins angoissée, plus apaisée?

Mélanie - Oui, c'est mieux aussi. Je suis moins tendue. (Fait une pause, me regarde) Tendue du slip!

Thérapeute (du tac-au-tac)- Moi je dis tendue du string!

Mélanie est surprise. Elle rit.

Thérapeute - On a chacune notre expression, on dirait.

Mélanie - Oui, mais ça veut dire la même chose.

Thérapeute - Oui: que ça va mieux.

Mélanie - C'est ça.

On pourrait se dire que ce jeu de mot est aussi le fruit de symptômes hypomaniaques. Mais il y a dans cette discussion une dimension clairement interrelationnelle. Mélanie commence à pouvoir jouer avec son interlocuteur car elle se sent en sécurité et qu'elle a pris assez de recul sur sa symptomatologie. Il y a une dimension de test et de mise au défi, «qu'est-ce qu'il va dire de ça le psy!», peut-on penser. La surprise de la réponse vient désarmer l'escalade dans le symptôme et ramène à la réalité. Ce qui est pris en compte, c'est Mélanie en tant que personne et non un symptôme «jeu de mot», le message implicite est que je suis convaincue qu'elle joue à faire un jeu de mot, et que ce n'est pas le jeu de mot qui s'empare d'elle, en clair, qu'elle va mieux, cela lui redonne du pouvoir sur son symptôme.

En situation de thérapie, certains patients peuvent être amenés à déstabiliser le thérapeute par leur langage afin de garder une certaine «maîtrise» sur la situation. D'où l'importance que le thérapeute soit parfaitement à l'aise avec tous les types de langages et qu'il soit assez souple pour aller de l'un à l'autre.

Quand on parle langage en thérapie provocative, nous parlons de deux niveaux à la fois (comme nous l'avons déjà évoqué), il s'agit de comprendre le cadre de référence du patient et de :

- traduire des idées en des termes ayant une signification pour le patient (dans son cadre sémantique et psychosocial),
- reprendre les termes du patient pour leur donner une nouvelle signification (soit modifier le cadre de référence du patient)

Notons que les conflits qui animent le patient sont souvent chargés d'émotions et que le langage doit lui aussi porter l'empreinte de cette émotion afin de toucher plus efficacement le patient.

a) Langage religieux / Moral

Il s'agit d'un langage autoritaire, contenant des recommandations et des dichotomies, strict. Il serait préférentiellement utilisé par les parents, mais peut-être devrions nous modérer ce propos: vu la perte des repères éducatifs actuels de certains parents, ce style de langage tend à être moins fréquent.

b) Langage de la rue

Dit «langage adolescent» [120] (p163): contenant obscénités, jurons, gros mots, et chargé d'émotions. Les patients n'ont souvent pas conscience de la signification affective de leurs comportements, ce type de langage rappelle les dures réalités de la vie de manière crue et entraîne les sentiments qui vont avec les comportements, en un mot: cela réassocie le patient. L'autre avantage de la clarté de ce genre de propos, est que cela coupe court toute dissertation inutile.

Vignette clinique: Tu t'emmerdes?

Je reçois en consultation une jeune adolescente de 13 ans avec sa mère. Elle est adressée pour des «problèmes de comportement»: fugues, conduites de mise en danger, refus scolaire. Lors de l'entretien, il apparaît clairement que l'adolescente est en position de «touriste», voire réfractaire, d'ailleurs, elle ne m'adresse pas la parole, même pour dire «bonjour», et se tient sur sa chaise à moitié tournée. C'est donc sa mère qui porte la demande de changement, elle-même paraît lutter contre des sentiments dépressifs et se décrit comme bataillant en permanence avec sa fille, ne sachant plus comment lui imposer des limites (mère et fille habitent seules).

Il y a dans le discours de la mère une urgence à intervenir, elle monopolise la parole. À contrario, l'adolescente fait comme si elle n'en avait rien à faire, quant à moi, je regarde se dérouler les choses sans trouver de levier, jusqu'à ce que:

Mère - Mais vous comprenez, ça ne peut plus durer, je ne sais plus comment faire et c'est invivable hein Claire?

Claire répond en haussant les yeux au ciel.

Mère - Vous voyez... et qu'est ce que je dois faire quand c'est comme ça? hein? Ce n'est plus possible! Je n'en peux plus! C'est tout le temps comme ça...

Coupant la parole à la mère et m'adressant directement à Claire pour la première fois:

Thérapeute - ...Tu t'emmerdes?

Claire réfrène un sourire, me répond par un haussement d'épaule. La mère a, elle, un sourire gêné comme si «cela ne se faisait pas». Claire prête de plus en plus attention au discours, elle me regarde du coin de l'œil. Pendant que sa mère se demande probablement pourquoi j'utilise ce langage ou en est choquée, Claire comprend déjà qu'il s'agit d'un jeu. Un jeu à deux, avec elle. La difficulté est bien sûr de ne pas exclure la mère de la thérapie, le but étant qu'elle devienne un co-thérapeute.

A chaque fois que Claire change de position sur sa chaise, je le valide comme le fait qu'elle est présente à l'entretien, je m'amuse à remarquer chaque mouvement corporel et commente son langage non verbal, par exemple quand elle se tourne un peu plus vers moi:

Thérapeute - Attention là tu t'installes un peu trop!

Quand je lui dis cela, je l'entoure d'un sourire empathique. Le lieu est sûr. On peut se permettre de jouer ensemble.

Ou quand elle ne veut pas répondre à une question:

Thérapeute - Je te remercie vraiment de prendre soin de mes oreilles... mais elles peuvent encore entendre des choses, elles ne sont pas abîmées, ne t'inquiète pas!

Puis je retourne au discours de la mère. Le message renvoyé est donc: «on ne peut pas ne pas communiquer»[121] c'est à dire: «toi, tu ne veux pas parler et je le respecte, mais ton corps parle».

L'enjeu de cette consultation était que Claire accepte le suivi. Après de longues tirades de sa mère et quelques interventions de ce type, elle finira par me dire, avec un discret sourire qu'elle ne souhaite pas revenir... avant deux semaines. Je me permets une dernière provocation:

Thérapeute - Ho non!..... Pfff..... Je suis déçue... T'es trop facile à convaincre. Deux semaines? T'es sûre?

La jeune fille sourit, me serre la main. Elle ne loupera aucune consultation par la suite.

c) Langage corporel ou kinesthésique

Il s'agit là de tout ce qui concerne la sphère non verbale: attitudes, postures, mimiques... Le thérapeute peut commenter le langage corporel de son patient, ou peut s'en servir lui-même quand il n'arrive pas à se faire entendre verbalement (ce que nous venons de voir dans la vignette clinique de Claire).

d) Jargon professionnel

Guindé, employant des mots compliqués, ayant l'air profond et effrayant souvent.

3. Outils

Il est évident que les patients ne communiquent pas tous de la même façon avec le thérapeute, l'idée est que le thérapeute puisse obtenir le plus de réactions possibles de son patient en enchaînant des dialogues rapides, brefs, ponctués de phrases chargés d'émotions. Le thérapeute revendique un temps de parole égal à celui du patient et s'attend à ce que ce dernier fasse autant d'effort pour le comprendre qu'il n'en fait lui-même. Le but ultime étant de provoquer la réaction la plus spontanée possible chez le patient, cette technique de communication ayant un peu le même but in fine que l'hypnose... contourner la logique de raisonnement et du sens critique pour s'adresser à la spontanéité et la créativité du sujet.

Les méthodes de provocation et de confrontation réduiraient la possibilité que s'établisse une relation de dépendance du patient par rapport au thérapeute.

Certes, les techniques utilisées en thérapie provocative ne son pas novatrices, c'est dans leur agencement, leur fréquence d'utilisation et leur style qu'elles diffèrent. D'aucun pourrait les trouver rudes parfois, mais Farrelly ne cesse d'insister sur le pendant éthique de ce style de thérapie. Il souligne également la surprise que les novices peuvent ressentir en utilisant cette modalité de communication: car en

exprimant les idées les plus loufoques, nous touchons souvent au plus intime des pensées du patient.

a) L'avocat du diable

Les deux thèmes les plus fréquemment retrouvés en entretien sont, pour Farrelly, le manque de responsabilité du patient et son incapacité à changer. Les patients ont effectivement tendance à ne voir que la partie la plus «douloureuse et négative» de leur vie, puis agissent en fonction de celle-ci. Or le thérapeute, en insistant sur ces «mauvais côtés» va pousser son patient à lui apporter des preuves concrètes et précises d'expériences positives (que certains appellent exceptions).

Pour cela, le thérapeute adopte et personnifie la moitié négative de l'ambivalence de son patient envers lui-même, en le poussant notamment à poursuivre ses comportements inadaptés et en allant jusqu'à lui fournir des excuses plausibles. La modalité de communication utilisée est toujours double: verbale et non verbale. Le thérapeute n'hésite pas à démonter les tabous, à exprimer l'inexprimable, à penser l'impensable, à faire écho aux pires craintes de son patient, patient qui se rendra bien vite compte que le fait de parler du pire ne le détruit pas et mieux encore, qu'il est capable d'y faire face. Il pourra également encourager les symptômes de son patient en le poussant jusqu'à l'absurde, jusqu'à ce que les symptômes en deviennent ridicules, et pourra s'emparer des rationalisations de son patient afin d'y apporter des justifications stupides venant appuyer les idées irrationnelles. Le thérapeute parodie donc les attitudes du patient, s'en moque tout en les approuvant (nous retrouvons ici le double niveau de communication) et en les présentant sous un jour positif. A noter que le thérapeute pourra aussi utiliser une communication indirecte telle que «certains thérapeutes diraient que...» ou «avez-vous entendu parler des recherches qui ont prouvé que...» dans les cas où se faire l'avocat du diable pourrait mettre l'alliance en péril.

Le but recherché est qu'en voyant le thérapeute se ranger du côté des «méchants» et du «mauvais», le patient finisse par pencher du côté du «bon»,

comprenant ainsi l'inefficacité de ses comportements passés et les désavantages (notamment au niveau social) qu'ils représentent pour lui. Au bout du compte, le patient finit toujours pas admettre qu'il a connu de bons moments...

Vignette clinique: Passer toute sa vie à l'hôpital...

Mme V., 50 ans, est hospitalisée depuis quelques semaines pour une pathologie anxieuse. Nous noterons la présence de défenses hystériques, la difficulté étant, avec ces patientes, la sortie de l'hôpital. C'est en outre, une patiente qui apprécie particulièrement la compagnie de sa voisine de chambre. La nette amélioration clinique, malgré la banalisation et la minimisation par la patiente, nous fait nous interroger sur une sortie. En prêchant le pour pour avoir le contre, se faisant ainsi l'avocat du diable et utilisant, autrement dit, l'injonction paradoxale:

Mme V. - Je suis tellement fatiguée, je n'en peux plus... vraiment... je me sens tellement faible... Ho regardez, je tremble! Ca ce n'est pas normal. Ca va vraiment pas là. Je sais pas ce qui pourrait changer... Car je suis épuisée...

Thérapeute - Humm... ce n'est pas facile ce que vous traversez... (Utilisation volontaire de la négation: cette patiente est en autohypnose dissociée sur sa douleur morale, dans ce cas il semble plus approprié d'utiliser la négation ainsi la patiente reste donc avec le mot «facile» plutôt que «difficile» en tête)

Mme V. - Oui... Ce n'est pas facile... Je pourrai avoir une permission pour demain?

Thérapeute (l'air préoccupé)- Vraiment, vous m'embêtez... Je ne sais trop quoi vous répondre car je vois à quel point cela vous ferait plaisir d'avoir une permission, or vous me semblez tellement fragile.... Je suis trop inquiète pour vous. Il faudra encore continuer l'hospitalisation pendant quelques temps... (Faisant mine de me parler à moi-même:) Je crains que ce que nous avons prévu à savoir une dizaine de jours soit trop court. (En regardant de nouveau la patiente:) Il faudra peut être un mois, ou deux, peut-être plus. D'ailleurs à cet effet, nous allons vous changer de chambre, vous aurez une chambre seule, un peu plus grande, il me semble que se serait plus confortable pour vous vu le temps qu'il vous reste. (Anticipation de l'avenir en rejoignant la patiente dans sa vision négative des choses, se faisant ainsi l'avocat du diable:) Imaginez, votre famille pourra vous apporter plus d'affaires, là vous ne

gênerez personne, vous pourrez vous reposer... Et peut être qu'au bout d'un moment nous arriverons à négocier avec l'équipe infirmière que votre famille puisse vous voir dans votre chambre (car dans le règlement de l'unité c'est interdit), quand vous serez vraiment trop fatiguée pour en sortir...

Mme V. - Non, ho non..... Ne me changez pas de chambre... Ho non... Tout ça n'arrivera pas...

Je continue sur le même ton, forçant le trait, avec des regards condescendants du genre "c'est foutu....", la patiente interrompant le discours par des «non» répétés. Le discours non verbal quant à lui est entourant et chaleureux. Au bout du compte nous tombons d'accord sur une permission même si je lui montre ma réticence. Mme V. accepte sa permission. Le double lien thérapeutique est ainsi mis en place: si la permission se passe mal: elle entre dans le scénario catastrophe du thérapeute, ce qu'elle ne veut surtout pas, et si tout se passe bien, elle pourra sortir rapidement et cela signera qu'elle est mieux que ce qu'elle ne pensait. Vu le discours catastrophiste tenu, elle a tout intérêt à mettre en oeuvre une attitude qui lui permettra de sortir rapidement. Et c'est ce qui se passera: la permission se sera très bien passée, Mme V. prendra donc la poudre d'escampette avant que nous n'ayons eu le temps de la changer de chambre...

b) Provocation directe et Confrontation verbale

Le thérapeute reste aux côtés de son patient, le surveille à chaque instant, est à l'affût des comportements de fuite. Il abordera très vite les sujets que le patient semble vouloir éviter, sans pour autant les développer: le patient organise son expérience, est maître des points importants qu'il souhaite ou non développer. L'attitude du thérapeute est très ouverte: il a une grande tolérance vis à vis de son patient, pouvant faire face aux cris, à la colère, au chaos...

Le but de la provocation n'est pas d'être cruel, mais de faire passer au patient le fait que des règles sociales plus ou moins contraignantes existent et que c'est en commençant par répondre aux besoins des autres que ces derniers pourront s'occuper des nôtres. En lui montrant le point de vue d'autrui, le patient va s'adapter à ce qui est et non ce qui doit ou devrait être.

Par exemple, il est utile de pouvoir provoquer de la colère chez un patient hostile qui pourra ainsi apprendre à se contrôler et découvrira ses limites, il s'agit de lui apprendre à s'affirmer. Cette technique représente une bonne indication pour les patients anxieux qui sont toujours préoccupés par «ce que les autres peuvent penser d'eux».

Vignette clinique: Quand l'anxiété prévient les varices

Une patiente, Mme G., 61 ans, souffrant d'un syndrome anxio-dépressif dans le cadre d'une structure névrotique, est hospitalisée pour la première fois. Elle est suivie depuis quelques années en ambulatoire. Les premiers entretiens sont peu contributifs: Mme G. ne peut rien dire de son état, durant les entretiens elle se lève pour piétiner ne tenant plus en place (il ne s'agit pas là d'une akathisie iatrogène), puis me montre les extrémités de ses membres supérieurs en me disant «je tremble, ce n'est pas normal...», et répond à la plupart des questions par «je ne sais pas». N'ayant aucune piste de travail au bout de quelques jours d'hospitalisation, la patiente disant que son état ne fait que s'aggraver, je la rencontre au cours d'un nouvel entretien: elle piétine comme à son habitude, n'arrive pas à répondre aux questions. Puis tout d'un coup, elle se lève pour faire les cent pas, je ne sais plus quoi dire, peut-être même que je me retrouve à mon tour dans cette situation que décrit Farrelly quand il a envie de «jeter la thérapie par la fenêtre» :

Thérapeute - Vous au moins vous n'aurez pas de varices !

La patiente marque un arrêt alors qu'elle décrivait plus tôt ses envies de marcher comme réellement incontrôlables, comme des impatiences.

Madame G - Vous vous fichez de moi ?

Thérapeute (d'un ton très sérieux) - Non pas du tout, quand on marche énormément comme vous le faites, ça stimule le réseau veineux (montrant la jambe), et plus le réseau veineux est stimulé, moins il y a risque de varice.

La patiente revient alors vers le fauteuil. À ma grande surprise elle s'assoit et dit:

Mme G. - Bon. Mais qu'est-ce que je vais faire alors...

Ce fut notre première porte d'entrée vers la thérapie, la première fois que la maladie ne tenait plus ici le premier rôle et que la patiente se rendait actrice de son évolution.

c) Théâtre et Exagération

«C'est un peu comme si le thérapeute battait le patient sur son propre terrain ou entraînait dans ses fantasmes pour l'en chasser» [120](p98).

Le thérapeute se met en scène, en exagérant ses attitudes, en amplifiant la réaction subjective qu'il a du patient afin de souligner les conséquences sociales néfastes de tel ou tel comportement, de le sensibiliser et le désensibiliser à ceux-ci. Pour utiliser cette technique, le thérapeute s'appuie sur le ressenti subjectif du patient au temps «t», met en marche ses capacités associatives, intuitives et imaginatives. En d'autres termes, il se sert immédiatement du contre-transfert.

Farrelly appelle cela le «modelage négatif»: le thérapeute va imiter avec une exagération burlesque son patient, en insistant sur les modalités de communication qui sont probablement à l'origine de ses problèmes, afin de lui renvoyer deux messages:

- ceci est une version exagérée de vous-même certes, mais c'est ainsi que je vous perçois, cela vous plaît-il ou voulez-vous essayer de changer quelque chose?
- vous comme moi faisons du théâtre et sommes maîtres de notre comportement donc nous pouvons le modifier (la dimension de jeu étant ici clairement introduite).

Bien sûr, cette méthode, même si elle a de bons résultats, n'est pas magique et il ne suffit pas d'une expérience d'apprentissage pour régler tous les problèmes. Ainsi le thérapeute devra faire preuve d'endurance, élément nécessaire à cette confrontation.

