

Directives pour La Thérapie de Morita en consultation externe
(version française)

Source (publié à l'origine en japonais) : 中村敬, 北西憲二, 丸山晋, 石山一舟, 伊藤克人, 立松一徳, 黒木俊秀, 久保田幹子, 橋本和幸, 市川光洋 : 外来森田療法のガイドライン, 日本森田療法学会雑誌, 20 ; 91-103, 2009.

Copyright © 2010 by Japanese society for Morita Therapy (ISSN 1881-2651)

Source (traduction française du texte ci-dessus) : Nakamura, K., Kitanishi, K., Maruyama, S., Ishiyama, I., Ito, K., Tatematsu, K., Hashimoto, K., & Ichikawa, M., (2009). Directives pour La Thérapie de Morita en consultation externe. Journal japonais de la thérapie Morita, 20, 91-103.

Traduction : Groupe de traduction française des Directives pour La Thérapie de Morita en consultation externe

Lorsque vous citez ces lignes directrices, veuillez inclure l'URL suivante (www.jps-morita.jp/pdf/guideline/guideline-fr.pdf)

I. Le processus et le but de la rédaction sur les directives

Ces directives ont été rédigées à l'académie de la thérapie de Morita du Japon (Nihon Morita Ryôhō Gakkai) lors d'un "comité pour la standardisation de la thérapie de Morita en consultation externe (non hospitalisé)". Durant ce comité l'enquête (réf. Le document n° 1) sur les moyens thérapeutiques de Morita en consultation externe a été effectué sur 102 personnes en total, y compris des membres honoraires de l'académie de la thérapie de Morita du Japon, administrateurs généraux, médecins certifiés par l'académie de la thérapie de Morita du Japon et psychothérapeutes certifiés (ninte shinri-ryôho-shi), nous avons obtenu 56 réponses valides. (le taux de réponse était de 54,9 %). Nous avons mis en ordre les résultats de cet enquête, considérant les caractéristiques communes extraites comme des éléments de base constituants de la thérapie de Morita, nous avons rédigé un avant-projet à la suite des études et des rectifications. Effectuant en plus une modification d'une partie de l'avant-projet en se fondant sur les opinions des piliers de la thérapie de Morita, nous avons achevé ces directives. Ainsi ces directives se sont basées sur le consensus des thérapeutes actuels de Morita en consultation externe.

Ces directives ont pour but de montrer les grandes lignes de la thérapie de Morita en consultation externe aux thérapeutes voulant pratiquer la thérapie de Morita, pour cette raison nous avons veillé à fournir concrètement l'essentiel de la thérapie. De plus ces directives ne sont pas données pour empêcher les procédés inventifs mis en place par chaque thérapeute, sans parler des diverses entretiens thérapeutiques possibles autres que les explications et les questions citées comme exemples ici.

II. Qu'est-ce que la thérapie de Morita en consultation externe ?

Tout d'abord nous clarifions ce qu'est la thérapie de Morita en consultation externe. Nous employons le terme « en consultation externe » pour la distinguer de la thérapie hospitalisée. La thérapie de Morita en consultation externe ne se réserve pas qu'aux établissements médicaux mais elle comprend aussi des consultations dans le cadre du travail ou de l'éducation. Le thérapeute se réfère aux professionnels dans les soins médicaux et dans les consultations diverses (ceux qui détiennent le secret professionnel) : médecin, psychologue clinicien, conseiller, assistant social, etc.

La thérapie de Morita en consultation externe peut être pratiquée en individuel ou en groupe. Les directives suivantes sont rédigées dans l'hypothèse d'une thérapie individuelle puisque la plupart des établissements destinés à notre enquête pratiquent seulement la thérapie individuelle. Il y a beaucoup d'établissements qui ne fixent pas de durée pour la thérapie néanmoins nous avons observé que le nombre de sessions varie entre 10 et 15 dans la majorité des établissements qui en fixent une. Aussi environ 60% des établissements consacrent entre 20 à 30 minutes pour une session. L'intervalle entre deux sessions est majoritairement une ou deux semaines. L'établissement qui consacre 40 à 60 minutes pour la première consultation n'est pas rare. Nous pouvons conclure que la mise en place de la thérapie de Morita en consultation externe varie en fonction de l'organisation du temps de consultation : certains pratiquent avec un temps de consultation fixé pour une durée prédéfinie qui est relativement courte et d'autres pratiquent sans fixer de durée spécifique dans le cadre d'une consultation générale.

Nous entreprenons désormais pour définir une norme concernant le temps de consultation, le nombre de sessions et le processus pour pouvoir attester l'efficacité de la thérapie de Morita en consultation externe.

III. Indications pour la thérapie de Morita et son champ d'application

La thérapie de Morita visait à l'origine le genre de névroses appelé « la névrose de Morita (*Morita shinkeishitsu*) » que Morita a classé en trois types : la névrose obsessionnelle, la névrose courante et la névrose impulsive (ou névrose paroxystique). D'après « CIM-10/ICD-10 », 10ème édition de la classification internationale des maladies, la névrose de Morita (*Morita shinkeishitsu*) correspond aux troubles anxieux type phobie tel que l'agoraphobie ou la phobie sociale (trouble d'anxiété sociale, anthropophobie (*taijin kyôfushô*)), aux autres troubles anxieux tel que le trouble panique ou l'anxiété généralisée, au trouble obsessionnel compulsif et aussi à une partie du trouble somatoforme tel que l'hypocondrie.

Aujourd'hui plusieurs symptômes de maladies autres que ceux mentionnés ci-dessus sont soignés avec la thérapie de Morita. L'efficacité de la thérapie de Morita est approuvée notamment dans le cas de la dépression et de la dysthymie. En plus la thérapie de Morita est largement employée pour les maladies psychosomatiques au sens large telle que le trouble d'adaptation, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), le syndrome de l'intestin irritable, la douleur chronique, l'anorexie, l'insomnie non organique, la dermatite atopique et la névrose dentaire et buccale. Elle est également appliquée aux patients atteints de maladie physique tel que le cancer pour soulager l'anxiété et la douleur.

Certains thérapeutes considèrent que la thérapie de Morita est également appropriée pour les cas suivants : des patients fort soucieux de la pharmacothérapie, des patients qui ne peuvent pas être hospitalisés ou des patients qui sont en préparation pour être hospitalisés et des patients qui ont la volonté de poursuivre la thérapie à la maison. Nous pouvons ajouter comme patient potentiel les personnes souffrant de difficultés dans leur vie quotidienne, souffrant d'un échec ou d'un manque d'estime de soi, des personnes tourmentées de ne pas pouvoir réaliser leur développement personnel, des personnes souffrant de ne pas pouvoir donner un sens à leur vie, des personnes ayant des problèmes de relation parents-enfants ou des problèmes d'adolescence, des personnes ayant des problèmes scolaires liés à l'absentéisme, à leurs relations personnelles dans l'école ou encore en rapport aux examens et aux concours, etc.

Ainsi tous ces cas cités plus haut peuvent être objets de la thérapie de Morita, néanmoins il est nécessaire de tenir compte des autres conditions suivantes pour prendre la décision de la convenance de la thérapie. Tout d'abord un ego au fonctionnement acceptable et un certain niveau de capacité de compréhension intellectuelle sont nécessaires. Il s'agit d'avoir un minimum de capacité d'introspection, être capable de reconnaître l'essentiel de son propre problème et de le raconter, d'analyser sa vie et aussi être capable de comprendre le principe de la thérapie de Morita en lisant les documents concernés. Tout comme dans d'autres psychothérapies des patients qui ont préalablement de bonnes capacités d'adaptation auront plus de facilité d'obtenir l'effet voulu de la thérapie.

Ensuite la thérapie de Morita peut être plus efficace aux patients qui ont les traits de caractères ou les tendances névrosées suivantes : perfectionniste, fier, clair pour « ce qui doit être », trop de contrôle de soi, fort désir de vivre. Ces personnes ont tendance à se retrouver dans un mécanisme de névrose que Morita a observé, un état d'esprit d'être capturé ou borné (*toraware no kisei*). (Ce mécanisme défini par Morita sera expliqué ultérieurement avec des exemples comme l'interaction psychique « *seishin kôgo sayô* » ou la contradiction de la pensée « *shisô no mujun* »). À partir de l'observation de ce mécanisme la thérapie de Morita pourra donc être plus efficace sur des patients qui ont ces traits de caractères. Bien évidemment la

condition nécessaire pour commencer la psychothérapie est d'avoir un minimum de volonté pour suivre la thérapie de la part du patient.

(Veuillez consulter le document n°2 : proposition concernant la norme du diagnostic de la névrose de Morita rédigé par l'académie de la thérapie de Morita au Japon (*Nihon Morita Ryôhō Gakkai*))

IV. Introduction de la thérapie

Dans la phase de l'introduction de la thérapie il est important de stimuler la motivation des patients envers la thérapie. Le thérapeute est également chargé de fixer l'objectif de la thérapie tout en expliquant aux patients le mécanisme psychologique qui crée un cercle vicieux faisant empirer les symptômes. Cette procédure est faite généralement lors du premier entretien, et à défaut lors du deuxième entretien.

1. Compréhension des symptômes

Le point de départ de l'entretien est de demander aux patients leurs symptômes d'une manière concrète. Le thérapeute pourra ensuite les amener à comprendre que l'inquiétude et la peur sont les sources des symptômes de névrose et qu'elles sont des reflets du désir de mieux vivre qui est propre à l'homme (envie de vivre).

Par exemple les personnes atteintes de phobie sociale ont peur « d'être mal vu par les autres » mais cette peur est le reflet de leur désir « d'être aimé et reconnu par les autres ».

Les personnes atteintes de l'hypocondrie craignent « d'être atteint de maladie grave » mais ça prouve également l'existence de leur désir « d'être en bonne santé ».

Derrière la crainte des patients atteints de trouble obsessionnel compulsif « d'être contaminé par les saletés » il y a aussi le désir « de vivre dans un environnement hygiénique et en toute sécurité ».

Pareillement l'angoisse « de mourir dans l'immédiat » chez les patients atteints du trouble panique cache l'envie « de ne pas mourir et de vivre ».

Ces peurs et inquiétudes et aussi ces désirs correspondants reflètent l'aspect « double face » (ou dualité) de la psychologie naturelle des hommes.

Néanmoins les personnes atteintes de névrose regardent ces inquiétudes et ces peurs comme quelques choses d'anormales et elles essaient de les éliminer. C'est ainsi qu'au contraire elles ne font qu'augmenter ces peurs et ces inquiétudes et peuvent se trouver capturées dans un mécanisme de névrose.

Il arrive souvent que ces personnes se trouvent dans la situation contraire à ce qu'elles désiraient. Par exemple elles mènent leurs vies dans la solitude tout en évitant le risque « d'être mal vu ». Ou encore elles tombent dans une « vie de quasi-malade » tout en essayant d'échapper au risque d'être malade.

Pour amener les patients à comprendre ce mécanisme il y a la méthode directe où le thérapeute l'explique en utilisant des schémas. Il y a aussi la méthode indirecte où le thérapeute en répétant des questionnaires invite les patients à découvrir leurs propres émotions qui se trouvent aux sources de leurs symptômes et de leurs désirs qui se cachent derrière.

Si le patient a plusieurs symptômes en même temps, il est nécessaire de faire la liste et d'éclaircir un par un la dualité de la peur et du désir dans ses symptômes.

En plus de la compréhension sur cette dualité, le thérapeute est invité à parler de certaines caractéristiques qui touchent les patients atteints de névrose comme d'avoir une envie

excessive de vivre et d'être obstiné dans des idées « il faut être comme ça » ou « il ne faut pas être comme ça ».

Le thérapeute peut mentionner que la situation actuelle « d'être coincé » est dû à ce type de caractère. Pour cette occasion il est préférable de montrer sa compréhension avec les observations mentionnées comme suivants :

« vous êtes coincé puisque vous essayez d'atteindre le parfait »

« vous faites trop d'effort pour maintenir la bonne relation avec les autres et cela vous fait souffrir »

« vous nécessitez trop la sécurité, en résultat vous êtes tourmenté ».

Ainsi le thérapeute peut montrer son observation telle qu'il y en a « trop » ou « en excès ».

Les patients s'estiment eux-mêmes souvent en se référant à un « modèle de manque » avec une prémisse telle « qu'il me manque quelque chose d'important et je suis nul ».

En leur expliquant que leurs problèmes ne viennent pas d'un manque mais qu'ils viennent d'un excès, on peut aider les patients à comprendre leurs situations et les mener à les accepter. Ainsi la motivation des patients envers la thérapie pourrait en être renforcée.

Cette remarque « d'être dans l'excès » est importante puisque cela aide les patients à s'apercevoir de leur façon de vivre trop perfectionniste et trop égocentrique et de les corriger. Ainsi le thérapeute peut indiquer aux patients que la thérapie se focalise à améliorer ces points qui les font souffrir.

2. Montrer le mécanisme de *toraware* (un état d'esprit d'être capturé ou borné)

Toraware est le concept de base dans la théorie de la thérapie de Morita qui explique comment le cercle vicieux de névrose se développe.

Il y a en gros deux sortes de mécanisme de *toraware* : *seishin kôgo sayô* (interaction psychique) et *shisô no mujun* (contradiction de la pensée). Les détails seront exposés dans le chapitre V.

Dans la phase de l'introduction de la thérapie le thérapeute peut expliquer simplement aux patients comment ils ont aggravé leurs propres symptômes contre leur volonté à cause de leurs efforts pour s'en échapper ou de leurs tentatives pour tenir le coup. Par exemple un patient atteint d'obsession peut rencontrer la situation telle que plus il essaie d'effacer une pensée obsessionnelle plus cette pensée devient forte.

Ici aussi le thérapeute peut expliquer directement ce concept en montrant des schémas sinon il est aussi possible de le faire découvrir en dialoguant avec eux.

En éclaircissant le mécanisme de *toraware* le thérapeute peut montrer que la question est comment vivre avec la peur et l'inquiétude. Les patients se tourmentent de leur impuissance avec les idées telles que « c'est à cause de la faiblesse de ma nature » ou « c'est parce que je suis nul ».

Le thérapeute peut inviter les patients à s'apercevoir que le problème n'est ni « la faiblesse » ni le fait d'« être nul » mais le fait d'être capturé dans le mécanisme. Ainsi il est possible de leur donner l'espoir de pouvoir résoudre le problème en brisant ce cercle vicieux. Cela leur donnera la motivation à suivre la thérapie.