Vignette clinique: Le club med

Interne dans le service, je suis appelée pour «rappeler à l'ordre» une patiente, hospitalisée par ailleurs pour recrudescence anxieuse avec symptômes psychotiques. Effectivement, m'explique-t-on, cette patiente a été surprise, par sa voisine de chambre, en plein ébat amoureux avec un autre patient du service. Déjà la demande me paraît paradoxale car nie le fait que les patients hospitalisés ont une vie sexuelle, et d'autre part, le fait que cette patiente puisse s'investir dans autre chose que son symptôme me paraît plutôt positif. Néanmoins, la loi étant la loi, à savoir pas de relations sexuelles à l'hôpital, lieu public, je me retrouve en entretien avec cette patiente, bien embêtée:

Thérapeute - Bon, Mme B. on m'a appelée ce soir parce qu'on vous a trouvée tout à l'heure dans votre chambre...

Mme B. - ... oui. (penaude)

Thérapeute, prenant une voix théâtrale type réprimande - Bon... mais vous savez qu'ici nous sommes à l'hôpital tout de même, nous ne sommes pas au... à... au....

Mme B., d'une petite voix à peine audible - ...au club méd?

Thérapeute, avec conviction - Oui, voilà tout à fait... au club méd! (sur le même ton théâtral et professoral)

Je me retiens de rire et continue:

Thérapeute - Non mais vraiment.... Pffff... Ce n'est pas possible de fonctionner comme cela!!! (indignation surjouée)

Mme B., avec déjà un sourire en coin - Bah oui, je sais docteur... Mais j'ai l'impression que vous me parlez comme si vous étiez ma mère!

Thérapeute, offusquée - Quoi votre mère? (mimant la colère:) Déjà on me demande de faire le flic dans l'unité et en plus vous me vieillissez de 30 ans... (je m'adresse à l'infirmière): mais qu'est ce que j'ai fait dans mes vies antérieures pour en arriver là, dites le moi!!!!!!!!!! (me passant les mains sur le visage)

Rires de l'infirmière et de la patiente. Recadrage du comportement de la patiente: cela lui montre le côté inadapté de cette expérience, tout en lui laissant entendre que ce n'est pas le fond qui est critiqué, c'est la forme. Il s'avère que le lendemain, elle

posa une permission pour le week-end suivant, et curieusement son compagnon dans l'unité aussi... ce qui paraissait plus adapté.

d) Énumération

Le thérapeute pousse son patient à énumérer les raisons et comportements qui justifient ses affirmations. Lui-même peut aussi recourir à ce même procédé. Par exemple, il s'agira d'énumérer à une patient suicidaire tous les avantages que présentent le suicide, tout en ayant un langage non-verbal rassurant, tandis que le niveau verbal implique la patiente d'une manière peu rassurante.

e) Humour

Comme nous l'avons vu précédemment, l'humour représente une technique à part entière. Le thérapeute veillera à ce qu'il soit constamment dirigé sur les noeuds du conflit que présente le patient, avec maîtrise et sensibilité.

Vignette clinique: Mme U et la re...lecture

Une patiente de 70 ans, Mme U, est hospitalisée depuis plusieurs semaines, à sa demande, dans le cadre d'un syndrome dépressif récurrent s'exprimant sur un versant anxieux avec de nombreuses plaintes corporelles et hypocondriaques. Nous avons pu tisser une assez bonne alliance, mais la difficulté est de pouvoir, lors des entretiens, sortir des plaintes multiples afin de pouvoir envisager l'avenir, et élaborer les objectifs ensemble. Ce jour là, la patiente semble assez anxieuse, la stabilisation de l'humeur étant en cours. Elle me happe pour un entretien, et commence à se plaindre de ses maux de têtes, de ventre... puis :

Mme U. - Mais, docteur, je n'arrive à rien... Même plus à lire!

Thérapeute - Comment ça? Expliquez-moi en détails?

Mme U. - Pour la lecture? (Approbation du thérapeute:)Et bien je n'arrive plus à lire car je suis tellement fatiguée...

Thérapeute - Quand vous êtes-vous rendu compte de cela ?

Mme U. - J'ai l'habitude de lire tous les jours... Et je n'y arrive plus...

Thérapeute - Tous les jours ? A quelle heure ?

Mme U. - Après le déjeuner.

Thérapeute - Où ?

Mme U. - Dans ma chambre... Mais vous ne comprenez pas!!! Je n'y arrive plus...

Thérapeute - Ok, si je comprends bien, après le déjeuner, vous allez dans votre chambre pour lire, et là que se passe-t-il quand vous prenez le livre ?

Mme U. - Je mets mes lunettes.

Thérapeute - et ensuite ? Vous reposez le livre ? Vous essayez de lire un peu ?

Mme U. - Et bah bien-sûr je lis, mais je n'y arrive plus.....

Thérapeute - Donc vous lisez quelques lignes, et ?

Mme U. - Ho non, quelques pages! Mais, je ne m'en souviens plus ensuite.

Thérapeute - Ok, donc si je comprends bien, le problème actuel, est que vous arrivez à lire, mais vous ne réussissez pas à vous en souvenir le lendemain ?

Mme U. - Oui.

Thérapeute - Ouah... Vous en avez de la chance, vous... plus besoin d'acheter de livre! Il vous suffit de relire celui que vous avez !

La patiente, surprise, marque un temps d'arrêt, puis se met à rire. La plainte somatique a été validée, et aussi dédramatisée. Nous pouvons alors ouvrir l'entretien vers d'autres horizons.

La dimension hypnotique du dialogue insiste sur les détails afin que la patiente «vive» ce moment. Le thérapeute va chercher une image exacte de qui se passe pour la patiente et se faisant s'intéresse en profondeur au problème, ce qui renforce l'alliance. L'attitude est bienveillante. D'autre part, cela oblige la patiente à voir quelle est la réalité actuelle (début du dialogue où elle n'arrive «à rien» et la fin où elle «lit»), c'est à dire, à faire émerger des exceptions. Nous co-créons ainsi une réalité plus nuancée et moins désespérante pour elle.

f) «Lire les pensées du patient »

Il s'agit d'observer les stimuli auxquels les patients ont été soumis, pour prévoir avec une forte probabilité les pensées, les sentiments, les actes passés des patients.

La façon dont une personne voit son corps est intimement liée à son image de soi et donc la dimension la plus intime d'elle-même. Si cette technique est ici nommée «lire dans les pensées du patient», d'autres ont parlé de résonance [56].

g) Explications et Recadrage

Le thérapeute démontre par son comportement et diverses techniques de communication qu'il y a plusieurs façons de percevoir un même problème.

Le but n'est pas de donner une explication cohérente et logique, mais de faire prendre conscience au patient de certains éléments de leur comportement, leur montrer comment ils sont susceptibles de leur nuire et leur donner la possibilité de changer.

Une technique que l'on pourrait appeler de recadrage est de tourner en dérisions le «pourquoi» du patient.

Une autre est de donner des explications en ayant l'air de théoriser en se moquant: la réponse doit mettre en exergue certains aspects fondamentaux de la réalité sociale et personnelle du patient, le ton de moquerie (bienveillante) est là pour souligner que le comportement est plus important que l'explication. Evidemment, il n'est pas question ici de parler de la psychogenèse des conflits, mais plutôt d'amener le patient à abandonner sa quête de réponses linéaires restant stérile.

Ainsi le thérapeute pourra formuler au patient trois types d'explications :

- lui laisser entendre qu'il n'a pas son mot à dire et qu'il est le jouet du destin
- lui exposer une large gamme de théories dans laquelle il choisit celle qui lui convient
- lui opposer des explications déductives à haut niveau à des explications déductives à bas niveau, et en donnant le choix au patient.

h) Messages contradictoires

Très utilisés en thérapie provocative, héritiers de la double contrainte que l'on souhaite thérapeutique dans ce cadre, appelée par Farrelly «type de communication à la fois vrai et faux» [120] (p106). Non seulement il s'agit d'un outil très puissant de

changement, mais il donne aussi au patient l'habitude de décoder des messages doubles en y faisant face, ces messages doubles étant notre pain quotidien au sein de nos relations interpersonnelles. Comme nous l'avons dit plus haut, le thérapeute ne cherche pas à appliquer une logique rigoureuse dans son discours, il peut se contredire, revenir sur ce qu'il a dit. Le message ne réside pas dans le contenu mais dans la façon de le communiquer, dans l'intention. Le patient cherche souvent à convaincre le thérapeute afin qu'il fasse des choix à sa place, et en le provoquant, le thérapeute lui dit «et bien choisis donc toi-même!».

Cas clinique: les douleurs utiles

Une Patiente de 90 ans, Mme R., en pleine forme pour son âge, est hospitalisée en médecine polyvalente pour bilancer des douleurs diffuses d'apparition récente. En tant qu'interne faisant de la liaison dans ce service, je suis sollicitée par l'équipe soignante qui ne trouve pas d'origine somatique et soupçonne une participation psychique, ou plus clairement une somatisation.

D'un point de vue familial, son mari est décédé lors d'un accident agricole, Mme R. était alors enceinte de sa deuxième fille. Elle ne s'est jamais remariée et s'est débrouillée toute seule pour élever ses filles et gagner sa vie en faisant divers travaux.

Lors de notre rencontre, elle vit seule chez elle sans aide, est tout à fait autonome, a ses habitudes et ses loisirs: jouer au bridge, passer du temps dans son jardin, lire...

On ne note pas d'antécédent psychiatrique.

La première chose que l'on remarque en la voyant est sa vitalité, elle paraît beaucoup plus jeune que son âge. Elle raconte son histoire tranquillement, sur un ton un peu résigné, ramenant toujours au premier la plainte: ses souffrances, tellement intenses, polymorphes, dont la cause est inconnue.

Mme R. - J'ai mal dans la jambe gauche là, on ne sait pas d'où ça vient... Depuis le temps, j'ai eu beaucoup d'exams, et mon médecin traitant a fini par m'envoyer à l'hôpital...

Thérapeute - Et à l'hôpital alors?

Mme R. - Ils ne trouvent rien... Je ne sais pas vraiment si c'était une bonne chose...

Pendant une partie de l'entretien la patiente reste debout, je lui demande si c'est à cause de ses douleurs, elle m'expliquera tout simplement qu'elle préfère rester debout car elle en a assez de rester assise toute la journée.

Puis elle me raconte ce qu'elle faisait de ses journées, le plaisir qu'elle prenait à faire ses activités, et:

Mme R. - ... Mais depuis que j'ai mes douleurs... Je ne vais plus au bridge... Et là, vous comprenez, ça fait longtemps que je n'y suis pas allée, et il y en a certains qui prennent ça très au sérieux...

Thérapeute - ... Vous n'avez plus le niveau?

Mme R. - ... Oui et je n'ai plus envie d'y aller. Vous savez, à mon âge c'est difficile de trouver des activités, au bridge je suis la plus vieille, ils ont tous 60 - 65 ans, les autres ils sont déjà morts!

Thérapeute - Justement vous pouvez jouer de votre âge quand vous avez une petite baisse de niveau?

Sourires échangés.

Mme R. - Je n'irai plus de toute façon... Je n'ai plus de goût... Avec ces douleurs là ... et là... et là elles descendent...

Mme R. me montre où elle a mal, se tourne dans tous les sens, finalement, toutes les parties de son corps ou presque y passent... effectivement il s'agit de douleurs diffuses! Son discours s'enrichit de plaintes multiples puis Mme R. m'interroge sur les traitements antalgiques et les examens complémentaires demandés par le médecin du service. J'adopte une position basse et essaie de recadrer le dialogue:

Thérapeute - Vous savez je ne préfère pas m'avancer sur ce terrain car mes connaissances sont vraiment limitées, je n'aimerais pas vous raconter de bêtises, il vaudrait mieux demander au médecin du service.

Je peux alors poursuivre l'entretien à la recherche d'éléments psychiatriques patents: pas d'idée suicidaire, pas de syndrome délirant, pas de personnalité prémorbide, pas de syndrome dépressif à proprement parler:

Thérapeute - Arrivez-vous à bien dormir?

Mme R. - Pas très bien...

Thérapeute - Mais vous faites quoi de vos journées?

Mme R. - Bah rien justement... Et chez moi j'ai l'habitude de me faire à manger, puis je me fais un petit thé que je prends dans le jardin quand il fait beau comme ça, après je fais ma promenade, puis des fois je vais chez des amis, faire du bridge, ou je m'occupe de mon jardin, je fais des courses... Vous savez, je conduis encore... Ha c'est triste, car à mon âge, c'est dur de trouver des activités... Je suis trop vieille...

Thérapeute - Vous êtes rentrée chez vous depuis que vous êtes hospitalisée?

Mme R. - Oui le week-end dernier...

Thérapeute - Vous vous êtes ennuyée?

Mme R. - Ho non... J'ai tellement de choses à faire chez moi... Mais bon les douleurs m'handicapent tellement... Ici et ici vous voyez (nouvelles plaintes).

Thérapeute - Et comment avez vous dormi ce week-end?

Mme R. - Bien!

Thérapeute - Donc quand vous êtes plus active la journée vous dormez mieux le soir, logique.

Mme R. - Oui tout à fait!

Ceci aboutira à une première prescription: être active même quand elle est à l'hôpital, pouvoir rendre service par exemple à des voisins en allant à la cafétéria leur chercher le journal... Ce qui travaille aussi sur la valorisation narcissique ou estime de soi. Puis la patiente en vient à me raconter sa situation familiale:

Mme R. - Ma fille habite Angers, et elle habite toute seule. Son mari s'est séparée d'elle il y a quelques mois... Mon autre fille, elle a de la chance car elle a un mari qui s'occupe d'elle... Mais vous voyez, c'est le monde à l'envers quand même... C'est moi qui vais faire les courses de ma fille...

Thérapeute - À Angers?

Mme R. - Oui, mais je peux plus continuer comme ça, faut que je puisse rentrer chez moi...

Thérapeute - Elle est malade votre fille?

Mme R. - Oui elle a une maladie de Parkinson et ne peut plus tout faire... Alors que c'est elle qui devrait m'aider à faire les courses...

Thérapeute - Vous êtes amenée à vous occuper de beaucoup de choses, peut-être trop...

Mme R. - Je sais que ce n'est pas mon rôle, mais que voulez vous que je fasse, je vais pas la laisser toute seule!

Thérapeute - Et bien déménagez!

Mme R. - Non, je ne peux pas, toutes mes habitudes sont ici, je suis trop vieille, je ne pourrai pas, je me fatigue trop vite, et puis avec mes douleurs... Des douleurs dont on ne connaît pas la cause!... Parce qu'elle sont réelles mes douleurs Docteur!

Thérapeute - Bien sûr. Malheureusement, les douleurs, ça ne se voit pas, et il n'y a que vous qui puissiez ressentir à quelle point elles font mal. Donc c'est comme ça que certaines fois on a l'impression que les autres ne prennent pas la mesure de ce qui nous arrive...

Mme R. - Ben oui! Et moi ça m'angoisse facilement, car je suis quelqu'un d'anxieux de base...

Thérapeute - Ha oui? À quoi voyez-vous ça?

Mme R. - Je peux me faire un monde de toutes petites choses, je m'angoisse, pour ma fille je n'arrête pas d'y penser par exemple.

Thérapeute - Ca me paraît plutôt adapté de s'inquiéter pour sa fille! Ce n'est pas facile ce qui vous tombe dessus en ce moment!

Mme R. - Oui...

En déroulant plus avant son histoire, et en analysant les douleurs, la patiente finira par tomber d'accord sur le fait que peut-être, une partie de ses angoisses prend le masque de douleurs somatiques.

Thérapeute - Bon. Vous voulez mon avis?

Mme R. - Bien sûr.

Thérapeute - Je ne veux pas vous mettre de traitement. Gardez ces douleurs. Elle sont utiles pour vous. Vous entendez? Gardez les précieusement, juste assez pour pouvoir continuer vos activités et tout ce qui vous fait plaisir.

Mme R. - Heu... (Rire gêné), c'est un peu surprenant ce que vous me demandez là...

Thérapeute - Ha oui? Mais imaginez que vous n'ayez plus ces douleurs.

Mme R. - Hoff! Ce n'est pas possible de toute façon!

Thérapeute - Mais quelle chance vous avez! Car imaginez qu'elles disparaissent comme ça: clac! (Claquement de doigt) Vous êtes attentive? (la patiente hoche du chef) (Sur un ton hypnotique) Imaginez, vous reprenez votre vie tranquillement, vous vous faites vos petits plats, vous êtes tranquillement chez vous dans votre jardin pour prendre le thé.... Il n'y a plus de douleurs... Vous imaginez? (la patiente reste attentive). Et bien NON! ce n'est pas possible! Vous seriez à Angers en train de faire garde malade à cette heure ci. Bien sûr il s'agit de votre fille, vous l'aimez c'est évident. Mais de là à être à son chevet en permanence, lui faire ses courses, sa toilette, à manger?

La patiente se rassoit d'un coup, pensive.

Thérapeute - Ca n'est pas possible vous l'avez dit vous-même.

Mme R. - Et bien non...

Ensemble, nous convenons de garder le minimum de douleur pour que sa famille puisse prendre soin d'elle et ne plus lui demander des tâches qui la fatiguerait. Il n'y a pas eu besoin de traitement. Elle n'a pas eu besoin d'être suivie en ambulatoire. Peu de temps après, elle est sortie de l'hôpital avec un suivi chez son généraliste.

Le travail de liaison ne va pas sans un lien avec l'équipe soignante, et ayant eu la chance d'avoir l'oreille attentive d'un praticien intéressé par les approches psychothérapeutiques, son intervention lors de la visite a permis de renforcer l'effet de l'entretien en lui-même. C'est ainsi que les objectifs que se fixaient l'équipe, à savoir «aucune douleur» pour la sortie, ont pu être modifié vers un objectif minimal réalisable. Le recadrage s'est opéré en même temps auprès de la patiente et de l'équipe soignante: il était vital qu'elle puisse sortir avec des douleurs pour se préserver. A la grande surprise de l'équipe, une fois que l'importance des douleurs et leur utilité furent reconnues, elles devinrent plus «contrôlables» permettant donc à la patiente de retrouver ses activités (avec une certaine adaptation des horaires, un traitement antalgique si besoin...).