3. Expliquer l'attitude de « *arugamama* » et fixer le but de la thérapie

Après avoir éclairci que l'état d'esprit d'être capturé (*toraware*) est le résultat contradictoire des efforts pour échapper aux symptômes ou pour se débrouiller avec eux, le thérapeute doit expliquer qu'il est désormais nécessaire de prendre une attitude différente avec les symptômes pour s'en sortir. Il s'agit de l'attitude *arugamama* (être tel quel).

Premièrement *arugamama* présente une posture de laisser aller, d'être tel quel, sans s'occuper ni des symptômes ni de la peur. Des attitudes qui pourraient être complètement inhabituelles aux patients peuvent leur être conseillées, par exemple « ne pas combattre les symptômes » ou « vivre avec les symptômes ».

Deuxièmement en rappelant l'existence de cette envie de vivre qui se cache derrière les symptômes et la peur, le thérapeute peut préciser qu'il est possible d'exprimer cette envie avec des actes constructifs dans la vie quotidienne. Il s'agit d'agir, de faire ce qu'il faut faire et de mener la vie appropriée tout en laissant l'état d'esprit tel qu'il est.

Dernièrement le but de la thérapie sera fixée : mieux revivre avec soi-même.

Ainsi la thérapie de Morita vise non seulement à briser l'état d'esprit d'être capturé mais vise aussi à se libérer des symptômes et à réaliser une vie pleine.

Par ailleurs il faut être vigilant que les patients ne soient pas re-capturés par l'idée obsessionnel tel que « il faut être *arugamama* » et que la thérapie stagne, voir même rétrograde.

La conscience de la plénitude de l'humanité qu'a eu Morita à la fin de sa vie peut être appliquée par les thérapeutes. Ainsi :

- « On ne peut pas ne pas avoir peur de la mort » (on est obligé d'accepter la peur telle quel est)

- « On ne peut pas totalement abandonner le désir » (l'importance de la conscience de l'envie de vivre et son expression)

4. Autres points

Certains thérapeutes racontent la vie de Shoma Morita et présentent quelques cas précédents de symptômes de névrose pour illustrer des concepts présentés ci-dessus et aussi pour approfondir la compréhension des patients. Il arrive que certains révèlent leurs propres vécus quand ils ont eu l'expérience d'avoir surmonté une névrose.

Beaucoup de thérapeutes demandent aux patients de lire des livres sur la thérapie de Morita sinon ils leur donnent les documents imprimés concernés. C'est une méthode efficace pour accélérer la compréhension de la thérapie en attendant la prochaine session.

Dans certains cas la thérapie de Morita est appliquée avec l'accord entre le thérapeute et le patient à la demande de la part du patient. Mais dans certain cas elle est introduite dans une thérapie générale sans particulièrement mentionner aux patients qu'il s'agit de la thérapie de Morita. Le thérapeute peut prendre la mesure de cette décision selon la disponibilité et la condition du patient en se référant à sa discrétion et à sa flexibilité.

V. Les éléments de base constituant la thérapie

Nous avons obtenu à partir du résultat des enquêtes les éléments de base constituant la thérapie de Morita en consultation externe et nous allons maintenant clarifier les cinq éléments essentiels de cette thérapie.

« Réveiller la conscience du patient sur ses émotions et l'encourager à les accepter »

« Découvrir et revivre les désirs de la vie »

« Clarifier les cercles vicieux »

« Orienter les actions constructives »

« Réévaluer le comportement et le mode de vie »

1. Réveiller la conscience du patient sur ses émotions et l'encourager à les accepter

Quand le patient est devenu capable d'accepter ses émotions telles quelles, nous pourrions considérer que la thérapie s'approche de la fin. Comme mentionné précédemment, derrière divers symptômes de névroses existent des émotions telles que l'anxiété et la peur. Les patients sont hypersensibles à ce type d'émotions négatives et ils essaient de les éliminer. Pire encore ils se donnent de la peine pour ne pas subir ces émotions en refrénant les actes indispensables à leurs vies.

En plus de l'anxiété et de la peur les patients sont confrontés à divers types d'émotions. Par exemple il y a la honte et la frayeur auxquelles les patients de phobie sociale sont confrontés et il y aussi l'agacement et la colère qui sont souvent observés chez les patients de trouble obsessionnel compulsif. Pour que ces patients arrivent à accepter leurs propres émotions, il faut d'abord qu'ils soient conscients de ces émotions. Pour cela le thérapeute est chargé de réveiller leurs consciences par rapport à ces émotions, en répétant des questions comme « comment vous sentiez-vous à ce moment-là ? » ou « quel sentiment avez-vous perçu ? »

Après cela le thérapeute pourra conseiller aux patients de bien observer les mouvements de leurs propres émotions.

Dans le manuel de DSM-IV il est précisé que la crise de panique atteint son sommet 10 minutes après son apparition. Une fois passé ce pic, l'anxiété disparaît naturellement petit à petit. Si on laisse les émotions couler, elles disparaissent avec le temps. Cette « règle de l'émotion » doit être enseigné avec insistance par le thérapeute. Quand les patients apprennent cette règle avec leurs propres expériences, ils deviennent capables de laisser couler leurs émotions sans essayer de les arranger (l'effort de *hakarai*).

« Attendre », « bien observer les mouvements des émotions » et « expérimenter soi-même » sont les conseils qui peuvent être donnés au cas par cas et qui amèneront les patients à se rendre compte directement de la règle de l'émotion. Il faut reconnaître que les personnes qui souffrent sont la plupart du temps des personnes qui ne savent pas attendre.

La métaphore est souvent utile pour expliquer le mouvement des émotions avec le temps. « L'émotion est telle que le temps. L'anxiété est telle que la pluie passagère. »

Par contre le thérapeute doit reconnaître que la douleur et le malaise qui accompagnent l'anxiété des patients sont à des degrés considérables. Pour que les patients puissent accepter les émotions qui leur donnent de la douleur, les thérapeutes doivent les accompagner avec beaucoup de compassion. Bien que les émotions que les patients éprouvent sont d'un degré intense et excessif, ces émotions sont en soit naturelles et propre à nous tous. C'est pour cette raison que nous ne pouvons pas les éviter. La technique de la généralisation proposée par M. Aizawa correspond à cette théorie.

Par ailleurs la fluctuation des émotions dans l'état dépressif chez les patients atteints de troubles de l'humeur nécessite plus de temps que dans celui de l'anxiété névrotique. Pour ces cas-là, l'expression qui suggère la longue durée, « la dépression est telle que la saison des pluies », peut être utilisée. (Voir Note 2 pour le traitement des émotions chez les patients de troubles de l'humeur.)

2. Découvrir et revivre les désirs de la vie

Nous considérons que la base de la thérapie de Morita se trouve dans le processus d'éclairer sur les désirs sains qui existent derrière l'anxiété, la peur ou les symptômes, et ensuite d'encourager les patients à les découvrir et à les développer eux-mêmes. Ces désirs de la vie

sont des forces motrices qui amènent les patients à faire un pas dans les actions qui accompagnent leurs anxiétés.

Dans le cas de la thérapie de Morita hospitalisée, l'expérience directe et physique comme de « rester couché au lit » joue un rôle pour réveiller les désirs de la vie. Par contre en cas de la thérapie en consultation externe les patients sont invités à découvrir leurs propres désirs à partir des dialogues avec leurs thérapeutes.

Dans le stade de l'introduction à la thérapie la mission était de souligner les désirs qui existent derrière les symptômes, par exemple le désir d'être considéré comme une bonne personne chez les patients atteints d'anthropophobie (*taijin kyôfushô*). Par contre dans le stade du développement de la thérapie il est important de faire découvrir les désirs sains qui existent dans la vie quotidienne des patients dans des domaines plus larges où il n'y a pas forcément de rapport avec leurs symptômes.

Certes les désirs de la vie s'étalent dans un large éventail. Il y a des désirs primordiaux tels que : « je voudrais manger quand j'ai faim », « je voudrais boire de l'eau quand j'ai soif », « j'aimerais prendre un bain quand j'ai transpiré ». Mais il y a aussi des désirs plus spirituels ou existentiels comme : « j'aimerais vivre ma propre vie », « j'aimerais mener une vie qui a de la valeur. ». Il peut y avoir des désirs divers et sans limite.

Certains désirs pourront être réalisés à moindre coût, par exemple le désir type « la faim » peut être satisfait grâce une action (chaque repas). Certains désirs demandent plus de temps à être réalisés, par exemple le désir tel que « le but de la vie » ou « la valeur de la vie ».

Néanmoins la thérapie de Morita ne privilégie pas certains désirs. « La valeur de la vie » n'est pas distinguée comme un désir supérieur aux autres. Tous les désirs sont acceptés à valeurs égales. À partir de « j'aimerais manger » jusqu'à « j'aimerais mener une vie qui a de valeur », ce sont tous des désirs naturels à l'homme.

La thérapie de Morita vise à faire évoluer ces désirs en actes constructifs et par la suite à ce que ces actes enrichissent la vie des patients.

« En fin de compte quand on se regarde calmement soi-même, on est invité à apprendre ce qu'on recherche » (Morita, 1934/1975)

Il est recommandé au thérapeute de poser des questions directes aux patients comme « comment voudriez-vous devenir ? » ou « quel type de vie souhaiteriez-vous quand vous serez guéri ? ». Même si les patients ne savent pas y répondre tout de suite, ces questions leur donnent une occasion d'y réfléchir eux-mêmes.

On peut également faire découvrir aux patients leurs propres désirs en écoutant les détails de leurs vies quotidiennes ou en conversant avec eux sur ce qui les intéressent. Le désir concret comme « obtenir une qualification et s'en servir au travail » peut être rendu apparent à partir du dialogue sur la vie professionnelle. Un autre désir comme « d'aller au concert de tel musicien » peut être abordé lors d'une conversation sur les loisirs.

Bien que certains patients disent qu'ils n'ont pas d'envies spécifiques, ils n'ont pas perdu tous leurs désirs primordiaux de la vie quotidienne. Ils auront envie de « manger » quand ils ont faim et ils auront envie de « manger quelque chose de bon » plutôt que de « manger mal ».

En tous cas le fait de prononcer leurs propres envies, même si elles sont encore vagues, leur permet de visualiser des images plus concrètes de leurs désirs. Le thérapeute ne doit en aucun cas donner de jugement de valeur précipité ni émettre de critiques par rapport aux souhaits

racontés par les patients mais il doit les accepter (les généraliser) tels que des désirs naturels. Le rôle du thérapeute est d'apercevoir les mouvements naturels de la pensée des patients (les désirs de la vie), de réagir avec de l'empathie et de continuer à répéter ces processus ainsi. C'est cette relation même qui contribuera à réanimer les désirs de la vie des patients. C'est un point très important dans le processus de la thérapie de Morita en consultation externe.

3. Clarifier les cercles vicieux

Dans la thérapie de Morita les mécanismes qui aggravent les symptômes de névrose se résument au mécanisme de « *toraware* » (cercle vicieux). Il y a en gros deux sortes de mécanismes de *toraware* : « *seishin kôgo sayô* (l'interaction psychique) » et « *shisô no mujun* (la contradiction de la pensée) ». Au stade de l'introduction de la thérapie il était déjà demandé au thérapeute d'expliquer ces mécanismes aux patients. Il est important d'y revenir au cours de la thérapie et d'éclaircir ces mécanismes de cercle vicieux au grès des expériences des patients. Tout d'abord expliquons « *seishin kôgo sayô* (l'interaction psychique) » avec l'exemple de la crise de panique. Mettons que quelqu'un a, à un moment donné, une palpitation, si cette personne a une tendance de névrose elle aura une forte angoisse et elle concentrera toutes ses attentions à son cœur. Et cela entraînera sa sensibilité à être de plus en plus aiguë, ses angoisses à s'exacerber et donc toute sa conscience va se retrouver dirigée et concentrée à son cœur, il en résultera une augmentation des palpitations.

Ainsi « *seishin kôgo sayô* » est un mécanisme où les attentions et les sensibilités s'affectent en cercle vicieux et de ce fait les symptômes s'aggravent. L'interposition du mécanisme de « *seishin kôgo sayô* » se trouve non seulement dans le cas de la crise de panique mais aussi dans plusieurs cas d'anxiétés de type hypocondrie.

Le deuxième mécanisme de *toraware* est « *shisô no mujun* (la contradiction de la pensée) ».

En général les personnes névrotiques recourent à leurs intelligences pour résoudre leurs sentiments d'anxiété et de peur. Leurs réflexions telles que « il faut être comme ça » et « il ne faut pas être comme ça. » les amènent devant un dilemme à vouloir rendre possible l'impossible.

Par exemple par rapport aux sentiments et aux réactions physiques tout à fait naturels comme d'être embarrassé et de rougir devant les gens, les patients d'éreutophobie s'estiment « aseptisés » et se disent « il faut être plus brave ». En s'efforçant de ne pas être timides, ils seront au contraire captivés par un sentiment de honte et par un rougissement. Nous avons établi un rapport avec des traits de caractères spécifiques dans le mécanisme de « *shisô no mujun* », et également un lien profond avec une volonté obsessionnelle du contrôle. Nous pouvons donc dire qu'il y a une implication plus active de l'ego dans ce mécanisme que dans le mécanisme de « *seishin kôgo sayô* ». Le mécanisme de « *shisô no mujun* » éclairci également l'apparition de la plupart des symptômes de type obsessionnel tel que l'anthropophobie (*taijin kyôfushô*).

Pour clarifier ces mécanismes de cercle vicieux décrits ci-dessus, il est utile de se focaliser sur les expériences des patients au moment de l'apparition des symptômes.

« Sur quoi votre attention était-elle posée à ce moment-là ? »

« Vous pensiez à quoi à ce moment-là ? »

Ces questions aideront les patients à se rendre compte que leurs attentions sont captivées sur eux-mêmes ou sur une partie de leurs corps et qu'ils sont obnubilés par leur propre pensée telle

que « il faut être comme ça ».