En langage hypnotique, nous pourrions conclure en disant que la partie non douloureuse de Mme R. a autorisé la partie douloureuse à s'exprimer afin d'assurer son confort!

G. L'APPRENTISSAGE DU CÔTÉ DU THÉRAPEUTE

On peut être étonné qu'une telle thérapie ait des résultats, ou se dire que cela ne colle pas à notre personnalité, ou encore qu'il s'agit vraiment d'un cas particulier. Il est évident que prendre les techniques les unes après les autres et les appliquer de façon mécanique ne donnerait rien.

Selon Farrelly, ce type de thérapie peut s'apprendre, et pourquoi ne pas l'apprendre puisqu'elle est efficace?

Pour que la thérapie (quelle qu'elle soit) puisse avoir un impact, elle doit impliquer un processus d'apprentissage personnel. Il s'agit d'une thérapie engagée, où l'accent est mis sur la façon dont on dit les choses, qui en dit beaucoup plus que le contenu lui-même.

Voilà par quelles étapes passerait un «apprenti thérapeute provocateur»:

- 1: choc et recul: il se demande: «mais qu'est ce que ce salaud de thérapeute est en train de faire à ce pauvre patient...» [120] (p190)

- 2: fascination, temps d'observation et d'écoute

- 3: Essai et surchauffe: le stagiaire pratique la thérapie provocative au début avec une certaine peur de faire fuir le patient, se rend compte qu'il peut obtenir des réactions émotionnelles intenses de la part de son patient, mais n'est souvent pas encore capable de les supporter et ne sait donc pas quoi en faire. Le rôle du superviseur est alors fondamental pour guider le stagiaire, lui apprendre à aiguïser sons sens de l'humour, à se moquer, à repérer les stratégies en jeu au cours de la thérapie et ce qui pose problème, notamment par le biais de jeux de rôles.

- 4: libération du rôle: le stagiaire pense et répond plus vite, il cherche à appliquer ses connaissances, à prendre en compte ses propres sentiments et peut prendre plaisir à faire de la thérapie. C'est à ce moment qu'il éprouve souvent une remise en question quant à sa conception du rôle de thérapeute et de la prétendue

fragilité du patient. Farrelly parle de «sentiment de maîtrise» que peut ressentir le thérapeute face aux connaissances qu'il a acquises au cours de l'apprentissage.

- 5: répertoire personnalisé: le stagiaire travaille avec ses «tripes» et se sent libre d'utiliser tout l'éventail de réactions et sa personnalité entière comme outil en thérapie, il est de plus en plus habile, et cela notamment car il arrive de plus en plus à mettre en résonance ses réactions avec celles du patient.

- 6: opposition et résolution: la confiance du stagiaire s'accroît, il est de plus en plus habile et discipliné. Il doit cependant se méfier de deux attitudes extrêmes nocives au patient: la confrontation excessivement caustique (sarcasmes inutiles), et l'emploi de l'humour pour se satisfaire soi et non être utile au changement. Le superviseur, essentiel, aide le stagiaire à éviter ces écueils.

- 7: orchestration et nuances: apprentissage continu avec le soutien occasionnel d'un superviseur.

H. LIMITES DU MODÈLE PROVOCATIF

Une remarque tout d'abord: il nous faut revenir sur le titre du livre de F. Farrelly: «La thérapie provocatrice», que nous avons transformé sciemment en thérapie «provocative». Il s'agit là d'une erreur de traduction. Le terme «provocatif» est plus approprié, il est utilisé dans le sens d'encourager un changement en mettant au défi.

Nous allons voir ici quelques remarques générales sur cette approche. Il est évident que les limites de ce modèle se trouvent dans l'indication de son utilisation, ce que nous développerons en détails dans la dernière partie de ce travail.

Comme nous l'avons vu plus haut, il est nécessaire d'être capable de mesurer, de bien «doser» la provocation pour que cela soit bénéfique au patient. Les deux écueils à éviter sont:

- l'agressivité: être trop acerbe et ne plus être ni en empathie ni en alliance avec le patient,
- l'excès: quand le thérapeute passe son temps à faire des blagues pour rire lui-même ou conforter son narcissisme et en oublie le patient.

Effectivement, tomber dans une «thérapie spectacle» n'a rien d'utile pour le patient, même si cela peut satisfaire le narcissisme de certains. Or si Farrelly semble sous-entendre que l'efficacité d'une thérapie se mesurerait à l'intensité des réactions produites, ce qui est une généralisation un peu forcée, n'oublions pas qu'il parle là d'intensité dans le changement, de l'expérience correctrice. Il faut donc garder en tête que chaque individu a sa manière de réagir, plus ou moins introvertie ou extravertie.

D'autre part, comme toute thérapie, il serait inutile de tomber dans l'utilisation répétitive et en «copié-collé» de blagues à l'acidité douteuse. C'est un modèle avant tout créatif.

La distance patient-thérapeute peut-être questionnée: il y a une différence de culture notable, Farrelly étant américain et exerçant aux Etats Unis, il appelle les patients par leur prénom, et les patient font de même, il sirote son café et fume sa cigarette tout à son aise. Il va jusqu'à appeler ses patientes «ma beauté», «ma chérie», et n'hésite pas à caresser le genoux d'une de ses patientes de manière équivoque dans un but provocatif [120] (p 111). Si tout cela appartient au cadre de la thérapie, il nous est difficile en tant qu'Européens d'imaginer taper dans le dos d'un patient et lui tenir des propos vulgaires. C'est donc à chacun d'adapter ce style de thérapie, sans dépasser ses propres limites de congruence.

L'usage des «sentiments viscéraux» directement en thérapie semble être intéressant, et bien sûr Farrelly n'utilise jamais le mot «contre-transfert». Pourtant il semble là en utiliser une partie et dans le même temps, passe sous silence la dimension personnelle de ces mouvements. Toute personne ayant déjà expérimenté une situation de psychothérapie en tant que thérapeute sait bien à quel point il est important de s'interroger personnellement car parfois des vécus et liens internes interfèrent avec la prise en charge. Cet aspect est probablement moins présent dans le travail de Farrelly car il s'agit d'un thérapeute appartenant au courant systémique.

Il aborde tout de même la notion de résonance pas des chemins détournés et ne nie pas la nécessité d'un superviseur.

L'usage de la provocation pour réduire la dépendance dans le lien thérapeute - patient est abordée par Farrelly: nous devons nuancer ce propos et ne pas oublier qu'avant le changement, l'alliance est primordiale, et que parfois une relation de «dépendance» est nécessaire et doit avoir lieu dans ce cadre sécurisé du lien thérapeute-patient, pour pouvoir ensuite expérimenter une certaine autonomisation. Finalement, c'est seulement par ce biais que le patient va enfin entrevoir la possibilité d'autres points d'appuis. Les situations de relais parents vers famille d'accueil en pédopsychiatrie sont un exemple de choix. Cela veut donc dire offrir un cadre sécurisé au patient d'abord, et quand il est assez sécurisé: le déstabiliser pour viser le changement. Méfions nous du changement à tout prix, il est nécessaire de travailler au rythme du patient.

Farrelly parle du «sentiment de maîtrise» qui commence à germer chez le thérapeute quand il est à sa phase 4 d'apprentissage [120] (p193): «... en conséquence, éprouve un sentiment de maîtrise tant dans ses relations personnelles que dans ses relations avec les clients». Probablement qu'il existe là encore une différence culturelle où en tant qu'Européens nous avons plus de difficultés à flatter nos compétences. Farrelly est décomplexé, il insiste tout de même sur l'intérêt d'une supervision continue (et c'est ainsi qu'il a créé son modèle de thérapie). Il est évident que tout maîtriser reviendrait à ne plus être créatif, l'espace du doute et de la surprise est important à conserver, surtout en thérapie provocative.

Les termes d'«apprentissage secondaire», de «conditionnement», et «contre-conditionnement» pourraient laisser penser qu'il y a une partie de cognitivo-comportementalisme dans cette approche. Or il semble nécessaire d'insister sur le fait que malgré l'usage de ses termes, Farrelly cite à plusieurs reprises l'importance de l'expérience comme apprentissage, soit créer des ressources, il ne s'agit donc pas d'un «conditionnement».

On peut se dire que parler ainsi au patient «ne se fait pas», ou être choqué. Malgré les réticences que l'on peut ressentir quand on parle de «thérapie provocatrice», pour Farrelly «bien des thérapeutes passifs cachent un thérapeute provocateur qui meurt d'envie de s'exprimer» [120] (p89), ainsi les thérapeutes s'interdiraient un large éventail de possibilités de se comporter, peut-être par appréhension, alors qu'il serait facile d'élargir ce répertoire à l'avantage du patient et aussi pour le plaisir du thérapeute. Une thérapie où le thérapeute serait à la fois efficace et à l'aise le mettrait en position d'être réceptif à tout moment et de pouvoir remettre en doute ses jugements à l'égard de son patient (ce que certains appellent position basse), entrer dans le cadre de référence interne du patient jusqu'à devenir «un autre moi pour lui». Au tolet que ce modèle peut provoquer, Farrelly répond par son éthique irréprochable: il ne joue pas à se moquer du patient, il joue avec le patient à se moquer de ses comportements.

POINTS IMPORTANTS

- Compréhension et empathie envers le patient.
- Authenticité et humilité du thérapeute: pas de thérapeute infaillible, là où les experts échouent, un simple étudiant peut réussir.
- L'éthique du thérapeute empêche tout débordement.
- Position basse du thérapeute, contenance par maintien d'un cadre sécurisant.
- La relation thérapeutique est un laboratoire expérimental.
- Commencer dès la première entrevue: déstabiliser le patient pour le placer dans un état favorable au changement, le thérapeute ne tolérera pas que son patient essaie d'éviter une situation.
- Entrer dans le cadre de référence interne du patient: aller le rejoindre dans son expérience actuelle.
- Responsabiliser: le patient est responsable de ses actes, et pour changer, il faut que le patient le veuille vraiment. Décentrer le patient de ses propres besoins, son regard se tourne vers les obligations envers autrui. Faire passer ce message de responsabilité personnelle face à la vie redonne pouvoir et dignité au patient, et insuffle à la relation un message d'espoir.
- Se servir de la résistance du patient pour l'inciter à changer et à avancer dans une direction constructive.
- Le message délivré doit être précis, immédiat, tant positif que négatif.
- Messages implicites: «peu importe ce que tu penses de toi-même, le plus important c'est l'image que les autres se font de toi», « vous n'êtes pas le problème», "vous êtes important, le problème ne l'est pas. Vous avez les ressources pour le voir différemment et vivre votre vie".
- Abandonner la recherche d'une cause, agir est le plus important pour changer (comprendre vs agir)
- Communication paradoxale verbal / non-verbal primordiale: tout le corps est vecteur de communication. Intérêt de la communication non verbale pour installer et renforcer l'alliance.
- Provoquer = créer une expérience affective négative ou positive dont le but est d'entraîner une prise de conscience de dysfonctionnements au niveau

interpersonnel et de leurs conséquences puis créer d'autres types de comportements. Ne pas avoir peur de faire le clown, d'être franc, de provoquer certains mouvements de colère ou d'enthousiasme assez violents. En endossant les faiblesses du patient, le thérapeute met en valeur sa force et sa capacité de faire face.

- Utilisation directe de son ressenti envers le patient.
- Jeu et surprise.
- S'il n'y a pas de résultat immédiat, il faut continuer, essayer encore et encore jusqu'à un changement apparaisse.
- Buts de l'humour: introduire une souplesse entre réalité et perception, créer du changement en ouvrant d'autres perspectives, recadrage, apprendre le lâcher prise: rire de soi et des autres, contourner les défenses. Objectif l'amélioration clinique. Il permet de faire des découvertes intuitives et s'en servir.
- S'autoriser à rire des situations cocasses car c'est congruent!
- La honte ne tue pas, le thérapeute l'apprend au patient en se moquant de lui-même.

IV. INDICATIONS ET CONDITIONS ESSENTIELLES

A. UTILISATIONS, INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'HUMOUR

L'humour et la provocation humoristique offrent de multiples facettes en fonction du moment, de la personne et de la manière dont il est utilisé. Nous allons ici résumer ces différentes caractéristiques et voir qu'ils peuvent être utiles au patient et au thérapeute, ou offrir un camouflage trompeur à des passages à l'acte agressifs, être mécanisme de défense ou donner accès à certains d'entre eux, ne se situant pas tous au même niveau adaptatif.

1. Utilisations de l'humour par le patient

L'on peut dénombrer un certain nombre d'utilisations bénéfiques pour le patient et saines dans ce sens qu'elles favorisent son bien-être mental et l'adaptation au monde environnant:

a) Mécanisme de défense individuel

Si l'on se réfère au DSM IV [122], l'humour est l'un des 31 mécanismes de défense ou «styles de coping» et se situe dans la même catégorie que l'anticipation, la capacité de recours à autrui, l'altruisme, l'affirmation de soi, l'auto-observation, la sublimation, la répression. A ce titre, il a une valeur diagnostique dans l'analyse du fonctionnement mental au même titre que le serait le clivage, par exemple.

Ces mécanismes de défense sont définis comme suit: «processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes» [122].

Plus particulièrement, l'humour est «un mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress» [122]. Il s'agirait du niveau adaptatif le plus élevé permettant «une adaptation

optimale aux facteurs de stress. Les défenses habituellement impliquées accroissent la gratification et autorisent la perception consciente des sentiments, des idées, ainsi que leurs conséquences. Elles réalisent ainsi un équilibre optimal entre les différents motifs conflictuels» [122]. C'est d'ailleurs ce que Martin et al. confirment dans leur étude de 2004 [21]: «un regard humoristique sur la vie (...) peut permettre aux individus de faire face au stress de manière plus efficace en leur permettant de gagner de la perspective et de distancer des situations anxiogènes, augmentant leur sentiment de maîtrise et de bien-être vis à vis de l'adversité.»

b) Moyen de faciliter les relations et le soutien social

Parallèlement à l'utilisation que nous venons de voir au sein de l'économie psychique individuelle, il existe une façon d'utiliser l'humour pour entrer en relation et les faciliter, certains auteurs [110] allant jusqu'à parler d'une compétence relationnelle. En clair, ces individus ont la capacité de réduire la tension relationnelle en amusant les autres. La dimension interpersonnelle de promotion du lien social bénéfique au patient [123], est corrélée positivement au bien-être psychologique et à l'estime de soi, et négativement à la dépression et l'anxiété [110].

L'on remarquera que l'humour peut aussi constituer un rituel d'appartenance: les «private jokes» en sont un exemple: seuls les membres d'un système défini sont capables de comprendre la blague, s'appuyant sur des références communes (par exemple: événements vécus ensemble). Ceci vaut aussi pour le système thérapeutique.

A contrario, l'humour peut aussi être la source pour son utilisateur de nombreux inconvénients:

c) Mécanisme d'évitement

L'humour est alors employé comme moyen de dénier la réalité et d'éviter d'affronter des problèmes [124]. Une équipe de chercheurs s'est particulièrement

intéressée au domaine de la cancérologie [125], et mettaient en garde patients et médecins par rapport à l'humour, qui permettait d'éviter de parler des sujets difficiles. Si le thérapeute remarque un tel usage de l'humour, il pourra tout à fait attirer l'attention du patient sur les réalités qu'il tente d'éviter [126], et devra en outre être attentif à ne pas utiliser lui-même l'humour de cette manière [125].

d) Moyen de distraire l'intervenant

L'humour est aussi un moyen très efficace de détourner la conversation lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets difficiles. Schnarch [127] va jusqu'à dire que «l'humour est parfois exploité par les patients pour tester si le thérapeute peut être séduit et entraîné loin des sujets cruciaux abordés», Kubie [128] précisant: «séduit le thérapeute en dehors de son rôle thérapeutique».

Notons la valeur diagnostique: ceci pourrait correspondre à une résistance du patient et permettrait de détecter les thèmes conflictuels (pour y revenir ultérieurement dans la prise en charge).

Nous parlerons plus loin des clowns qui parcourent les hôpitaux et qui s'appuient sur la distraction de leur interlocuteur pour faire baisser la tension psychique. Nous voyons que cette thématique de distraction peut aussi avoir une utilité, mais dans un registre très restreint et limité dans le temps.

e) Moyen de minimiser la situation

Plusieurs auteurs notent que les patients dans certains cas, peuvent utiliser l'humour pour minimiser l'importance du matériel qu'ils apportent: le patient livre un élément important puis l'étiquette par le biais de l'humour comme «n'étant pas grave». Ceci pourrait être rapproché du mécanisme d'annulation [122], ou d'un recadrage «grave vers banal». Cela peut par exemple se voir chez les consommateurs chroniques d'alcool, qui peuvent avoir tendance à minimiser la gravité de l'abus d'alcool et entraîner la conversation sur un mode ludique. Il est important de repérer une telle utilisation de l'humour et le cas échéant, il est possible d'utiliser un recadrage inversé à savoir «banal vers grave» [129].

f) Comme autodépréciation

La dépréciation est un autre mécanisme de coping décrit par le DSM [122]: il s'agit de s'attribuer à soi-même des défauts exagérés. Dans le cas de l'humour, la composante relationnelle est claire: un individu tente de faire alliance avec son entourage en l'autorisant à se moquer de lui, quitte à paraître ridicule devant tout le monde [110]. L'individu peut en retirer certains bénéfices au niveau relationnel, mais risque d'en subir les désavantages au niveau personnel. L'utilisation de ce type d'humour est d'ailleurs corrélé positivement à la dépression, l'anxiété, la mauvaise estime de soi, une faible satisfaction du soutien social [110].

L'idée en tant que thérapeute est donc de pouvoir repérer l'usage autodépréciatif pour par exemple, pouvoir rechercher avec le patient d'autres moyens de rentrer en relation avec autrui.

g) Comme agression de l'autre

L'humour peut aussi être utilisé afin «d'augmenter le soi aux dépens des autres» [110]: il s'agit du sarcasme, de la moquerie, de ridiculiser l'autre, mais aussi de «manipulation des autres par une menace implicite de ridicule» (ce que nous avons appelé «humour négatif» dans la partie cognitivo-comportementaliste). Par exemple, ce type d'humour est utilisé dans les blagues racistes ou sexistes.

Cela correspond à une forme d'agression camouflée par l'humour [110, 128], cette attitude agressive risquant en outre, de mettre en péril le soutien social de l'individu. L'humour permet donc à l'agression d'être exprimée sous une forme socialement acceptable, voire empêche de pouvoir l'identifier comme telle. Effectivement, l'utilisateur de cet humour pourra toujours commenter sa moquerie de «c'était juste pour rire», justification difficile à contredire et souvent ponctuée d'un «tu n'as pas d'humour!». Ceci place donc le destinataire du sarcasme dans une double contrainte: «s'il proteste, il sera considéré négativement comme incapable d'humour; et s'il ne réagit pas il se trouve clairement diminué. Une voie possible pour rétablir une relation symétrique est de répondre à son tour avec humour» [130].

On pourrait comparer cet usage agressif à une forme de passage à l'acte limité au niveau verbal.

Notons que c'est une forme d'humour plus fréquemment utilisée par les hommes que par les femmes [110].

Dans la relation thérapeutique, cet humour doit être utilisé avec parcimonie et mesure, il peut par exemple être utilisé comme moyen d'augmenter la distance relationnelle lorsqu'une trop grande proximité est ressentie comme anxiogène.

2. INDICATIONS DE L'HUMOUR EN THÉRAPIE

a) But diagnostique

Si l'on considère l'humour comme trait de personnalité, il peut être utile de repérer les usages ou mésusages de l'humour par le patient, car comme nous l'avons vu précédemment, l'utilisation d'un certain type d'humour peut être corrélé à la dépression ou l'anxiété.

L'humour a été utilisé par certains auteurs [131] comme outil d'évaluation dès la première consultation: ils proposent à tous leurs patients de commencer la séance par raconter leur blague préférée, car «la présence et la nature des blagues présentées par les patients ont un impact dynamique significatif et sont souvent pronostiques de l'émergence de conflits particuliers dans la suite de la thérapie».

L'humour peut aussi être utilisé comme informateur de la qualité de la relation thérapeutique: quel est le propre état de tension du thérapeute, quels sont ses sentiments à l'égard du patient (est-il tenté par le sarcasme ou la dérision?)...

b) Pour développer l'Alliance thérapeutique

Pour G. Ausloos [132], l'humour du thérapeute est une compétence interpersonnelle: il permet de se montrer humain, chaleureux, détendu, et utilisé de manière adéquate et adaptée c'est une manière puissante de mettre à l'aise le patient et faire baisser les tensions. Autrement dit, il contribue à instaurer un cadre sécure à l'intérieur duquel le patient pourra expérimenter quelque chose de différent:

ce sont là les bases nécessaires pour créer une alliance thérapeutique [127]. L'un des buts de la psychothérapie serait de mettre en place une atmosphère où il devient imaginable puis concrètement possible pour le patient, de sourire en pensant aux choses douloureuses et donc d'adopter un nouveau regard sur elles.

Le thérapeute peut aussi être sensible à l'humour du patient et rire avec lui (et non de lui), de manière sincère et spontanée, dans une démarche clinique qui s'apparente au mimétisme décrit par Minuchin [133].

c) Pour faire diminuer les tensions

Nous pouvons notamment citer les clowns qui arpentent les hôpitaux [21, 134]. Utilisé avec des patients agressifs et menaçants, l'humour représente une manière d'interagir en supprimant l'idée de rivalité grâce au décalage qu'il implique. Il permet donc d'éviter le conflit tout en restant dans une attitude gaie et non confrontante. Cela implique l'idée que le thérapeute reste aux côtés du patient même quand il devient «menaçant»: cela représente une expérience correctrice en soi: le patient peut expérimenter un lien qui ne se rompt pas à la moindre tension, et peut voir qu'il existe d'autres façons de rentrer en relation.

En ce qui concerne le thérapeute lui-même, plusieurs auteurs parlent «d'antidote contre le burn out» [127] ou encore «d'un outil préventif pour le burn out professionnel» [135].

Enfin, l'humour est essentiel au sein d'équipes soignants afin de conserver le plaisir de travailler ensemble: «une équipe thérapeutique qui ne soulagerait jamais ses tensions internes par le rire serait d'un épouvantable ennui» [136].

d) But thérapeutique

De nombreux auteurs [124, 129, 132, 137-139] se sont intéressés au phénomène de surprise dans l'humour. Provoquer une réaction de surprise chez les patients dans les entretiens où les difficultés sont abordées, serait un facteur favorisant la mobilisation des patients en chemin vers le changement.

Du côté du thérapeute, il faut garder à l'esprit que la plupart des patients viennent en thérapie, piégés par leur perception et leur croyance d'avoir un problème insoluble. Une attitude trop sérieuse du thérapeute amènera par conséquent à confirmer cette conviction.

Faire diminuer la tension (comme nous l'avons vu plus haut), peut s'avérer utile en consultation pour, par exemple, interrompre un conflit répétitif non constructif entre les membres d'une famille, permettant ainsi de faire alliance avec tous les membres du système. Si l'intervention se conclut par un rire partagé, alors il est possible de prendre du recul et de reprendre espoir par rapport à la situation conflictuelle; ce qu'Andolfi et Angelo formulent ainsi: «la suspension de l'action qui suit l'éclat de rire crée un vide, un instant de silence extrêmement fécond car il permet à chacun de s'interroger sur soi, de se poser de nouvelles questions» [140].

L'humour «offre la caractéristique de niveaux simultanés et multiples de signification et d'impact» [127], il invite donc le patient à percevoir la situation différemment, voire, à la redéfinir. Prise de perspective, changement de signification de certaines situations vécues comme problématiques par le patient [126, 139]: finalement l'humour offre un recadrage. Ce recadrage peut être défini comme un «changement d'attribution de sens»[129], un changement dans l'interprétation, la définition, la lecture ou la vision du problème [56, 141].

Effectivement, l'humour aurait des propriétés de «réinterprétation forcée» [142], il s'agit là d'une technique de changement en étroite relation avec le sens que chacun donne aux événements vécus, et à la manière dont les patients font l'expérience de leur situation [143]. Pour M. Elkaim «la psychothérapie pourrait être définie comme l'art de maintenir possible les possibles» [56], il explique que « quand je rencontre un couple ou une famille, mon objectif principal n'est pas tant de comprendre ce qui se passe dans la réalité que d'élaborer une vision des problèmes qui permette aux personnes avec lesquelles je travaille d'élargir le champ de leurs possibles»[56].

Yorukoglu [144] souligne que l'humour, en plus de décharger les tensions et réduire l'anxiété, nous aide à dépasser certaines frustrations en nous rendant plus

tolérant envers nos imperfections et celles d'autrui. Il ne considère pas l'humour comme une échappatoire, mais comme un moyen de nous renforcer face à la réalité. Il propose ainsi aux enfants qu'il rencontre en thérapie de leur faire raconter leur blague favorite, et par ce biais travaille les difficultés familiales de façon directe. Le rire lui permet d'atteindre des fonctionnements méconnus des membres, et cela permet aussi un recadrage.

e) But pronostique

L'humour offre aussi la possibilité d'une évaluation clinique: il y a des situations où le thérapeute ne pense même pas à l'utiliser car il serait nocif pour la relation et le bien-être du patient. Dans d'autres situations, il peut commencer timidement à l'utiliser pour enfin en faire un véritable outil d'évaluation.

Par exemple, il peut permettre chez un patient dépressif d'apprécier son ralentissement psychomoteur et sa tristesse. Chez un patient psychotique, il permettra de voir ou de vérifier si celui-ci est ancré dans la réalité. Et, comme nous avons vu plus haut, avec des patients utilisant un type d'humour agressif, l'apparition d'un humour positif pourra valider les changements en cours.

3. CONTRE-INDICATIONS DE L'HUMOUR

a) Réponse mimétique à un humour inadapté ou évitant

Il est d'un intérêt primordial que le thérapeute repère quel usage le patient fait de l'humour, sans quoi il pourrait se laisser «embarquer» dans un usage inadapté ou évitant. Le piège de l'humour est que son aspect ludique est attractif et séducteur, il peut donc camoufler facilement et faire diversion. Le système thérapeutique doit rester un lieu qui permet d'affronter les difficultés et non de les esquiver.

b) Les situations de crise

Les troubles délirants aigus, à fortiori les délires paranoïaques sont des contre-indications absolues à l'utilisation de l'humour. Un bémol peut-être mis sur cette contre-indication: avec des patients antérieurement connus et suivis, faire de l'humour en situation de crise pourrait être une façon de faire du lien avec le travail parcouru avec ce patient, et pourrait constituer un rappel vers un ancrage positif et donc aider à désamorcer la situation. Evidemment, avec des patients inconnus, il est inutile de se livrer à ce jeu, qui pourrait avoir les effets inverses de ceux attendus. Les patients sous influence de substances illicites ou d'alcool sont peu sensibles à ce genre d'approche, ce d'autant plus que le type d'humour qu'ils utilisent est préférentiellement un humour minimisant la situation, dépréciatif ou agressif.

c) Certains types de personnalité ou de structure

Les troubles de la symbolisation ou de l'abstraction rendent les patients psychotiques moins aptes à saisir les multiples niveaux de signification apportés par l'humour. L'humour peut être un bon outil d'évaluation clinique, comme vu plus haut, mais il faut redoubler de vigilance avec ces patients: c'est-à-dire que son utilisation soit précédée de la mise en place d'une alliance solide, et que le patient puisse ressentir l'intention contenante de la prise en charge. La psychose, notamment, nous amène à symboliser concrètement cette bienveillance. Sans cela l'humour pourrait déclencher un vécu persécutoire.

Les personnalités de type paranoïaque interpréteront l'humour comme une attaque personnelle, il est donc très risqué d'utiliser l'humour avec eux.

d) Les troubles cognitifs

Les patients atteints de troubles cognitifs risquent de ne pas saisir le sens des traits d'humour de l'intervenant.

La surdité ne représente pas une contre-indication absolue, il faut seulement bien vérifier auprès du patient qu'il a entendu toute l'intervention humoristique.

B. ÉTHIQUE, OUTILS ET CONDITIONS NÉCESSAIRES

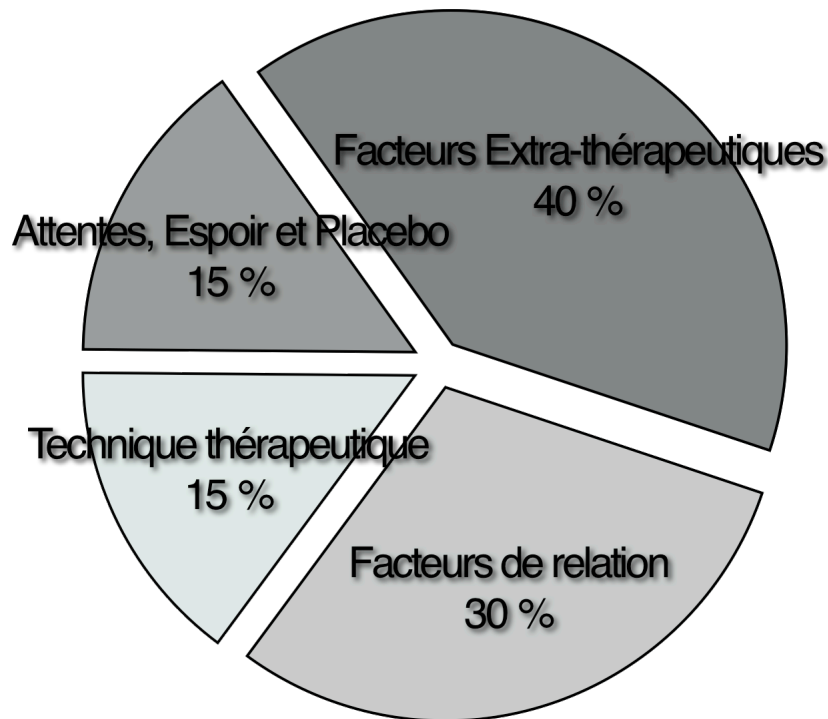
Au delà du modèle de référence du thérapeute, l'acte fondateur du processus thérapeutique consiste en l'invitation faite au psychothérapeute, tiers encore inconnu jusqu'à présent, à pénétrer dans l'intimité du patient [145]. Dès le départ tout se passe comme si le premier jalon de la thérapie consistait en l'instauration tacite de la surprise générée par un inconnu, le thérapeute. Carl Whitaker parlait de «blind date» [146]: un rendez-vous faisant sortir du familier pour pénétrer en territoire inconnu qui n'a pas pu être totalement imaginé auparavant. La surprise est donc un ingrédient présent dès le départ de toute thérapie et qui peut constituer un des leviers majeurs du changement, en entraînant les patients vers une nouvelle trajectoire évolutive où ils pourront se surprendre eux-mêmes.

«C'est la surprise qui peut ouvrir en thérapie de nouveaux devenirs: surprise de l'interprétation, du recadrage, ou d'un nouveau vécu apparu en séance... c'est toujours un surgissement inattendu qui brise la répétition du même, et permet à l'autre, singulièrement d'advenir.» [147]

Nous allons tout d'abord nous développer les conditions nécessaires à toute thérapie, y compris celles utilisant la provocation humoristique, pour, dans un second temps approfondir les éléments essentiels à une thérapie centrée sur la provocation humoristique.

1. Facteurs communs à toute thérapie

Ce schéma montre quels sont les ingrédients essentiels en psychothérapie (tous modèles confondus), et leur participation au changement (exprimée en pourcentages) [148].



a) Facteurs extra-thérapeutiques:

Ces facteurs regroupent les événements ou les processus qui surviennent en dehors du contexte thérapeutique: forces et ressources préexistantes du patient, ses aptitudes, les éléments du hasard...

Le patient est le facteur qui contribue le plus au changement et au succès de la psychothérapie. La qualité de sa participation, la perception qu'il a du thérapeute et de son travail, sa force propre et ses ressources, le soutien social dont il bénéficie, le mode de vie... autant de facteurs qui joueraient pour 40% de la réussite [148]. Or tous ces facteurs sont présents, quelque soit le modèle théorique choisi. Dès lors, on peut s'étonner que la littérature n'en fasse que peu de cas.

b) Facteurs de relation:

Il s'agit principalement de deux choses: l'alliance et l'engagement du patient en thérapie. La qualité de la participation du patient au sein de la relation thérapeutique serait le déterminant le plus important pour aboutir au changement [149]. Bien sûr, ce

lien est largement affecté par la qualité de l'alliance, fondement de toute thérapie, ce que Carl Rogers [150] définissait par l'empathie, le respect et l'authenticité [151].

Cette relation passe par des facteurs verbaux et non verbaux. C'est l'intention du thérapeute perçue par le patient qui prime, aussi les alliances les plus solides seraient celles qui se développent quand le thérapeute établit une relation qui correspond à la définition que le patient attache aux notions d'empathie, de sincérité et de respect [151, 152]. La façon dont le thérapeute prend soin de son patient est primordiale, celui-ci peut alors se dire «je ne suis pas seul, il est là pour m'aider, il restera là quoi qu'il arrive». Sans oublier qu'il s'agit avant tout d'une rencontre humaine... Ainsi, plus le thérapeute est perçu par le patient comme chaleureux, empathique, fiable et ne portant pas de jugement, plus l'alliance sera solide. A noter que la force de l'alliance thérapeutique ne dépendrait pas de la durée de la thérapie [151].

Si le patient a une opinion favorable de la relation, les changements seront plus probables. C'est la perception que le patient a de sa relation avec le thérapeute et non l'évaluation que le thérapeute en fait qui est la plus utile à la construction d'une alliance. Etablir un environnement thérapeutique qui corresponde aux sensibilités du patient et à son cadre de référence est la clé.

c) Technique thérapeutique:

«Chaque thérapeute finit éventuellement par développer sa propre méthode qui est un composite des méthodes qu'il a apprises, des expériences qu'il a vécues et de ses traits de personnalités spécifiques.» [153]

Utiliser la provocation humoristique d'accord, mais au sein de quel modèle théorique? La question de la technique ou du modèle est une préoccupation de thérapeute et non de patient: de nombreuses études montrent que la différence de modèle n'a pratiquement aucune influence sur le résultat de la thérapie [154-157].

Des années 1960 à 80, le nombre de modèles est passé de 60 à plus de 250, soit une augmentation de 400% [158, 159]. Chaque modèle a inventé son langage propre, essayant de se singulariser face aux autres modèles existants: mais voilà, chaque modèle est de toute façon infalsifiable puisqu'il est «validé à la fois par ses succès et par ses échecs»[160]. Le thérapeute «intégratif» est donc un mythe [161, 162]: au mieux il pourra s'appuyer sur trois ou quatre modèles, mais n'utilisera jamais 300 ou 350 modèles pour sa pratique! Plusieurs auteurs [163-165] ont donc essayé de voir, au delà des modèles, ce qui faisait la force du changement en thérapie: l'efficacité clinique des thérapies reposerait sur leurs éléments communs et non sur leurs différences théoriques. Par exemple, toutes les techniques ont en commun la qualité de préparation du patient à faire certaines actions pour s'aider eux-mêmes.

Le modèle de thérapie utilisé n'a que très peu d'influence sur le résultat, en revanche, ils font vraiment une différence pour le thérapeute. Le modèle suivi par le thérapeute et la technique qu'il utilise ne contribueraient qu'à 15 % de l'impact global de la psychothérapie [148].