L'exercice de simulation lors d'une séance de thérapie est aussi efficace. Par exemple le thérapeute peut proposer d'écrire leurs noms aux patients atteints de phobie de tremblement qui ont de la difficulté à écrire devant les gens. La plupart du temps le tremblement est moins visible devant le thérapeute que dans des situations réelles avec d'autres personnes. À partir de cette expérience on peut leur expliquer ainsi le paradoxe que plus ils ont de pensées telles que « c'est minable (inconvenant) si je tremble » ou « je vais essayer de ne pas trembler » plus ils contribuent au contraire à l'apparition de tremblements.

Une autre explication est souvent donnée dans la thérapie de Morita, il s'agit de « *hakarai* » et « *toraware* » qui forment la base des cercles vicieux. « *Hakarai* » signifie ici la volonté et les efforts pour arranger les sentiments tels que l'anxiété ou les symptômes. L'attention dans le mécanisme de « *seishin kôgo sayô* » est un aspect de « *hakarai* » et la pensée (la réflexion) dans le mécanisme de « *shisô no mujun* » en est également un. Ce sont des « *hakarai* » invisibles qui se trouvent dans les processus de travail mental des patients.

Par contre nous pouvons également apercevoir « *hakarai* » sous une forme d'action qui en vient elle-même à faire partie du symptôme. Par exemple les patients d'éreutophobie boivent de l'alcool avant de se présenter aux gens pour camoufler leur rougissement. Les patients d'agoraphobie sortent toujours accompagnés d'un membre de leurs familles pour diminuer leur anxiété. Les patients de troubles anxieux évitent toutes les situations inquiétantes.

Ces actes de « *hakarai* » prolongent leurs symptômes et ils peuvent compliquer de plus en plus leur état. Ce type de « *hakarai* » sera reconnu à partir de la déclaration des patients eux-mêmes mais le thérapeute peut l'observer à partir de leurs attitudes ou de leurs venues avec ou sans accompagnant.

Le thérapeute peut leur indiquer directement ce mécanisme des actes de « *hakarai* ». Il est aussi possible d'analyser avec les patients quelles circonstances provoquent ces actes de « *hakarai* ». C'est un processus important de la thérapie.

4. Orienter les actions constructives

Après avoir éclairci les mécanismes de cercle vicieux, le thérapeute encourage les patients à déplacer leurs désirs de la vie vers des actes constructifs. Bien que la plupart des patients pensent à réaliser ces actes seulement quand leurs symptômes seront améliorés, le thérapeute doit les orienter à passer aux actions même s'ils ont de l'anxiété et des symptômes et tout en commençant par des actes abordables et faciles à réaliser.

Il est essentiel dans la thérapie de Morita que les patients trouvent eux-mêmes les actions qu'ils doivent accomplir. Leurs objectifs peuvent être trouvés durant les dialogues avec leurs thérapeutes mais ils ne doivent pas être désignés par les thérapeutes. Certains thérapeutes demandent aux patients de se fixer un ou plusieurs objectifs jusqu'à leur prochain entretien.

Les sujets d'action ne doivent pas nécessairement avoir de rapport avec les symptômes. (Sur ce point la différence avec la thérapie cognitivo-comportementale est considérable.)

La clé importante pour avoir la plénitude dans la vie, c'est de faire un pas vers l'action dans des domaines très larges selon les désirs de la vie.

Une deuxième clé est d'avoir un objectif modeste, réalisable aujourd'hui, plus qu'un grand objectif. Le lancement d'un grand objectif pourrait être entravé par le perfectionnisme, un petit

objectif accompli peut entraîner un autre objectif modeste. L'accumulation de ces petites actions réalisées fait naître une attitude active dans la vie quotidienne.

Néanmoins concernant la sélection des actions certains conseils du thérapeute peuvent être nécessaires.

« Agir dans les actions nécessaires sans s'occuper de l'humeur »

« Séparer les humeurs et les actes »

« Reconnaître ce qui est irréalisable et réalisable et mettre en œuvre les actes réalisables (les actions quotidiennes) en laissant tomber les actes irréalisables (le contrôle de l'humeur) »

Ainsi le thérapeute encourage les patients à faire face à leurs affaires essentielles comme le travail ou les actes quotidiens même si cela les fait souffrir.

Il y a des thérapeutes qui insistent sur le fait de « mener la vie avec effort en faisant semblant d'être en bonne santé ». Il s'agit d'étudier à l'école en cas d'un élève, d'assumer ses propres travaux en cas d'un travailleur, de s'occuper des tâches ménagères en cas d'une femme au foyer, etc.

Ensuite concernant les actions, il faut orienter le principe du but. Par exemple un patient de trouble de panique sort en ayant pour but d'acheter un vêtement. Il se juge en règle générale par l'apparition de symptômes ou alors par le surgissement d'un sentiment d'anxiété pendant sa sortie. En sortant du cadre de ces critères « basé sur les symptômes » ou bien « basé sur les humeurs », le thérapeute peut proposer un autre critère basé sur le principe du but. Ici la question est de savoir si le but originel a été accompli ou pas. Pour le cas de ce patient, le critère de jugement sera s'il a pu acquérir son objectif, ici le vêtement, ou encore s'il a pu l'acquérir bon marché dans la mesure du possible et ou de bonne qualité.

Maintenant les patients qui sont en retrait de la vie sociale peuvent se retrouver dans une situation où ils n'ont pas d'actions à prendre et où ils ne savent pas ce qu'ils doivent faire. Pour ces cas-là il sera nécessaire de donner le conseil d'effectuer les conduites de base dans la vie quotidienne comme de changer de vêtements, de bien se laver et de bien se brosser les dents, de prendre ses repas correctement, etc. De bien observer la vie quotidienne et d'y trouver des points « désagréables » peut entraîner le départ d'une action. Par exemple une observation telle que « ma chambre est désordonnée et dégoûtante » peut déclencher une étape suivante. Il est important aussi de soutenir les patients à ce qu'ils fassent les actes qu'ils ont « envie de faire » sans être obnubilés par l'idée de « ce qu'ils doivent faire ». Il y a des patients qui restreignent leurs envies par l'autoaccusation ou par un réflexe de norme sociale tel que « il ne faut pas s'amuser quand on ne travaille pas ». Peu importe que ça soit une distraction ou pas (tant que ce ne soit pas un acte à l'encontre de la société) il est beaucoup mieux de faire quelque chose que de ne rien faire.

Certains thérapeutes conseillent vivement les missions d'actions spécifiques comme le discours humoristique ou la marche.

Un autre point spécifique de la thérapie de Morita est de conseiller aux patients de continuer à réaliser des actions les unes après les autres à un bon rythme. En pratiquant une vie active et extravertie, les attentions des patients se déplacent vers le monde extérieur plutôt que vers leurs propres symptômes, ainsi leurs consciences s'épanouissent de plus en plus.

Morita citait souvent la phrase suivante, « Si on arrange l'apparence (la forme de la vie quotidienne, le comportement), son intérieur (l'intérieur de cœur, les sentiments) mûrit naturellement. »

Selon les types de névroses, des orientations sur des actions plus concrètes seront demandées. Par exemple pour les patients atteints de phobie sociale telle l'anthropophobie (*taijin kyôfushô*), on peut leur conseiller de veiller à être quelqu'un qui sait écouter plus qu'un bon parleur. Pour les patients qui ont des forts symptômes de compulsion, le conseil de passer à l'acte suivant en mesurant le temps est utile.

Le thérapeute peut montrer son intérêt aux actes accomplis par les patients en leur demandant des détails les concernant. Il peut également affirmer leurs actions avec empathie en leur adressant des appréciations comme « vous avez réussi » ou « vous avez fait un gros progrès ». La plupart des patients sont des personnes qui n'ont pas beaucoup l'expérience d'être appréciés ni d'être reconnus, ce rapport positif avec le thérapeute leur donnera un élan pour développer leurs actions. Si ce type d'interactions est cumulé, le sujet de conversation se déplace au fur et à mesure spontanément de leurs symptômes vers leurs vies quotidiennes, c'est un signe que la thérapie fonctionne bien.

5. Réévaluer le comportement et le mode de vie

Au moment où les patients essaient de développer leurs actions, leurs postures originelles telles que « il faut être comme ça » peuvent revenir sous la lumière.

Devant une situation où il faut faire un discours en public, un patient de phobie sociale se cramponne à « ne pas être stressé et parler fluidement ». Au fur et à mesure que les patients reprennent leurs vies sociales, il arrive parfois que certains d'entre eux deviennent exigeants non seulement envers eux-mêmes mais aussi envers les autres personnes. En appliquant leur attente dogmatique « d'être comme il faut » aux autres personnes, ils peuvent se sentir irrités en face de l'imperfection des autres personnes.

Le thérapeute peut montrer des exemples concrets concernant ce risque. Il peut ensuite conseiller aux patients de sortir de cette attente, d'improviser et de s'adapter aux incidents. Cela aide à améliorer et à forger la personnalité des patients.

Pour le premier exemple, celui d'un patient de phobie sociale, il est important qu'il accepte d'abord le fait qu'il se sente stressé en public et puis en se fondant sur ce fait il doit bien préparer son discours en étudiant de quelle façon le public le comprendra plus facilement.

Pour le deuxième exemple il est nécessaire que le patient accepte le fait que « les autres personnes ressentent et réfléchissent différemment que moi » et puis en se fondant sur ce postulat il doit continuer à faire des efforts pour maintenir une communication active avec d'autres personnes en recherchant des points de conciliation avec les autres.

Tous ces conseils doivent être donnés attentivement à divers moments de la vie des patients.

En fin de compte la réévaluation des comportements névrotiques qui apparaissent à chaque action nous amènent à nous questionner sur le mode de vie originelle des patients et leurs façons de vivre.

Par exemple il n'est pas rare d'observer chez les patients névrotiques, même avant l'apparition des symptômes, un perfectionnisme excessif, une étroitesse des domaines d'intérêt due à une posture obsessionnelle telle que « tout ou rien » ou une tendance à éviter les situations ou les actions imprévisibles. Il y a également des patients qui ne peuvent pas dire non aux demandes des autres car ils ont peur d'être critiqué et qui finissent par se retrouver surchargés de travail. Ou encore des patients qui, absorbés par l'idée « d'être considéré comme une bonne personne », se comportent seulement en s'accordant aux attentes des autres, et qui en résultat

oublient ce qu'ils voulaient vraiment faire.

L'objectif de la deuxième moitié de la thérapie est d'aider les patients à s'accepter eux-mêmes et à reconstruire leurs propres vies en leur citant les exemples décrits précédemment.

Au cours du développement de la thérapie, « *shisô no mujun* (la contradiction de la pensée) » peut apparaître ostensiblement tout comme une incompatibilité entre « ce qui doit être (son idéal) » et « ce qui est (son réel) ». Certains patients n'arrivent pas à accepter leurs sentiments négatifs. Certains ne peuvent que lutter obstinément contre ces sentiments. Ainsi la thérapie peut se retrouver dans une impasse.

« Il y a des choses qu'on ne peut pas modérer comme on veut »

« Tout ne marche pas parfaitement »

« N'êtes-vous pas en train de juger tout en noir et blanc »

Ce sont des phrases utiles pour identifier la tendance de la réflexion des patients telle que « tout ou rien ». Après cette identification, le thérapeute pourra leur proposer d'étudier ensemble comment corriger cette tendance de la pensée et comment trouver une meilleure façon de vivre. Ce travail de collaboration contribuera à éclairer les consciences des patients et pourra débloquer une thérapie qui était coincée.

6. Le flux de la thérapie

« Réveiller la conscience du patient sur ses émotions et l'encourager à les accepter »

« Découvrir et revivre les désirs de la vie »

« Clarifier les cercles vicieux »

« Orienter les actions constructives »

« Réévaluer le comportement et le mode de vie »

Ainsi nous avons extrait les cinq éléments essentiels qui constituent la thérapie de Morita en consultation externe.

Le flux de la thérapie avec ces éléments n'est pas vraiment établi ni fixé puisque cela dépendra des maladies, des dispositions de la thérapie et aussi des personnalités des thérapeutes. Dans tous les cas les thérapeutes sont invités à faire attention aux processus de l'évolution de la thérapie chez chaque patient et à s'adapter à chaque entretien pour prendre la décision sur quel élément mettre l'accent.

VI. À propos des méthodes de la thérapie

Nous expliquons ici quelques méthodes essentielles dans la thérapie de Morita en consultation externe.

1. Méthodes d'entretien

1) Position d'écoute active et d'empathie

Écouter les plaintes des patients avec impartialité est un point fondamental de toutes les psychothérapies. Une empathie sincère de la part du thérapeute est un véritable soutien pour les patients. Comparée à la thérapie hospitalisée, en cas de la consultation externe il y a peu d'occasion où les patients peuvent avoir les supports de la thérapie. Pour cette raison il est encore plus primordial pour les patients d'avoir une relation basée sur l'empathie avec leurs

thérapeutes. Cette relation encourage les patients à réaliser leurs actions malgré leurs difficultés.

Nous avons déjà mentionné précédemment que pour transmettre son empathie aux patients le thérapeute peut non seulement la refléter en répétant les paroles des patients mais aussi leur enseigner à généraliser leurs expériences en leur expliquant que leurs émotions et leurs désirs sont tout à fait naturels à l'homme. Pour communiquer cette empathie, il est aussi utile de redécrire les expériences des patients à la première personne du pluriel, c'est-à-dire « nous », mais non pas à la deuxième personne. La révélation de soi de la part du thérapeute peut parfois être un moyen pour approfondir l'empathie entre le thérapeute et son patient. Par contre dans ce cas-là la révélation de soi se fera seulement dans le but de soigner les patients et elle ne devra jamais être employée comme un moyen de s'affirmer soi-même en se servant des patients.

2) Conversation thérapeutique

Plusieurs méthodes de conversation sont employées pour faciliter la compréhension du patient. La métaphore et les proverbes sont souvent utilisés par les thérapeutes de la thérapie de Morita. En plus de ladite métaphore du temps, on peut décrire le courant naturel des sentiments avec l'allusion à la rivière. L'obsession peut être expliquée avec la métaphore du nuage flottant dans le ciel.