Dans tous les cas, le traitement choisi doit

- être adapté au niveau de motivation du patient, à son état de préparation au changement, (ce qui a été notamment théorisé par Prochaska [166, 167])
- être adapté aux objectifs du patient: prendre le temps de les explorer afin de co-construire la meilleure stratégie, les décrire dans des termes simples et concrets,
- s'adapter à la façon dont le patient envisage la relation thérapeutique, ce qui rejoint la notion de «travailler dans le monde du patient». Le respect perçu par un patient sera renforcé si le thérapeute modifie son approche quand le patient la considère comme inutile.

d) Attentes, espoir et placebo:

L'implication de ce facteur par rapport au changement est égale à celle de la technique thérapeutique utilisée [148].

Rappelons-nous que les patients viennent en thérapie non parce qu'ils ont des problèmes, mais parce qu'ils ont perdu tout espoir quant à leurs chances de les résoudre [163, 168, 169]. Ils se conduisent alors comme si le problème devait être permanent [170, 171].

L'espoir, en tant que reconnaissance conjointe des difficultés actuelles du patient et la possibilité d'un meilleur avenir, ferait énormément pour combattre la démoralisation, mobiliser les ressources et faire progresser l'amélioration [168, 172, 173]. Certains auteurs conviennent donc du fait qu'il faut entretenir ces espoirs d'amélioration pour pouvoir espérer un succès thérapeutique [174]. Par ailleurs, les thérapeutes confiants par rapport à la méthode qu'ils emploient améliorent la composante placebo [175]. Il est aussi important de s'appuyer sur les expériences antérieures positives qu'a vécu le patient, (que l'on peut aussi appeler ressources) cela ne fera qu'augmenter l'effet placebo [175].

2. Spécificité de la psychothérapie utilisant l'outil de provocation humoristique

Voici quelques notions essentielles à l'emploi de la provocation humoristique en psychothérapie.

a) Ethique

L'éthique est l'équivalent du cadre interne que chaque thérapeute se fixe pour permettre que la thérapie puisse être un lieu d'accompagnement et sûr pour le patient. Il s'agit notamment de l'intention que l'on met dans les provocations, et les limites que se pose le thérapeute. Chaque situation est unique et nécessite une évaluation afin de savoir si l'emploi de la provocation est judicieux, et jusqu'où le patient est prêt à l'entendre.

b) Co-construction

L'intervention thérapeutique doit s'entendre en tant que processus de coopération. Cela est d'autant plus facile à comprendre avec l'outil de provocation: la différence entre rire avec le patient et du patient. Thérapeute et patient travaillent ensemble à la construction d'interventions destinées à s'adapter à l'expérience et à la perception que le patient a de ses problèmes. Ces interventions provocatives n'ont pas de significations propres, et on ne pourrait pas les plaquer d'un patient à un autre. Elles puisent «leur signification, et par la suite, leur efficacité, dans l'interaction particulière des individus impliqués» [176]. Nous en revenons ici à l'espace transitionnel...

c) Tavailler dans le monde du patient

Cela signifie rejoindre le patient dans sa façon de parler, de se comporter. Faire de la provocation nécessite qu'il puisse l'entendre et la comprendre en tant que provocation thérapeutique et non en tant que moquerie. Le thérapeute doit donc s'adonner à une sorte d'étude en profondeur de son patient. Pour construire une relation, il faut un démarrage commun, sur ce que connaît déjà le patient, ceci mettra en exergue de façon non verbale le respect qu'a le thérapeute envers le patient, et permettra au patient de se sentir plus libre et sans jugement, lui évitera d'être emprisonné dans un langage d'expert qu'il ne comprend pas, par exemple. «Parler le langage du patient» ne signifie pas que le thérapeute est d'accord avec tout ce que dit le patient. Mais ce qu'il dit, ses opinions, sont considérés comme des ressources destinées à aider le thérapeute à apprendre ce qui est important et motivant pour le patient. Le but est donc tout d'abord de découvrir non pas ce dont les patients ont besoin, mais ce qu'ils ont déjà.

Se concentrer sur ce qui est possible et comment le patient peut y arriver.

d) “Préparer le terrain”

L'humour implique du jeu, et cette dimension ludique peut-être présente au cours d'une prise en charge avec des enfants ou des adultes. On ne se situe probablement pas au même niveau. Avec des patients adultes, selon leur

positionnement (touriste, acheteur, co-thérapeute) le premier objectif de la thérapie est déjà d'en avoir un. Il s'agit par le biais de ces techniques de les amener à jouer avec le thérapeute, à jouer ce jeu de psychothérapie où la provocation et l'humour se mêlent. Rentrer dans ce processus, c'est déjà un changement, car pour jouer, il faut se risquer et donc lâcher prise. Une fois que le patient acceptera cette position comme naturelle, il pourra aisément s'adapter à de nouvelles situation en s'appuyant sur cette ressource.

Considérant des enfants, le «jeu» me paraît un peu différent. Ils sont plus accessibles au métaphores et à une dimension ludique, qui fait leur quotidien. Utiliser l'humour, c'est alors les retrouver dans leur monde afin de prendre la direction du changement. Le travail est donc plus direct, avec l'humour, nous adoptons le même langage qu'eux.

Là où la provocation et l'humour ont une utilité toute particulière, c'est avec les adolescents. Qui ne se souvient pas de situation de «quitte ou double»: l'adolescent tournant à moitié le dos à l'interlocuteur, affichant sa nonchalance... Ces situations se superposent à ce qu'évoque Farrelly quand il dit qu'il est prêt à «jeter la thérapie par la fenêtre». Si le thérapeute accepte de lâcher prise, il montre aussi au patient que cette attitude est loin d'être dangereuse et peut même faciliter la rencontre. Au delà de la question de «préparer le terrain» chez les adolescents, la question de l'alliance est centrale, et bien sûr elle est essentielle avec tous les patients: installer un climat de respect et de sympathie évitera que la séance soit envahie par un humour agressif et autodévalorisant.

e) Alliance

Nous avons abordé ce sujet à de nombreuses reprises. Inutile de revenir sur les détails. En revanche, il semble important de dire que l'alliance se construit pas à pas et que c'est une étape qu'on ne peut négliger ni sauter. Surtout lorsqu'il s'agit d'utiliser des techniques de provocation, qui sans une alliance solide, renverraient au patient une idée de moquerie et d'insécurité, soit tout le contraire de la psychothérapie. D'autre part, la provocation humoristique passe par un effet de surprise qu'il faut savoir gérer: «la surprise s'accompagne toujours d'un

envahissement émotionnel qui inonde la personne, lui donne pour un instant l'impression de s'exhiber nu aux yeux des autres» [177]. Etre surpris peut effectivement être vécu comme angoissant car cela implique une perte de la maîtrise de soi, d'où l'importance de la contenance psychique et du cadre posé, nous reviendrons sur ces notions un peu plus loin.

Créer l'alliance, c'est être avec le patient, s'engager dans l'écoute, comprendre où il est et où il veut aller et ce qui l'en empêche. Cette notion d'alliance est le point névralgique de la psychothérapie et est présente durant tout son déroulement: on ne s'en occupe pas une fois puis on la met de côté! Il s'agit à chaque instant de la renforcer, de la tester, ce qui peut nous donner un bon indice pour faciliter l'utilisation de la provocation. Travailler l'alliance de façon continue, c'est instiller de la sécurité dans la relation avec le patient, soit créer une ambiance ouverte au changement, en d'autres termes, il s'agit d'apporter une contenance psychique (et parfois physique).

f) Empathie

En serrant la main d'un patient, en lui disant bonjour, en l'entourant de bienveillance, et en créant une alliance, nous sommes déjà dans l'empathie. L'empathie se manifeste comme une appréciation judicieuse et réfléchie de la situation. Se montrer attentif à ce que le patient dit, comprendre son expérience et partager cette compréhension avec lui, comprendre ses états internes, être capable de se les représenter, reconnaître à l'autre ce qui lui appartient, sans aller jusqu'à une «contagion émotionnelle» qui nuirait à la relation thérapeutique. La question de la distance est donc essentielle. Nous pourrions dire que tout se joue dans un espace transitionnel, tel que le définirait Winnicott: un lieu de projections communes, sécurisé sur lequel chacun orienterait son attention. L'empathie n'est donc pas centrée sur le sujet, ce qui correspondrait à une identification et donc au «risque» de contagion émotionnelle, mais sur cet espace transitionnel. Ce lieu imaginaire à deux nous permet de penser le cadre.

g) Cadre

C'est aussi le contexte qui fera que la provocation humoristique atteindra son objectif. Si un cadre sécurisé n'est pas instauré, le patient peut avoir l'impression que sa souffrance est banalisée ou que le thérapeute le méprise.

Il s'agit à la fois:

- du cadre d'intervention,
- du cadre interne que l'on se fixe à savoir l'éthique personnelle que l'on adopte face au patient,
- du cadre relationnel.

Le cadre d'intervention est le lieu où se passent les rencontres, les préalables à la psychothérapie: qui est le thérapeute, quel type de thérapie il propose, dans quel lieu, à quels moments. Cela aboutit à ce qu'on propose au patient: séances d'une certaine durée, à un certain rythme, dont le contenu est soumis au secret médical, et dont les limites sont celles de l'éthique fixée.

Le cadre interne au thérapeute: c'est l'éthique qui va guider notre travail. Cela suppose une certaine réflexion autour du travail: l'investissement que l'on y met, être conscient de ses lacunes, se rappeler que les théories qui éclairent nos prises en charges ne sont que des hypothèses, hypothèses que l'on vérifiera auprès du patient, où sont nos limites... Certains préconisent même un travail personnel ou encore une supervision.

Le cadre relationnel, pourrait être cet espace transitionnel dont parle Winnicott. Nous rejoignons également la notion de contenance dans le fait de «tenir le cadre». Par ailleurs, il peut-être un bon moyen d'aide au diagnostic et orienter une approche thérapeutique, car certaines pathologies viennent bousculer le cadre afin de le renverser.

Le cadre est garant du sens, et de l'intention positive que porte le thérapeute. Plus il sera flou plus la provocation humoristique perd son sens thérapeutique.

h) Communications et Outils

Il s'agit de prendre en compte les niveaux verbal et non verbal. L'importance de l'hypnose doit être ici soulignée, en temps que positionnement, technique, dans la communication. La coopération est au centre du dialogue entre le patient et le thérapeute. Le thérapeute est attentif à l'expression corporelle du patient, et avec les mots co-crée un univers qui pourra être plus confortable pour le patient: nous retrouvons là une dimension constructiviste. Les mots ont donc le pouvoir de créer une autre réalité, cette réalité étant une nouvelle expérience pour le patient.

La métaphore et les autres types de langages analogiques comme la provocation humoristique, ne révèlent pas les perceptions et les sentiments directement, ils revêtent des significations multiples et permettent différentes lectures. Ces figures de langages peuvent être utilisée en thérapie comme échappatoire ou pour se libérer d'un poids d'une vision de la réalité trop perturbante sur le plan émotionnel. Le vécu de la provocation est une émotion ou une sensation en elle-même: c'est une expérience émotionnelle correctrice qui touche. Les sentiments amorcent le changement, la cognition suivra ensuite. On peut très bien comprendre que l'on a besoin de changer mais il faut le ressentir aussi afin de faire quelque chose pour y arriver [178]. L'humour et les autres actes créatifs nous renvoient à la réalité d'une manière qui ne pourrait être réalisée par la logique rationnelle ordinaire. Ils frustrant et sapent intentionnellement les idées rigides, les plongeant dans la contradiction et dans l'absurde.

Du côté du thérapeute, il est bien sûr essentiel qu'il parle au patient de façon à ce qu'il le comprenne, mais aussi qu'il n'hésite pas à se montrer hésitant: l'hésitation indique que le thérapeute accepte de se tromper, cela remet la relation au même niveau et rappelle au patient qu'il est l'expert de son problème. Tout le monde a droit à l'erreur, le travail de psychothérapie est à chaque fois différent et revêt une part

expérimentale. L'humilité du thérapeute, ses hésitations pourront bien sûr prendre la forme d'une provocation (Par exemple celui-ci pourra remettre en question son «pouvoir de guérir»).

La validation est un outil tout à fait pertinent, parallèlement à la provocation, voire antérieurement: c'est seulement lorsque le patient se sent écouté et compris que l'on peut commencer à le bousculer. La validation légitime les inquiétudes du patient, elles sont entendues comme réelles: le thérapeute reconnaît l'existence du problème et en accepte l'importance. Cela rejoint également les notions d'alliance, d'empathie, de respect, de travail dans la vision du monde du patient. Si la validation n'a pas eu lieu, il y a fort à craindre que l'alliance sera ébranlée à la première provocation venue. La validation peut intervenir à n'importe quel stade du processus, au mieux dès le début de la prise en charge.

i) Ressources et compétences

La provocation humoristique s'appuie sur l'espoir et l'optimisme. L'optimisme en tant qu'assurance que le patient va trouver sa solution, et optimisme en tant que bien-être. De fait, Les individus bien adaptés ont tendance à envisager l'avenir avec plus d'optimisme que ne le justifie la simple réalité. Les recherches [179-183] démontrent que les personnes optimistes vivent plus souvent des événements positifs, et s'adaptent mieux que les pessimistes aux circonstances négatives. Donc être optimiste permet aux gens d'être mieux adaptés [184].

La psychothérapie, mettra en relief ce qui va bien, plus que les dysfonctionnements, c'est à dire les forces, les ressources, les expériences et aptitudes... Cela ne veut pas dire nier la difficulté, bien au contraire, l'écoute des difficultés d'un patient est primordiale, surtout lorsqu'il s'agira de créer un recadrage pour valoriser ses compétences dans sa difficulté actuelle. L'attitude que le thérapeute projette au travers de ses réponses est que le patient a déjà en lui les ressources nécessaires au changement. Comme le disait P. Watzlawick [160]: il faut traiter les patients comme déjà capables et en possession des ressources

nécessaires à la résolution de leur problème. Ce qu'A. Adler formulait ainsi: la capacité à être «absolument convaincu que quoi que je puisse dire... le patient n'a rien à apprendre de moi, que lui, le malade, ne comprenne mieux que moi» [185].

j) Surprise, Jeu et Changement

Grawe proposait cette définition de la psychothérapie: «processus à l'issue imprévisible». L'image en négatif de cette définition pourrait être la notion de «lâcher prise». En tant que thérapeute, une certaine souplesse est effectivement de mise: accepter l'incertitude, une volonté de ne pas tout contrôler, et reconnaître qu'on fait partie du système que nous voulons voir évoluer. Cela implique que le thérapeute se sente suffisamment en sécurité pour non seulement accepter les moments surprenants, mais aussi être capable de s'en réjouir. Être curieux, aimer travailler en dehors de la monotonie, valoriser le plaisir comme aide au changement, voilà des ingrédients venant relever le plat de «résistance»!

Pour qu'un changement apparaisse, il faut pouvoir créer un contexte thérapeutique qui remplacera une émotion négative par une émotion nouvelle partagée en séance, des mises en situation au cours desquelles pourra émerger une lecture qui n'est plus référée au principe de causalité linéaire, faire apparaître une autre compréhension des relations humaines. La provocation humoristique et ses effets collatéraux de surprise vont venir ébranler l'homéostasie du système, le déséquilibrer, pour ensuite l'emmener vers un nouvel état d'équilibre, cela permet de s'ouvrir au non familier: «la surprise est un surgissement inattendu qui brise la répétition du même et permet à l'autre, singulièrement d'advenir» [147]. Le principe est donc, pour le thérapeute, d'être là où le patient ne l'attend pas.

Comme l'évoque G.Hardy: «c'est dans les espaces d'incertitudes, d'imprévisibilité qui émergent de la relation, dans ces moments de rencontre, de prise de risques et de prises de responsabilité que les interventions se fondent et qu'émergent les possibilités du changement» [186].

Il est plus important que le patient arrive à sentir que quelque chose a besoin de changer que de le comprendre [187]. Plus le thérapeute croit à la probabilité d'un changement, plus l'intention de la provocation humoristique sera perçue comme une aide par le patient. Ce changement ne peut avoir lieu sans affiliation et confiance. Car devant les changements qu'il implique un changement, le patient devra se laisser aller et savoir qu'il peut être contenu par un système pouvant métaboliser la surprise et ses conséquences.

Une psychothérapie usant de la provocation humoristique nécessite de se centrer davantage sur le changement: être à l'écoute active, valider le changement au moment où il se manifeste: en pré-traitement, entre deux séances, après plusieurs séances. L'idée est de pouvoir interroger les patients directement sur leur sensations subjectives de changements, et les comportements qui en découlent, pour ensuite les valider comme étant de leur fait: les patients qui attribuent le changement à leurs propres efforts plutôt qu'au hasard ont davantage tendance à s'approprier le changement et à le reproduire plus tard [188, 189], voire simplement le maintenir [156]. D'où la nécessité que le thérapeute reste constamment ouvert à la possibilité d'un changement, quelle que soit l'histoire ou la présentation du patient afin de pouvoir distribuer ses «blâmes positifs» [190].

Procéder lentement, afin que le patient ne se sente pas contraint à changer, prendre le temps d'appuyer son ambivalence par l'humour est un des meilleurs témoignages d'empathie et de respect. Quand le thérapeute démontre qu'il comprend que le changement prend du temps cela soulage la pression et procure au patient l'espace et le soutien nécessaire pour réaliser le changement. La technique de provocation est un bon moyen de lui ouvrir cet espace. Etre trop pressé d'obtenir un changement en tant que thérapeute peut facilement pousser le patient à ne plus bouger. D'où l'importance de l'étape vue plus haut, à savoir: «préparer le terrain».

Et n'oublions pas la dimension ludique et de jeu: c'est en invitant l'autre à jouer dans un milieu sécurisé qu'il va pouvoir se risquer et adopter d'autres points de vue. Si le jeu coule de source avec les enfants, il ne tient qu'aux thérapeutes d'aider les adultes à se reconnecter à leur capacité de jeu.

k) Une Rencontre

Pour aboutir au changement que veut le patient, la provocation permet de lui signifier en douceur mais directement que le problème n'est pas lui. Cela renforce l'estime qu'il a de lui-même et permet de mettre au jour les doubles contraintes dans lesquelles il est pris: «vous avez un problème, mais vous n'êtes pas le problème!». La cause de la souffrance est donc externalisée: cela permet de prendre du recul et de sortir des ruminations d'autodépréciation. Comme le dit Daniel Sibony, «pour rire il faut déjà un peu de bonheur, de bonne rencontre, de bon hasard» [53].

Le partage est à la base d'une rencontre. S'il n'y a pas de rencontre, il n'y a pas d'empathie, d'alliance... et tout le reste, donc pas de psychothérapie. L'humour ne vient qu'après, comme un élan de liberté, comme un regard dont l'acuité transperce: sa justesse touche, la vérité qu'il transporte, cachée par les rires, est offerte comme tremplin et non comme poids. Il procure un plaisir dénué de danger, en rappelant que la liberté n'a pas d'existence en soi: c'est l'être qui peut la mettre en acte.

POINTS IMPORTANTS

L'humour peut être utilisé comme modalité adaptative: mécanisme de défense, de coping, moyen de faciliter le lien social; comme modalité d'agression de soi (autodépréciation) ou de l'autre; ou comme moyen d'évitement, de distraction de l'interlocuteur ou de minimisation. Nous retrouvons là l'ambivalence de l'humour, dont nous avons déjà parlé dans ce travail, et cela doit nous mettre en garde, car son utilisation n'a pas toujours des conséquences positives, comme nous aurions pu le penser.

Du côté du thérapeute, il représente un intérêt certain: comme outil diagnostique, thérapeutique (faire diminuer les tensions, créer l'alliance, créer un recadrage...) ou pronostique; mais faut-il savoir l'utiliser de façon judicieuse: c'est à dire en dehors de situations de crise (avec des patients inconnus jusqu'alors), et avec mesure pour des patients persécutés et désorganisés; et également s'en méfier : ne pas se laisser séduire par une joute verbale utilisant un humour évitant ou inadapté, par exemple.

En psychothérapie, quelque soit le modèle, le patient est au centre: le contexte qu'il amène avec lui, son vécu, ses ressources et compétences. Le modèle thérapeutique choisi n'a finalement pas une importance primordiale pour le patient. Le thérapeute pose le cadre de la rencontre qui se dira thérapeutique si sous-tendue par une éthique et donc sécurisant pour le patient. La séance se co-construit à partir d'objectifs que fixe le patient, minimaux et réalisables. Le but, après avoir instauré une alliance ou affiliation, est de l'amener à jouer, le surprendre afin qu'il prenne des risques et lâche prise. L'humour crée l'émergence d'exceptions en sortant de schémas rigides, et permet de savoir quel est l'objectif des patients car cela les extrait de leur ambivalence.

CONCLUSION

L'humour, et à fortiori la provocation humoristique peuvent être des outils bénéfiques en thérapie. Nous avons vu qu'ils pouvaient stimuler la mise en place d'une alliance, être un recours pour apaiser les tensions ou encore permettre un recadrage ayant pour but de promouvoir le changement.

Outil trans-théorique, nous avons été surpris de constater que chaque modèle mettait en relief une facette de l'humour: du mécanisme de défense à l'inquiétante étrangeté, de la surprise ou du trait de personnalité traduisant une façon de voir le monde. La dimension du jeu est commune à ses visions, sous l'aspect de l'introduction du symbolique, du faire semblant, et plus concrètement du lâcher prise avec la faire avec.

La provocation humoristique revêt plusieurs aspects techniques complexes: ils contiennent à la fois une partie théorique, éthique, et créative. Sans éthique et sans intention positive, l'acte n'est plus thérapeutique. L'importance du cadre posé et de la contenance non-verbale paradoxalement avec les provocations orales sont des ingrédients essentiels au procédé.

Si l'utilité de l'humour et de la provocation humoristique à été prouvée, il n'en reste pas moins qu'il existe dans ces concepts un côté «sombre»: ils peuvent être utilisés comme fuite ou de façon agressive, et au sein d'une relation thérapeutique, ne peuvent pas se glisser de manière inconséquente: les états de crise chez des patients inconnus jusque là étant souvent une contre-indication reconnue.

Aller rencontrer le patient où il se trouve au temps «t» de la consultation, l'accompagner pas à pas, à son rythme, en co-construisant des objectifs atteignables dont il est l'auteur, pouvoir rire, non pas de lui, mais de la souffrance qui le tiraille, c'est apporter un décalage, un recadrage ou décadage, et c'est déjà un pas vers le

changement et l'apaisement. Dans ce travail, les aspects éthiques sont fondamentaux, et les garants d'une utilisation bénéfique pour le patient.

Un psychiatre sans psychothérapie serait un peu comme un sculpteur sans argile, et il en va de même pour une psychothérapie sans humour.

Bibliographie (Par ordre d'apparition)

1. Sudres JL. Radiographier l'humour? De la sémantique aux processus. L'humour, histoire, culture et Psychologie. 1997.
2. Escarpit R. L'humour. sais-je Q, editor: Presses universitaires de France.
3. Bergson H. Le rire. Essai sur la signification du comique. Alcan E, editor. Paris1924.
4. Freud. Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient: Gallimard, Les Essais; 1954.
5. Goldstein JH, Ghee PEM. The psychology of humor. New York: Academic Press; 1972.
6. Ghee PEM, Goldstein JH. Handbook of humor research. New York: Springer Verlag; 1983.
7. Chapman AJ, Foot HC. It's a funny thing humor. Oxford: Pergamon Press; 1977.
8. Dunn B. Use of therapeutic humor by psychiatric nurses. British Journal of Nursing. 1993;2(9):468-73.
9. Mallet J. Use of humor and laughter in patient care. British Journal of Nursing. 1993;2(3):172-5.
10. Harries G. Use of humor in patient care. British Journal of Nursing. 1995;4(17):984-6.
11. Eiguier. Du bon usage du narcissisme: Bayard Editions Psychologie; 2001.
12. Smadja E. Les rires pathologiques. La Gazette Médicale. 1991;98(25):21-8.
13. Rubinstein H. Psychosomatique du rire. Rire pour guérir. Laffont R, editor1983.
14. Williams H. Humor and healing. Therapeutic affects in geriatrics'. Gerontion. 1986;1:14-7.
15. Fry WF. The physiologic effects of humor, mirth and laughter. Jama. 1992;267(13):1857-8.
16. Carroll J, Schmidt J. Correlation between humorous coping style and health. Psychological Reports. 1992;70(2):402.
17. Dillon K, Totten M. Psychological factors, immunocompetence, and health of breast-feeding mothers and their infants. Journal of Genetic Psychology. 1989;150(2):155-62.

18. N.A. Kuiper, Nicholl S. Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health *Humor: International Journal of Humor Research*. 2004;17 (1/2):37-66.
19. H.S. Friedman, al. Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993;65:176-85.
20. Martin RA. Is laughter the best medicine? Humor, laughter, and physical health. *Current Directions in Psychological Science*. 2002;11(6):216-20.
21. P. Kerkkänen NAK, R.A. Martin, R. A. . Sense of humor, physical health, and well-being at work: A three-year longitudinal study of Finnish police officers. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2004;17 (1/2)(21- 36).
22. Rotton J. Trait humor and longevity: Do comics have the last laugh? *Health Psychology*. 1992;11:262-6.
23. Abel M. Humor, stress, and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2002;15(4):365-81.
24. Kuiper NA, Martin RA. Humor and self-concept. *Humor: International Journal of Humor Research*. 1993;6(3):251-70.
25. Kuiper NA, Martin RA. Is sense of humor a positive personality characteristic? dans "The sense of humor: Explorations of a personality characteristic. New York: W. Ruch; 1998.
26. Kuiper NA, Martin RA, Olinger LJ. Coping humor, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 1993;25:81-96.
27. Nezlek J, Derks P. Use of humor as coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2001;14(4):395-413.
28. Kuiper NA, Martin RA, Dance K. Sense of humor and enhanced quality of life. *Personality and Individual Differences*. 1992;13(12):1273-83.
29. Kuiper NA, McKenzie S, Belanger K. Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor: Motivational and affective implications. *Personality and Individual Differences*. 1995;19(3):359-72.
30. Lefcourt HM. *Humor: The psychology of living buoyantly*: New-York: Kluwer Academic; 2001.
31. D.L. Long ACG. Wit and humor in discourse processing. *Discourse processes*. 1988;11:35-60.

32. Aristote. Éthique à Nicomaque: Vrin; 1959.
33. Spinoza. Traité de la réforme de l'entendement: Gallimard; 1952.
34. Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique: Vrin; 1948.
35. Beauvoir Sd. Pour une morale de l'ambiguïté II: Gallimard, Les Essais; 1947.
36. Baudelaire C. De l'essence du rire: Livre de poche; 1992.
37. Freud. Psychopathologie de la vie quotidienne: Petite Bibliothèque Payot; 1983.
38. Nietzsche. Le Gai Savoir: Livre de poche; 1993.
39. Jeanson F. Signification humaine du rire. Les temps modernes.
40. Jankélévitch V. L'ironie: Alcan; 1936.
41. Voltaire. Dictionnaire philosophique: Imprimerie nationale; 1994.
42. Kierkegaard. Le concept d'ironie constamment rapporté à Socrate 18 Juillet 1941.
43. Estelrich J. Préface de Don Quichotte: Stock; 1948.
44. Breton A. Anthologie de l'humour noir 1940.
45. Freud. Inhibition, symptôme et angoisse 1926.
46. Lachman F, editor. Umoreismo e spontaneità nella situazione psicoanalitica. Nello spirito della ricerca: Psiconalisi e comunicazione; Janvier 2003; Rome.
47. Stern D, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyonsruth K, Morgan AC, et al. Non-interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The "Something More" than Interpretation. The International Journal of Psychoanalysis. 1998;79:903-20.
48. Kohut H, Goldberg A, Paul E. How does Analysis Cure? . Press UoC, editor. Chicago 1984.
49. Freud S. "L'humour" dans L'inquiétante étrangeté et autres essais. Gallimard, editor 1985.
50. Lacan J. Les Ecrits. Seuil, editor 1966.
51. Schimel J. The Function of Wit and Humor in Psychoanalysis. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 1978;6:369-79.
52. Schimel JL. Reflections on the function of Humor in Psychotherapy, especially with adolescents; dans: "Advances in humor and psychotherapy". W.A. FWFJaS, editor. Sarasota, Floride 1993.
53. Sibony D. Le sens du rire et de l'humour. Jacob O, editor. Paris 2010.

54. Winnicott DW. "La capacité d'être seul", dans De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot Sdlh, editor1958.
55. Freud. "L'humour", Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient et L'humour: Gallimard; 1930.
56. Elkaim M. Si tu m'aimes, ne m'aime pas: pourquoi ne m'aimes-tu pas, toi qui prétends m'aimer?: Approche systémique et psychothérapies. Seuil L, editor. Paris1989.
57. Bateson G. Vers une écologie de l'esprit. Seuil, editor1977.
58. Frankl VE. Paradoxical Intention. American Journal of Psychotherapy. 1960;14:520.
59. G. Bateson DJ, J. Haley, J. Weakland. Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1956;1:251-64.
60. Deneux A, Poudat F-X, Servillat T, Vénisse J-L. Les psychothérapies: approches plurielles: Elsevier-Masson; 2009.
61. Stern D. Le moment présent en psychothérapie: un monde dans un grain de sable. Jacob O, editor. PARIS2003.
62. Watzlawick P, Helwick-Beavin, J. et Jackson, D. Une logique de la communication1972.
63. Fry WF. Sweet Madness: A Study of Humour. Books P, editor. Palo Alto1963.
64. Panichelli C. L'humour en psychothérapie: le recadrage peut-il être recadrôle? Thérapie Familiale. 2006;27(4):399-418.
65. Erikson M. Indirect hypnotic therapy of an enuretic couple. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1954;2:171-4.
66. Haley J. Ordeal Therapy. Jossey-Mass, editor. San Francisco1984.
67. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Changements: Paradoxes et psychothérapie. Seuil L, editor. Paris1975.
68. Benoit JC, Malarewicz JA, Beaujean J, Colas Y, Kannas S. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. ESF, editor. Paris1988.
69. Burbridge R. The Nature and Potential of Therapeutic Humor. Californian Institute of Asian Studies1978.
70. Morreall J. The Philosophy of Laughter Humor. Albany S, editor. New-York1987.

71. Madanes C. Finding the humorous alternative, dans: Behind the One Way Mirror. Publishers WS, editor.
72. Nardone G, Watzlawick P. Brief Strategic Therapy: Philosophy, Technique and Research. Publishers RaL, editor. Maryland, USA2005.
73. Gross JJ. Antecedent - and reponse - focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993;74(1):224-37.
74. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*. 2006;27(2):155-68.
75. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations, dans "Handbook of Emotion Regulation. New York: Guilford; 2007.
76. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39(3):281-91.
77. Fischer AH, Manstead ASR, Evers C, Timmers M, Valks G. Motives and norms underlying emotion regulation, dans "The regulation of emotion". Feldman PPeRS, editor. Mahwah, New Jersey: P. Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
78. Levesque J, Eugene F, Joannette Y, Paquette V, Mensour B, Beaudoin G. Neural circuitry underlying voluntary suppression of sadness. *Biol Psychiatry*. 2003;53(6):502-10.
79. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 2004;55:745-74.
80. Grandey AA. When the "show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*. 2003;46(1):86-96
81. Grandey AA, Brauburger AL. The emotion regulation behind the customer service smile. In: Jossey-Bass SF, editor. *Emotions in the Workplace: Understanding the Structure and Role of Emotions in Organizational Behavior*2002. p. 260-94.
82. Grandey AA, Dickter DN, Sin HP. The customer is not always right: Customer aggression and emotion regulation of service employees. *Journal of Organizational Behavior*. 2004;25:397-418.

83. Grandey AA, Fisk GM, Steiner DD. Must "service with a smile" be stressful? The moderating role of personal control of American and French employees. *Journal of Applied Psychology*. 2005;90(5):893-904.
84. Grandey AA, Tam AP, Brauburger AL. Affective states and traits in workplace: Diary and survey data from young workers. *Motivation And Emotion*. 2002;26(1):31-55.
85. Parrot WG. Implications of dysfunctional emotions for understanding how emotions function. *Review of General Psychology*. 2002;5:180-6.
86. Catanzaro SJ, Greenwood G. Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Consulting Psychology*. 1994;41:34-44.
87. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;85:348-62.
88. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using Trait-Meta-Mood Scale, dans: "Emotion, Disclosure, and Health". Washington, DC: APA: J.W. Pennebaker; 1995.
89. Denham SA. *Emotional Development in Young Children*. New York: Guilford 1998.
90. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990;9:185-211.
91. Goleman D. *Emotional Intelligence, Why it matters more than IQ*. New York: Bantam Books 1995.
92. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? dans : "Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications". New York: Basic Books 1997.
93. Ekman P, Friesen WV. *Unmasking the Face: A Guide to Recognizing the Emotions from Facial Cues*. NJ: Prentice Hall: Englewood Cliffs; 1975.
94. Nowicki SJ, Mitchell J. Accuracy in identifying affect in child and adults faces and voices and social competence in preschool children. *Genetic, social, and General Psychology Monographs*. 1998;124:39-59.

95. Johnstone T, Reekum CMV, Scherer KR. Vocal expression correlates of appraisal precesses, dans : "Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research". New York: Oxford University Press; 2001.
96. Frijda NH. The laws of emotion. *American Psychologist*. 1988;43:349-58.
97. Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE, Walker PA, Zeitlin SB. The levels of emotional awarness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*. 1990;55:124-34.
98. Roseman IJ. Cognitive determinants of emotion: A structural theory. *Review of Personality and Social Psychology*, P Shaver (ed). 1984;5:11-36.
99. Isen AM, Daubman KA. The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984;47:1206-17.
100. Isen AM, Daubman KA, Nowicki GP. Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52(6):1122-31.
101. Palfai TP, Salovey P. The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning. *Imagination, Cognition and Personality*. 1993;13:57-71.
102. Izard CE. Emotional Intelligence of adaptative emotions? *Emotion*. 2001;1:249-57.
103. Averill JR, Nunley EP. *Voyages of the Heart: Living an Emotionally Crative Life*. New York: Free Press; 1992.
104. Parrott WG. Implications of dysfunctional emotions for understanding how emotions function. *Review of General Psychology*. 2002;5:180-6.
105. Brackett MA, Mayer JD, Warner RM. Emotional Intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*. 2004;36:1387-402.
106. Lopes PN, Salovey P, Straus R. Emotional Intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*. 2003;35:641-59.
107. P.N. Lopes, M.A. Brackett, J.B. Nezlek, A. Schutz, I. Sellini, Salovey P. Emotional intelligence and social interaction *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2004;30:1018-34.
108. Lopes PN, Côté S, Grewal D, Kadis J, Gall M, Salovey P. Evidence that Emotional Intelligence is related to job performance and affect and attitudes at

- work. *Psicothema*. 2006;45:129-35.
109. Bar-On R. The EQ-I: Bar-On Emotional Quotient Inventory, technical manual. Systems M-H, editor 1997.
 110. Boyatzis R, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory, dans: "Handbook of Emotional Intelligence". San Francisco: Jossey-Bass 2000.
 111. R.A. Martin, P. Puhlik-Doris, G. Larsen, J. Gray, Weir K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*. 2003;37:48-75.
 112. Jeremy A. Yip RAM. Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality*. 2006;40:1202-8.
 113. Martin NAKeRA. Humor and self-concept. *Humor: International Journal of Humor Research*. 1993;6(3):251-70.
 114. P.A. Vernon, R.A. Martin, J.A. Schermer, Mackie A. A behavioral genetic investigation of humor styles and their correlations with the the big five personality dimensions. *Personality and Individual Differences*. 2008;44:1116-25.
 115. L. Veselka, J.A. Schermer, R.A. Martin, Vernon PA. Relations between humor styles and the Dark Triad traits of personality. *Personality and Individual Differences*. 2010.
 116. N.A. Kuiper, M. Grimshaw, C. Leite, Kirsh G. Humor is not always the best medicine: specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research*. 2004;17:135-68.
 117. W. Ruch GK, C. Van Thriel. Assessing the humorous temperament: Construction of the state-trait-cheerfulness-inventory STCI. *Humor: International Journal of Humor Research*. 1996;9:303-39.
 118. Ruch W, Kohler G. A temperament approach to humor, dans: "The sense of humor: Explorations of a personality characteristic. New York: Mouton de Gruyter; 1998.
 119. M. Argyle, Lu L. Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences*. 1990;11:1255-61.