Morita a montré le résultat contradictoire des efforts faits pour arranger l'anxiété et les symptômes avec la métaphore suivante : « En essayant d'effacer une vague avec une autre vague, on finira à évoquer mille vagues. »

Il a aussi averti les patients qui vérifient tous les jours l'apparition de leurs symptômes à l'aide de cette métaphore, « Vous vérifiez tous les jours votre bouturage en l'enlevant de la terre. » Ces métaphores évoquent puissamment des images visuelles. Les patients de trouble obsessionnel ont tendance à recourir à leurs capacités intellectuelles et si on essaie de les convaincre avec la logique, ces patients risquent d'être pris au piège du langage et de se retrouver confus et perdus. Pour ce type de patients il est plus efficace de solliciter leurs compréhensions intuitives en utilisant la métaphore à la place de la logique. En plus de la métaphore, il existe une autre approche utilisant des images visuelles, il s'agit d'illustrer l'état d'être des patients avec des graphies.

Substituer les expériences des patients en langage simple est une méthode souvent employée. Les paroles de Morita peuvent être citées. Le thérapeute peut partager les expériences des patients avec eux en mettant « un index » sur chaque expérience.

Il y a aussi une méthode de réinterprétation où le thérapeute remplace chaque plainte de l'anxiété des patients avec l'envie qui se cache derrière cette anxiété.

Une autre méthode consiste à faire affronter la réalité aux patients. Dans cette méthode le thérapeute pointe les affaires que les patients négligent en se laissant accaparer par leurs symptômes.

Pour les patients qui sont fortement ancrés dans l'état de *toraware* (capturé dans un cercle vicieux) il y a aussi une approche paradoxale où le thérapeute dévoile l'irréalité des craintes des patients en leur suggérant exprès une conséquence exagérée par rapport à leurs craintes. Néanmoins le thérapeute doit bien calculer à quels moments appliquer ces deux dernières méthodes.

3) À Propos de la technique de *Fumon* (non-interrogation)

En général les thérapeutes de la thérapie de Morita prennent une position de non-interrogation (*fumon*) à propos des symptômes. La non-interrogation (*fumon*) s'entend ici par le principe qu'on ne s'occupe pas des détails des symptômes et qu'on ne cherche pas les significations des symptômes.

En cas de la thérapie hospitalisée, cette non-interrogation (*fumon*) est appliquée depuis la période de « rester couché au lit » qui se situe dans la première phase de la thérapie. On demande aux patients de « laisser les symptômes arriver ». Les visites du thérapeute sont brèves et elles se concentrent sur l'observation de l'état du patient en restreignant les questionnements sur les détails des symptômes.

Néanmoins en cas de la thérapie en consultation externe, le démarrage de la thérapie dépend de la conversation sur les symptômes et donc la première phase de la thérapie ne sera pas conclue sans avoir parlé des symptômes. Pour cette raison le thérapeute en consultation externe ne doit pas non plus être focalisé par ce principe de non-interrogation (*fumon*).

Par contre vers la deuxième moitié de la thérapie le sujet de la conversation avec les patients doit être déplacé des symptômes vers leurs actions et leurs comportements dans la vie. Le thérapeute peut orienter à décentrer et à défocaliser le sujet des symptômes en tenant compte que c'est le processus idéal de la thérapie de Morita.

2. La thérapie du journal

La thérapie du journal est une méthode très efficace pour avancer dans le processus de la thérapie de Morita et cela ne change rien en cas de consultation externe. D'écrire avec des mots permet au patient de réévaluer ses expériences et, relire ce qu'il a écrit lui permet de percevoir sa propre façon d'être. En même temps grâce au journal le thérapeute peut avoir une ébauche de la vie quotidienne de son patient. En plus le journal offre un deuxième moyen de communication entre le thérapeute et le patient en parallèle de leurs entretiens et ainsi il devient un véhicule important pour construire leur relation.

Dans la thérapie du journal en général le thérapeute demande au patient d'écrire chaque soir un journal d'une page dans la limite du temps (environ 30 minutes). Le sujet doit être principalement sur les actions réalisées dans la journée. Il est déconseillé d'écrire trop sur l'anxiété, les symptômes et les plaintes. Par contre au début de la thérapie du journal un peu plus de liberté doit être accordée au patient pour lui faciliter de continuer à écrire son journal. Aux patients qui écrivent seulement leurs actions de manière administrative un peu comme un journal d'affaire, on donnera le conseil d'ajouter les réflexions et les sentiments qui les accompagnent aux moments de leurs actions. Cela alimente la communication thérapeutique. Certains thérapeutes lisent le journal durant l'entretien et ils s'en servent pour poser des questions et pour les commenter. D'autres préparent deux cahiers par patient et, en les utilisant en alterné, ils peuvent garder un des deux cahiers jusqu'au prochain entretien pour écrire leurs commentaires. Ainsi la façon d'application du journal reste libre et peut être accommodée selon la particularité des patients et les diverses conditions de la part du thérapeute.

Pour les commentaires une marge de 5 cm peut être gardé d'un côté. Le thérapeute peut souligner en rouge les descriptions qui doivent être remarquées et ajouter ses commentaires en rouge dans la marge. Le contenu du commentaire peut être une remarque sur l'état de *toraware*

(cercle vieux) des patients, un soutien ou un encouragement envers leurs actions constructives (empathie), etc.

Voici quelques points essentiels pour les commentaires.

1) Répondre par rapport aux plaintes des patients en leur enseignant que l'anxiété et la bonne santé sont les deux faces d'une seule et même pièce (généraliser leurs anxiétés comme des sentiments naturels). Et puis dévoiler le fait que leurs efforts pour arranger l'anxiété agrandissent paradoxalement cette anxiété.

2) Les encourager à faire un pas dans les actions nécessaires tout en tenant compte de l'anxiété et des symptômes.

(ex : « Nous avons forcément de l'anxiété quand nous pensons à faire quelque chose parfaitement », « Essayez de faire directement ce qu'il y a à portée de mains »...)

3) Valoriser l'intention d'agir, d'aller vers l'action, et approfondir les expériences obtenues grâce aux actions.

(ex : « C' était une expérience enrichissante », « L'humeur est changeante avec le temps »...)

4) Pointer les attitudes névrotiques et les comportements inappropriés (la réflexion du tout ou rien, l'attitude dépendante de l'humeur, l'intention d'éliminer ou d'éviter des choses qui sont désagréables) et questionner quels étaient les comportements nécessaires.

(ex : « Il ne faut pas juger la journée seulement avec l'apparition des symptômes », « Il faut aussi regarder le fait d'avoir accompli le but malgré la douleur qui l'accompagne »...)

Au travers de ces médiations le thérapeute assiste les patients à prendre des actions nécessaires tout en tenant compte de leurs anxiétés et à s'accepter eux-mêmes.

Par ailleurs sur les parties d'écriture où il y a beaucoup de descriptions sur les symptômes, le thérapeute peut volontairement ne rien commenter. Cela est une technique de non-interrogation.

3. Combinaison avec la pharmacothérapie

Il y a une mauvaise compréhension dans le fait que la thérapie de Morita est une thérapie sans médicaments. Aujourd'hui, sauf une poignée d'exception, les médecins qui appliquent la thérapie de Morita la combinent avec la pharmacothérapie selon les maladies. Il y a plusieurs circonstances pour cette combinaison avec la pharmacothérapie. Une des circonstances est qu'il existe aujourd'hui (ce qui n'était pas forcément le cas à l'époque de Morita) de nombreux médicaments qui ont prouvé leur efficacité pour les maladies de névroses. Une autre circonstance est que la plupart des patients qui souhaitent consulter et accéder à la thérapie de Morita ont déjà un traitement de médicaments donné par d'autres établissements.