120. R.M. Furr, Funder DC. A multimodal analysis of personal negativity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990;74:1580-91.
121. Farrelly. *La thérapie provocatrice: Satas*.
122. Watzlawick P, Helwick-Beavin J, Jackson D. *Une logique de la communication*. Seuil L, editor. Paris1972.
123. DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson, editor. Paris1995.
124. Johnston RA. Humor: a preventive health strategy. *International Journal for the Advancement of Counseling*. 1990;13:257-65.
125. Overholser JC. Sense of Humor when coping with life stress. *Personality and Individual Differences*. 1992;13(7):799-804.
126. Joshua AM, Cotroneo A, Clarke S. Humor and oncology. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(3):645-8.
127. Rosenheim E. Humor in psychotherapy: an interactive experience. *American Journal of Psychotherapy*. 1974;28(2):584-91.
128. Schnarch DM. Therapeutic uses oh humor in psychotherapy. *Journal of Family Psychotherapy*. 1990;1(1):75-86.
129. Kubie LS. The destructive potential of humor in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*. 1971;127(7):861-6.
130. Melchior T. *Créer le réel*. Seuil L, editor. Paris1998.
131. Saroglou V. Religion and sense of humor: an a priori incompatibility? Theoretical considerations from a psychological perspective. *Humor*. 2002;15(2):191-214.
132. Reynes RL, Allen A. Humor in Psychotherapy: a view. *American Journal of Psychotherapy*. 1987;XLI(2):260-70.
133. Ausloos G. *La compétence des familles*. ESF, editor. Paris1995.
134. Minuchin S. *Familles en thérapie*. Erès, editor. Ramonville1974-2002.
135. Cap D, Vanandruel C. *Les clowns à l'hôpital, ou le rire pour thérapie 10:14*, editor. Bruxelles-Santé1998.
136. Franzini LR. Humor in therapy: the case for training therapists in its uses and risks. *Journal of General Psychology*. 2001;128(2):170-93.
137. Thomas HBG. Resolving the humor question. *American Journal of Psychiatry*.

- 1971;128(6):785.
138. Napier A, Whitaker C. Le creuset familial. Laffont R, editor. Saint-Armand-Montrond (Cher)1980.
 139. Rosenheim E, Golan G. Patient's reactions to humorous interventions in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 1986;XL(1):110-24.
 140. Richman J. Points of correspondence between humor and psychotherapy. *Psychotherapy*. 1996;33(4):560-6.
 141. Andolfi M, Angelo C, Andolfi MDN. Temps et mythe en psychothérapie familiale. ESF, editor. Paris1987-1990.
 142. Andolfi M, Angelo C, Menghi P, Nicolo A-M, Giacometti K. La forteresse familiale. Bordas, editor. Paris1982-1985.
 143. Ritchie G. The structure of forced reinterpretation jokes, dans *Proceeding of April Fool's Day Workshop on computational Humor*. O. Stock CS, A Nyholt, editor. University of Twente, Enschede, Netherlands2002.
 144. Flaskas C. A reframe by any other name: on the process of reframing in strategic, Milan and Analytic therapy. *Journal of Family Therapy*. 1992;14:145-61.
 145. Yorukoglu A. Favorite jokes and their use in psychotherapy with children and parents, dans "Advances in humor and psychotherapy". W.A. FWFJaS, editor. Sarasota, Floride1993.
 146. Goldbeter-Merinfeld E. Le deuil impossible. Famille et tiers pesants. DeBoeck, editor. Bruxelles2005.
 147. Whitaker C, Sluzki C, Boscolo L, Elkaïm M. Simulation d'un entretien de thérapie familiale. Dans : *La thérapie familiale en changement*. rond Ledpe, editor. Paris1999-2006.
 148. Elkaim M. A quel psy se vouer? psy C, editor. Paris2003.
 149. Lambert MJ. Implications of outcome research for the psychotherapy integration, dans : "Handbook of psychotherapy integration". New York1992.
 150. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy noch-einmal, dans: "Handbook of psychotherapy and behavior change. Garfield AEBesL, editor. New York, Wiley1994.
 151. Rogers C. Client centered therapy: Its current practice, theory, and implications.

- Robinson, editor. Chicago, IL: Houghton Mifflin 1951.
152. Horvath AO, Luborsky L. The role of the alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61:561-73.
 153. Meador B, Rogers C. Person-centered therapy, dans : "Current psychotherapies". Corsini RJ, editor. IL: Peacock 1979.
 154. Wolberg L. The technique of psychotherapy. Stratton Ga, editor. New York 1977.
 155. Doherty WJ, Simmons DS. Clinical practice patterns of marriage and family therapy: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy*. Janvier 1995;21(1):3-16.
 156. Doherty WJ, Simmons DS. Clinical practice patterns of marriage and family therapy: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy*. Janvier 1996;22(1):9-26.
 157. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy; dans : "Handbook of psychotherapy and behavior change". Garfield AEBaSL, editor. New-York: Wiley 1994.
 158. Shadish WR, Montgomery LM, Wilson P, Wilson MR, Bright I, Okwumabua T. Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61:992-1002.
 159. Garfield SL. Eclectism and integration un psychotherapy. *Behavior Therapy*. 1982;13:610-23.
 160. Health RotRTFotNloM. Research in the service of mental health. DHEW, editor. Rockville 1975.
 161. Watzlawick P. If you desire to see, learn how to act. The evolution of psychotherapy. Zeig J, editor. New York: Brunner/Mazel 1986.
 162. Smith D. Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*. 1982;37:802-9.
 163. Watkins CEJ, Lopez FG, Campbell VL, Himmell CD. Contemporary counseling psychology: Results of a national survey. *Journal of Counseling Psychology*. 1986;33:301-9.
 164. Frank JD. Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Press MJHU, editor. Baltimore 1973.
 165. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods in

- psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1936;6:412-5.
166. Strupp H, Hadley SW, Gomez-Schwartz B. Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*. 1974;36(1125-1136).
 167. Prochaska JO. Common Problems: Common Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995;2:101-5.
 168. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *American Psychologist*. 1992;47:1102-14.
 169. Garfield SL. Research on variables in psychotherapy, dans "Handbook of psychotherapy and behavior change". Garfield AEB, editor. New York, Wiley1994.
 170. Rabkin R. Strategic psychotherapy: Brief and symptomatic treatment. New York: Meridian1983.
 171. Seligman MEP. Helplessness: On depression, development, and death. Freeman C, editor. San Francisco1975.
 172. Seligman MEP. Apprendre l'optimisme InterEditions, editor1994.
 173. Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Press MJHU, editor. Baltimore1991.
 174. Murphy PM, Cramer D, Lillie FJ. The relationship between curative factors perceived by patients in psychotherapy of depression: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*. 1984;57:187-92.
 175. Snyder CR, Irving LM, Anderson JR. Hope and Health, dans "Handbook of social and clinical psychology". Forsyth CRSeDR, editor. New York: Pergamon1991.
 176. O'Regan B. Placebo: The hidden asset in healing. *Investigations: A Research Bulletin*. 1985;2(1):1-3.
 177. Butler SF, Strupp HH. Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*. 1986;23:30-40.
 178. Marcelli D. La surprise, chatouille de l'âme. Michel A, editor. Paris2006.
 179. Nardone G, Portelli C. Knowing through Changing: The Evolution of Brief Strategic Therapy. House CP, editor. UK2005.

180. Markus H, Nurius P. Possible selves. *American Psychologist*. 1986;41:954-69.
181. Perloff LS. Perceptions of vulnerability to victimization. *Journal of Social Issues*. 1983;39:41-61.
182. Weinstein ND. Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*. 1984;3:431-57.
183. Weinstein ND. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*. 1982;5:441-60.
184. Weinstein ND. Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;39:806-20.
185. Taylor SE, Wayment HA, Collins MA. Positive illusions and affect regulation, dans: "Handbook of mental control". Pennebaker DMWeJW, editor. NJ: Prentice-Hall1993.
186. Ansbacher H, Ansbacher R. The individual psychology of Alfred Adler. New York1956.
187. Hardy G. S'il te plaît ne m'aides pas. Erès, editor. Ramonville Saint Agne2001.
188. Nardone G, Salvini A. Il Dialogo Strategico: Comunicare persuadendo: tecniche evolute per il cambiamento. Grazie Pa, editor. Milan2004.
189. Bandura A. Social foundations of thought and action. Cliffs E, editor. NJ: Prentice-Hall1986.
190. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*. 1977;84:191-215.
191. Kral R, Kowalski K. After the miracle: The second stage in solution-focused brief therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*. 1989;8(2-3):73-6.
192. P.J. Watson, T. Little, S.M. Sawrie, Biderman MD. Measures of narcissic personality: complexity of relationships with self-esteem and empathy. *Journal of Personality Disorders*. 1992;6:434-49.
193. Hickman SE, P.J. Watson, Morris RJ. Optimism, pessimism and the complexity of narcissism. *Personality and Individual Differences*. 1996;20:521-5.
194. F. Ali, I.S. Amorim, Chamorro-Premuzic T. Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and machiavellianism. *Personality and Individual Differences*. 2009;47:758-62.

Bibliographie (Par ordre alphabétique)

- (1995). DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris.
- Abel, M. (2002). "Humor, stress, and coping strategies." Humor: International Journal of Humor Research **15**(4): 365-381.
- Ali F., I.S. Amorim and T. Chamorro-Premuzic (2009). "Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and machiavellianism." Personality and Individual Differences **47**: 758-762.
- Andolfi, M., C. Angelo and M. De Nichilo Andolfi (1987-1990). Temps et mythe en psychothérapie familiale. Paris.
- Andolfi, M., C. Angelo, P. Menghi, A.-M. Nicolo and K. Giacometti (1982-1985). La forteresse familiale. Paris.
- Ansbacher, H. and R. Ansbacher (1956). The individual psychology of Alfred Adler. New York.
- Argyle M., and L. Lu (1990). "Happiness and social skills." Personality and Individual Differences **11**: 1255-1261.
- Aristote (1959). Éthique à Nicomaque, Vrin.
- Ausloos, G. (1995). La compétence des familles. Paris.
- Averill, J. R. and E. P. Nunley (1992). Voyages of the Heart: Living an Emotionally Crative Life. New York, Free Press.
- Bachelard, G. (1948). La formation de l'esprit scientifique, Vrin.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change." Psychological Review **84**: 191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. NJ: Prentice-Hall.
- Bar-On, R. (1997). The EQ-I: Bar-On Emotional Quotient Inventory, technical manual.
- Bateson, G. (1977). Vers une écologie de l'esprit.
- Bateson G., D. Jackson, J. Haley, J. Weakland (1956). "Toward a theory of schizophrenia." Behavioral Science **1**: 251-264.
- Baudelaire, C. (1992). De l'essence du rire, Livre de poche.
- Beauvoir, S. d. (1947). Pour une morale de l'ambiguïté II, Gallimard, Les Essais.
- Benoit, J. C., J. A. Malarewicz, J. Beaujean, Y. Colas and S. Kannas (1988). Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. Paris.

- Bergson, H. (1924). *Le rire. Essai sur la signification du comique*. Paris.
- Boyatzis, R., D. Goleman and K. Rhee (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory, dans: "Handbook of Emotional Intelligence". San Francisco: Jossey-Bass.
- Brackett, M. A., J. D. Mayer and R. M. Warner (2004). "Emotional Intelligence and its relation to everyday behavior." Personality and Individual Differences **36**: 1387-1402.
- Breton, A. (1940). *Anthologie de l'humour noir*.
- Burbridge, R. (1978). *The Nature and Potential of Therapeutic Humor*. Californian Institute of Asian Studies.
- Butler, S. F. and H. H. Strupp (1986). "Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research." Psychotherapy **23**: 30-40.
- Cap, D. and C. Vanandrueel (1998). *Les clowns à l'hôpital, ou le rire pour thérapie* Bruxelles-Santé.
- Carroll, J. and J. Schmidt (1992). "Correlation between humorous coping style and health." Psychological Reports **70**(2): 402.
- Catanzaro, S. J. and G. Greenwood (1994). "Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students." Journal of Consulting Psychology **41**: 34-44.
- Chapman, A. J. and H. C. Foot (1977). It's a funny thing humor. Oxford, Pergamon Press.
- Deneux, A., F.-X. Poudat, T. Servillat and J.-L. Vénisse (2009). Les psychothérapies: approches plurielles, Elsevier-Masson.
- Denham, S. A. (1998). *Emotional Development in Young Children*. New York: Guilford.
- Dillon, K. and M. Totten (1989). "Psychological factors, immunocompetence, and health of breast-feeding mothers and their infants." Journal of Genetic Psychology **150**(2): 155-162.
- Doherty, W. J. and D. S. Simmons (Janvier 1995). "Clinical practice patterns of marriage and family therapy: A national survey of therapists and their clients." Journal of Marital and Family Therapy **21**(1): 3-16.

- Doherty, W. J. and D. S. Simmons (Janvier 1996). "Clinical practice patterns of marriage and family therapy: A national survey of therapists and their clients." Journal of Marital and Family Therapy **22**(1): 9-26.
- Dunn, B. (1993). "Use of therapeutic humor by psychiatric nurses." British Journal of Nursing **2**(9): 468-473.
- Eiguier A. (2001). Du bon usage du narcissisme, Bayard Editions Psychologie.
- Ekman, P. and W. V. Friesen (1975). *Unmasking the Face: A Guide to Recognizing the Emotions from Facial Cues*. NJ: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Elkaim, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas: pourquoi ne m'aimes-tu pas, toi qui prétends m'aimer?: Approche systémique et psychothérapies*. Paris.
- Elkaim, M. (2003). *A quel psy se vouer?* Paris.
- Erikson, M. (1954). "Indirect hypnotic therapy of an enuretic couple." Journal of Clinical and Experimental Hypnosis **2**: 171-174.
- Escarpit, R. L'humour, Presses universitaires de France.
- Estelrich, J. (1948). *Préface de Don Quichotte*, Stock.
- Farrelly F. *La thérapie provocatrice*, Satas.
- Fischer, A. H., A. S. R. Manstead, C. Evers, M. Timmers and G. Valks (2004). *Motives and norms underlying emotion regulation*, dans "The regulation of emotion". Mahwah, New Jersey, P. Lawrence Erlbaum Associates.
- Flaskas, C. (1992). "A reframe by any other name: on the process of reframing in strategic, Milan and Analytic therapy." Journal of Family Therapy **14**: 145-161.
- Folkman, S. and J. T. Moskowitz (2004). "Coping: pitfalls and promise." Annual Review of Psychology **55**: 745-774.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore.
- Frank, J. D. and J. B. Frank (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore.
- Frankl, V. E. (1960). "Paradoxical Intention." American Journal of Psychotherapy **14**: 520.
- Franzini, L. R. (2001). "Humor in therapy: the case for training therapists in its uses and risks." Journal of General Psychology **128**(2): 170-193.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*.

- Freud, S. (1930). "L'humour", Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient et L'humour, Gallimard.
- Freud, S. (1954). Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient, Gallimard, Les Essais.
- Freud S. (1983). Psychopathologie de la vie quotidienne, Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1985). "L'humour" dans L'inquiétante étrangeté et autres essais.
- Friedman H.S. and al. (1993). "Does childhood personality predict longevity?" Journal of Personality and Social Psychology **65**: 176-185.
- Frijda, N. H. (1988). "The laws of emotion." American Psychologist **43**: 349-358.
- Fry, W. F. (1963). Sweet Madness: A Study of Humour. Palo Alto.
- Fry, W. F. (1992). "The physiologic effects of humor, mirth and laughter." Jama **267**(13): 1857-1858.
- Furr R.M. and D. C. Funder (1990). "A multimodal analysis of personal negativity." Journal of Personality and Social Psychology **74**: 1580-1591.
- Garfield, S. L. (1982). "Eclectism and integration un psychotherapy." Behavior Therapy **13**: 610-623.
- Garfield, S. L. (1994). Research on variables in psychotherapy, dans "Handbook of psychotherapy and behavior change". New York, Wiley.
- Ghee, P. E. M. and J. H. Goldstein (1983). Handbook of humor research. New York, Springer Verlag.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2005). Le deuil impossible. Famille et tiers pesants. Bruxelles.
- Goldstein, J. H. and P. E. M. Ghee (1972). The psychology of humor. New York, Academic Press.
- Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence, Why il matters more than QI. New York: Bantam Books.
- Grandey, A. A. (2003). "When the "show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery." Academy of Managment Journal **46**(1): 86-96
- Grandey, A. A. and A. L. Brauburger (2002). The emotion regulation behind the customer service smile. Emotions in the Workplace: Understanding the Strucutre and Role of Emotions in Organizational Behavior. S. F. Jossey-

- Bass: 260-294.
- Grandey, A. A., D. N. Dickter and H. P. Sin (2004). "The customer is not always right: Customer aggression and emotion regulation of service employees." Journal of Organizational Behavior **25**: 397-418.
- Grandey, A. A., G. M. Fisk and D. D. Steiner (2005). "Must "service with a smile" be stressful? The moderating role of personal control of American and French employees." Journal of Applied Psychology **90**(5): 893-904.
- Grandey, A. A., A. P. Tam and A. L. Brauburger (2002). "Affective states and traits in workplace: Diary and survey data from young workers." Motivation And Emotion **26**(1): 31-55.
- Gross, J. J. (1993). "Antecedent - and reponse - focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology." Journal of Personality and Social Psychology **74**(1): 224-237.
- Gross, J. J. (2002). "Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences." Psychophysiology **39**(3): 281-291.
- Gross, J. J. and O. P. John (2003). "Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being." Journal of Personality and Social Psychology **85**: 348-362.
- Gross, J. J. and R. A. Thompson (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations, dans "Handbook of Emotion Regulation. New York, Guilford.
- Guirlinger, L. (1999). De l'ironie à l'humour, un parcours philosophique, Editions Pleins Feux, Nantes.
- Haley, J. (1984). Ordeal Therapy. San Francisco.
- Hardy, G. (2001). S'il te plaît ne m'aides pas. Ramonville Saint Agne.
- Harries, G. (1995). "Use of humor in patient care." British Journal of Nursing **4**(17): 984-986.
- Health, Report of the Research Task Force of the National Institute of Mental Health (1975). Research in the service of mental health. Rockville.
- Hickman, S. E., P.J. Watson and R. J. Morris (1996). "Optimism, pessimism and the complexity of narcissism." Personality and Individual Differences **20**: 521-525.
- Horvath, A. O. and L. Luborsky (1993). "The role of the alliance in psychotherapy." Journal of Consulting and Clinical Psychology **61**: 561-573.

- Isen, A. M. and K. A. Daubman (1984). "The influence of affect on categorization." Journal of Personality and Social Psychology **47**: 1206-1217.
- Isen, A. M., K. A. Daubman and G. P. Nowicki (1987). "Positive affect facilitates creative problem solving." Journal of Personality and Social Psychology **52(6)**: 1122-1131.
- Izard, C. E. (2001). "Emotional Intelligence of adaptative emotions?" Emotion **1**: 249-257.
- Jankélévitch, V. (1936). L'ironie, Alcan.
- Jeanson, F. "Signification humaine du rire." Les temps modernes.
- Jeremy A. Yip, R. A. M. (2006). "Sense of humor, emotional intelligence, and social competence." Journal of Research in Personality **40**: 1202-1208.
- Johnston, R. A. (1990). "Humor: a preventive health strategy." International Journal for the Advancement of Counseling **13**: 257-265.
- Johnstone, T., C. M. V. Reekum and K. R. Scherer (2001). Vocal expression correlates of appraisal precesses, dans : "Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research". New York, Oxford University Press.
- Joshua, A. M., A. Cotroneo and S. Clarke (2005). "Humor and oncology." Journal of Clinical Oncology **23(3)**: 645-648.
- Kerckänen P. , N. A. Kuiper., R.A. Martin, (2004). "Sense of humor, physical health, and well-being at work: A three-year longitudinal stuty of Finnish police officers." Humor: International Journal of Humor Research **17 (1/2)**(21- 36).
- Kierkegaard (18 Juillet 1941). Le concept d'ironie constamment rapporté à Socrate.
- Kohut, H., A. Goldberg and E. Paul (1984). How does Analysis Cure?. Chicago.
- Kral, R. and K. Kowalski (1989). "After the miracle: The second stage in solution-focused brief therapy." Journal of Strategic and Systemic Therapies **8(2-3)**: 73-76.
- Kubie, L. S. (1971). "The destructive potential of humor in psychotherapy." The American Journal of Psychiatry **127(7)**: 861-866.
- Kuiper, N. A. and R. A. Martin (1993). "Humor and self-concept." Humor: International Journal of Humor Research **6(3)**: 251-270.
- Kuiper, N. A. and R. A. Martin (1998). Is sense of humor a positive personality characteristic? dans "The sense of humor: Explorations of a personality

- characteristic. New York, W. Ruch.
- Kuiper, N. A., R. A. Martin and K. Dance (1992). "Sense of humor and enhanced quality of life." Personality and Individual Differences **13**(12): 1273-1283.
- Kuiper, N. A., R. A. Martin and L. J. Olinger (1993). "Coping humor, stress, and cognitive appraisals." Canadian Journal of Behavioral Science **25**: 81-96.
- Kuiper, N. A., S. McKenzie and K. Belanger (1995). "Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor: Motivational and affective implications." Personality and Individual Differences **19**(3): 359-372.
- Kuiper N.A. , M. Grimshaw, C. Leite and G. Kirsh (2004). "Humor is not always the best medicine: specific components of sense of humor and psychological well-being." Humor: International Journal of Humor Research **17**: 135-168.
- Kuiper N.A and S. Nicholl (2004). "Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health " Humor: International Journal of Humor Research **17 (1/ 2)**: 37-66.
- Lacan, J. (1966). Les Ecrits.
- Lachman, F. (Janvier 2003). Umorismo e spontaneità nella situazione psicoanalitica.
Nello spirito della ricerca: Psiconalisi e comunicazione, Rome.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for the psychotherapy integration, dans : "Handbook of psychotherapy integration". New York.
- Lambert, M. J. and A. E. Bergin (1994). The effectiveness of psychotherapy; dans : "Handbook of psychotherapy and behavior change". New-York: Wiley.
- Lane, R. D., D. M. Quinlan, G. E. Schwartz, P. A. Walker and S. B. Zeitlin (1990). "The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion." Journal of Personality Assessment **55**: 124-134.
- Lefcourt, H. M. (2001). Humor: The psychology of living buoyantly, New-York: Kluwer Academic.
- Levesque, J., F. Eugene, Y. Joannette, V. Paquette, B. Mensour and G. Beaudoin (2003). "Neural circuitry underlying voluntary suppression of sadness." Biol Psychiatry **53**(6): 502-510.
- Long D.L., and A. C. Graesser (1988). "Wit and humor in discourse processing." Discourse processes **11**: 35-60.
- Lopes P.N., M.A. Brackett, J.B. Nezlek, A. Schutz, I. Sellini and P. Salovey (2004).

- "Emotional intelligence and social interaction " Personality and Social Psychology Bulletin **30**: 1018-1034.
- Lopes, P. N., S. Côté, D. Grewal, J. Kadis, M. Gall and P. Salovey (2006). "Evidence that Emotional Intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work." Psicothema **45**: 129-135.
- Lopes, P. N., P. Salovey and R. Straus (2003). "Emotional Intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships." Personality and Individual Differences **35**: 641-659.
- Madanes, C. Finding the humorous alternative, dans: Behind the One Way Mirror.
- Mallet, J. (1993). "Use of humor and laughter in patient care." British Journal of Nursing **2**(3): 172-175.
- Marcelli, D. (2006). La surprise, chatouille de l'âme. Paris.
- Markus, H. and P. Nurius (1986). "Possible selves." American Psychologist **41**: 954-969.
- Martin, R. A. (2002). "Is laughter the best medicine? Humor, laughter, and physical health." Current Directions in Psychological Science **11**(6): 216-220.
- Martin R.A., P. Puhlik-Doris, G. Larsen, J. Gray and K. Weir (2003). "Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire." Journal of Research in Personality **37**: 48-75.
- Mayer, J. D. and P. Salovey (1997). What is emotional intelligence? dans : "Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications". New York: Basic Books.
- Meador, B. and C. Rogers (1979). Person-centered therapy, dans : "Current psychotherapies". IL: Peacock.
- Melchior, T. (1998). Créer le réel. Paris.
- Minuchin, S. (1974-2002). Familles en thérapie. Ramonville.
- Morreall, J. (1987). The Philosophy of Laughter Humor. New-York.
- Murphy, P. M., D. Cramer and F. J. Lillie (1984). "The relationship between curative factors perceived by patients in psychotherapy of depression: An exploratory study." British Journal of Medical Psychology **57**: 187-192.
- Napier, A. and C. Whitaker (1980). Le creuset familial. Saint-Armand-Montrond

- (Cher).
- Nardone, G. and C. Portelli (2005). *Knowing through Changing: The Evolution of Brief Strategic Therapy*. UK.
- Nardone, G. and A. Salvini (2004). *Il Dialogo Strategico: Comunicare persuadendo: tecniche evolute per il cambiamento*. Milan.
- Nardone, G. and P. Watzlawick (2005). *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Technique and Research*. Maryland, USA.
- Nezlek, J. and P. Derks (2001). "Use of humor as coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction." *Humor: International Journal of Humor Research* **14**(4): 395-413.
- Nietzsche (1993). *Le Gai Savoir*, Livre de poche.
- Nowicki, S. J. and J. Mitchell (1998). "Accuracy in identifying affect in child and adults faces and voices and social competence in preschool children." *Genetic, social, and General Psychology Monographs* **124**: 39-59.
- O'Regan, B. (1985). "Placebo: The hidden asset in healing." *Investigations: A Research Bulletin* **2**(1): 1-3.
- Orlinsky, D. E., K. Grawe and B. K. Parks (1994). Process and outcome in psychotherapy noch-einmal, dans: "Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, Wiley.
- Overholser, J. C. (1992). "Sense of Humor when coping with life stress." *Personality and Individual Differences* **13**(7): 799-804.
- Palfai, T. P. and P. Salovey (1993). "The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning." *Imagination, Cognition and Personality* **13**: 57-71.
- Panichelli, C. (2006). "L'humour en psychothérapie: le recadrage peut-il être recadrôle?" *Thérapie Familiale* **27**(4): 399-418.
- Parrot, W. G. (2002). "Implications of dysfunctional emotions for understanding how emotions function." *Review of General Psychology* **5**: 180-186.
- Parrott, W. G. (2002). "Implications of dysfunctional emotions for understanding how emotions function." *Review of General Psychology* **5**: 180-186.
- Perloff, L. S. (1983). "Perceptions of vulnerability to victimization." *Journal of Social Issues* **39**: 41-61.

- Prochaska, J. O. (1995). "Common Problems: Common Solutions." Clinical Psychology: Science and Practice **2**: 101-105.
- Prochaska, J. O., C. C. DiClemente and J. C. Norcross (1992). "In search of how people change." American Psychologist **47**: 1102-1114.
- Rabkin, R. (1983). Strategic psychotherapy: Brief and symptomatic treatment. New York: Meridian.
- Reynes, R. L. and A. Allen (1987). "Humor in Psychotherapy: a view." American Journal of Psychotherapy **XLI**(2): 260-270.
- Richman, J. (1996). "Points of correspondence between humor and psychotherapy." Psychotherapy **33**(4): 560-566.
- Ritchie, G. (2002). The structure of forced reinterpretation jokes, dans Proceeding of April Fool's Day Workshop on computational Humor. University of Twente, Enschede, Netherlands.
- Rogers, C. (1951). Client centered therapy: Its current practice, theory, and implications. Chicago, IL: Houghton Mifflin.
- Roseman, I. J. (1984). "Cognitive determinants of emotion: A structural theory." Review of Personality and Social Psychology, P. Shaver (ed) **5**: 11-36.
- Rosenheim, E. (1974). "Humor in psychotherapy: an interactive experience." American Journal of Psychotherapy **28**(2): 584-591.
- Rosenheim, E. and G. Golan (1986). "Patient's reactions to humorous interventions in psychotherapy." American Journal of Psychotherapy **XL**(1): 110-124.
- Rosenzweig, S. (1936). "Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy." American Journal of Orthopsychiatry **6**: 412-415.
- Rotton, J. (1992). "Trait humor and longevity: Do comics have the last laugh?" Health Psychology **11**: 262-266.
- Rubinstein, H. (1983). Psychosomatique du rire. Rire pour guérir.
- Ruch W., G. Kolher, C. Van Thriel (1996). "Assessing the humorous temperament: Construction of the state-trait-cheerfulness-inventory STCI." Humor: International Journal of Humor Research **9**: 303-339.
- Ruch, W. and G. Kohler (1998). A temperament approach to humor, dans: "The sense of humor: Explorations of a personality characteristic. New York, Mouton de Gruyter.

- Salovey, P. and J. D. Mayer (1990). "Emotional Intelligence." Imagination, Cognition and Personality **9**: 185-211.
- Salovey, P., J. D. Mayer, S. L. Goldman, C. Turvey and T. P. Palfai (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using Trait-Meta-Mood Scale, dans: "Emotion, Disclosure, and Health". Washington, DC: APA, J.W. Pennebaker.
- Saroglou, V. (2002). "Religion and sense of humor: an a priori incompatibility? Theoretical considerations from a psychological perspective." Humor **15**(2): 191-214.
- Schimel, J. (1978). "The Function of Wit and Humor in Psychoanalysis." Journal of the American Academy of Psychoanalysis **6**: 369-379.
- Schimel, J. L. (1993). Reflections on the function of Humor in Psychotherapy, especially with adolescents; dans: "Advances in humor and psychotherapy". Sarasota, Floride.
- Schnarch, D. M. (1990). "Therapeutic uses oh humor in psychotherapy." Journal of Family Psychotherapy **1**(1): 75-86.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, developpment, and death. San Francisco.
- Seligman, M. E. P. (1994). Apprendre l'optimisme
- Shadish, W. R., L. M. Montgomery, P. Wilson, M. R. Wilson, I. Bright and T. Okwumabua (1993). "Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis." Journal of Consulting and Clinical Psychology **61**: 992-1002.
- Sibony, D. (2010). Le sens du rire et de l'humour. Paris.
- Smadja, E. (1991). "Les rires pathologiques." La Gazette Médicale **98**(25): 21-28.
- Smith, D. (1982). "Trends in counseling and psychotherapy." American Psychologist **37**: 802-809.
- Snyder, C. R., L. M. Irving and J. R. Anderson (1991). Hope and Health, dans "Handbook of social and clinical psychology". New York: Pergamon.
- Spinoza (1952). Traité de la réforme de l'entendement, Gallimard.
- Stern, D. (2003). Le moment présent en psychothérapie: un monde dans un grain de sable. PARIS.
- Stern, D., L. W. Sander, J. P. Nahum, A. M. Harrison, K. Lyonsruth, A. C. Morgan, N.

- Bruschweiler-Stern and E. Tronick (1998). "Non-interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The "Something More" than Interpretation." The International Journal of Psychoanalysis **79**: 903-920.
- Strupp, H., S. W. Hadley and B. Gomez-Schwartz (1974). "Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome." Archives of General Psychiatry **36**(1125-1136).
- Sudres, J. L. (1997). "Radiographier l'humour? De la sémantique aux processus." L'humour, histoire, culture et Psychologie.
- Taylor, S. E., H. A. Wayment and M. A. Collins (1993). Positive illusions and affect regulation, dans: "Handbook of mental control". NJ: Prentice-Hall.
- Thomas, H. B. G. (1971). "Resolving the humor question." American Journal of Psychiatry **128**(6): 785.
- Vernon P.A., R.A. Martin, J.A. Schermer and A. Mackie (2008). "A behavioral genetic investigation of humor styles and their correlations with the the big five personality dimensions." Personality and Individual Differences **44**: 1116-1125.
- Veselka L., J.A. Schermer, R.A. Martin and P. A. Vernon (2010). "Relations between humor styles and the Dark Triad traits of personality." Personality and Individual Differences.
- Voltaire (1994). Dictionnaire philosophique, Imprimerie nationale.
- Watkins, C. E. J., F. G. Lopez, V. L. Campbell and C. D. Himmell (1986). "Contemporary counseling psychology: Results of a national survey." Journal of Counseling Psychology **33**: 301-309.
- Watson P.J., T. Little, S.M. Sawrie and M. D. Biderman (1992). "Measures of narcissic personality: complexity of relationships with self-esteem and empathy." Journal of Personality Disorders **6**: 434-449.
- Watzlawick, P. (1986). If you desire to see, learn how to act. The evolution of psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P., J. Helwick-Beavin and D. Jackson (1972). Une logique de la communication. Paris.
- Watzlawick, P., J. Weakland and R. Fisch (1975). Changements: Paradoxes et psychothérapie. Paris.

- Weinstein, N. D. (1980). "Unrealistic optimism about future life events." Journal of Personality and Social Psychology **39**: 806-820.
- Weinstein, N. D. (1982). "Unrealistic optimism about susceptibility to health problems." Journal of Behavioral Medicine **5**: 441-460.
- Weinstein, N. D. (1984). "Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility." Health Psychology **3**: 431-457.
- Whitaker, C., C. Sluzki, L. Boscolo and M. Elkaïm (1999-2006). Simulation d'un entretien de thérapie familiale. Dans : La thérapie familiale en changement. Paris.
- Williams, H. (1986). "Humor and healing. Therapeutic affects in geriatrics'." Gerontion **1**: 14-17.
- Winnicott, D. W. (1958). "La capacité d'être seul", dans De la pédiatrie à la psychanalyse.
- Wolberg, L. (1977). The technique of psychotherapy. New York.
- Yorukoglu, A. (1993). Favorite jokes and their use in psychotherapy with children and parents, dans "Advances in humor and psychotherapy". Sarasota, Floride.
- Zeman, J., M. Cassano, C. Perry-Parrish and S. Stegall (2006). "Emotion regulation in children and adolescents." Journal of developmental and behavioral pediatrics **27**(2): 155-168.

NOM : BASTIDE

PRENOM : STÉPHANE

**Titre de Thèse : INTERET DE LA PROVOCATION HUMORISTIQUE
EN PSYCHOTHÉRAPIE**

RESUME

L'humour et la provocation humoristique ont-ils leur place en psychothérapie? Si le terme «humour» n'a été reconnu par l'académie française qu'en 1932, l'utilisation du procédé remonte à la nuit des temps. La psychothérapie en tant qu'acte de rencontre et de co-construction d'une autre réalité plus confortable pour le patient, gagnerait terriblement à s'enrichir de cet outil. Au delà de ses aspects diagnostiques et pronostiques, il est un excellent moyen d'apaisement et un outil de recadrage essentiel. Par le biais de la surprise et du jeu, il permet de provoquer une expérience émotionnelle correctrice sur laquelle le patient pourra s'appuyer afin d'envisager sa souffrance sous un angle différent, et de créer un changement. Son emploi ne peut s'envisager sans alliance préalable, et l'éthique du thérapeute est fondamentale afin que le patient sente une intention positive derrière la provocation.

MOTS-CLES

Humour, Provocation humoristique, Psychothérapie, Alliance, Surprise, Jeu, Recadrage, Changement