Par conséquent l'application de la thérapie de Morita n'exclue pas la pharmacothérapie.

Néanmoins il est contre-thérapeutique d'augmenter la dose de médicaments ou de changer la formule dans l'intention d'éliminer les anxiétés et les symptômes. Il faut clarifier aux patients que les médicaments sont « des supports supplémentaires pour reconstruire leur vie » et que le moteur du rétablissement n'est que le travail par le patient même. (Note 3) Et puis il faut rassurer les patients sur leurs inquiétudes et leurs questions sur les médicaments doivent être traitées durant les entretiens. Concernant les attitudes névrotiques qui se cachent derrière les craintes, par exemple « l'attitude d'éliminer tous les dangers au cas où », elles doivent être traitées comme des sujets de psychothérapie.

VII. La conclusion et l'évaluation de la thérapie

Quand il y a une durée préétablie pour l'application de la thérapie de Morita en consultation externe, le travail de conclusion doit être fait jusqu'au dernier entretien. Lors du dernier entretien le thérapeute est chargé de vérifier le processus parcouru durant la thérapie et d'évaluer l'évolution du patient. Tout cela doit être partagé avec le patient.

Voici quelques points qui doivent être comptés globalement pour évaluer le résultat de la thérapie de Morita.

1. L'amélioration des symptômes et la diminution de la douleur qui les accompagnent

Le fondement de la thérapie de Morita est d'orienter les patients à ne plus se préoccuper d'éliminer leurs symptômes et de les encourager à s'engager dans leurs propres vies. Ceci dit, il n'est pas question de méconnaître l'évolution des symptômes durant la thérapie.

Lorsque les patients réussissent à redresser la direction de leurs vies, leurs symptômes s'améliorent et leurs douleurs diminuent. L'amélioration des symptômes et la diminution des douleurs comptent parmi les conditions nécessaires pour déclarer le rétablissement. C'est un point commun de toutes les psychothérapies dont la thérapie de Morita ne fait pas exception.

2. L'évolution de la vie et du comportement

Pour pouvoir évaluer le résultat de la thérapie de Morita, en plus de l'amélioration des symptômes, il est important aussi de tenir compte de l'évolution de la vie des patients et de leurs comportements vers une direction constructive. Nous demandons donc au thérapeute d'évaluer les points suivants avec les patients. Si les désirs de la vie des patients ont été déployés dans leurs vies réelles et si leurs attentions et leurs préoccupations s'élargissent sur le monde extérieur.

Si les patients sont immergés dans la vie quotidienne et si leurs actions nécessaires ont été réalisées.

Si les patients ont maîtrisé le principe du but lorsqu'ils ont effectué leurs actions. Si leurs vies se sont enrichies et si leurs capacités d'adaptation se sont améliorées.

3. L'acceptation de soi et le discernement

Si le patient estime sa propre façon d'être et s'il est devenu capable de s'accepter soi-même tel quel, on peut considérer que la condition est suffisante pour déclarer le progrès dans le rétablissement.

Quand le patient en vient à vivre naturellement à sa propre manière sans être obstiné par le décalage entre l'image idéale de soi et sa réalité, son émancipation à partir de l'état de névrose tiendra debout véritablement. Pour approuver ces changements le thérapeute peut se fier à l'auto-évaluation du patient.

La thérapie termine en éclaircissant concrètement quelles évolutions ont été observées et quelles missions restent à être poursuivies concernant les points mentionnés ci-dessus.

Dans les cas où la durée de la thérapie n'a pas été prédéterminée, la thérapie peut prendre fin parfois spontanément durant la période où la durée d'intervalle entre chaque entretien est allongée par la décision du thérapeute ou celle du patient. Pour ces cas-là il est également préférable de faire une évaluation au moins une fois, quand certains nombres d'entretiens sont

déjà réalisés, sur les points précédemment indiqués en revérifiant les processus de la thérapie parcourus.

Dans les cas où la thérapie est combinée avec la pharmacothérapie, il est préférable que la dose de médicaments ait été diminuée à la fin de la thérapie, mais le retrait du médicament n'est pas forcément obligatoire pour pouvoir conclure la thérapie. Si l'administration de médicaments est encore nécessaire, le suivi peut être mis en place dans le cadre de la consultation générale en externe après la conclusion de la thérapie de Morita.

Rédigé le 30 novembre 2008

Les notes

Note 1 : L'approche par questionnements pour élucider les cercles vicieux de *toraware*

- Questionner sur la plainte principale (le symptôme) du patient.

« De quoi voudriez-vous guérir ? »

- Chercher les désirs de la vie du patient.

« Comment voudriez-vous être quand vous serez guéris ? » et « Comment voudriez-vous devenir après votre rétablissement ? »

- Montrer l'aspect « double face » de l'esprit.

« Le désir et l'anxiété sont les deux facettes de l'esprit et on ne peut pas les séparer, êtes-vous d'accord ? »

- Éclaircir le « *hakarai* » du patient.

« S'il n'y a pas de symptômes, tout va bien. C'est pour cela que vous vous efforcez à tout prix à les éliminer, n'est-ce pas ? »

- Questionner les cercles vicieux de « *hakarai* » et « *toraware* ».

« Ne pensez-vous pas que plus vous vous efforcez à éliminer les symptômes, plus les symptômes s'aggravent ? »

Note 2 : Comment traiter les émotions chez les patients de troubles de l'humeur

Dans le cas de dépression, l'humeur dépressive, le sentiment de désespoir et le sentiment d'irritation accompagné d'anxiété sont des symptômes de troubles de l'humeur et ne sont pas de simples fluctuations de l'humeur. Pour cette raison il est à proscrire de conseiller aux patients dépressifs « d'agir dans les actions nécessaires sans s'occuper de l'humeur ».

L'approche de base qu'il faut prendre au début de cette maladie est d'orienter les patients à se reposer plutôt que de les encourager à agir. Il est également important d'aborder le sujet sur « l'impatience » des patients à ce moment-là. Parfois il sera nécessaire de leur conseiller « de ne pas être pressé » et « d'attendre ». Paradoxalement le thérapeute peut même dire aux patients : « votre travail est de vous reposer ».

Dans la période de récupération il est important de recommencer à entreprendre des actions mais celles-ci doivent être conduites doucement selon le stade du rétablissement.

En commençant à « reprendre des actions facilement réalisables quand ils ressentiront relativement moins de lassitude », les patients pourront être encouragés à faire face aux actions en improvisant et en s'adaptant doucement sans aller à l'encontre de leurs états d'humeur du moment.

Lors de la dernière phase du rétablissement, l'enseignement habituel de la thérapie de Morita, « Agir dans les actions nécessaires sans s'occuper de l'humeur », peut être appliqué sans inconvénient. Seulement si on observe une forte fatigue chez ces patients, le thérapeute peut toujours leur conseiller d'arrêter leurs actions rapidement.

Au moment de la reprise de la vie sociale, le thérapeute peut leur adresser « de ne pas essayer de récupérer le temps perdu » et « de reprendre petit à petit ». Leurs hâtes risquent de provoquer un retour de la maladie.

Par contre quant aux patients de troubles dysthymiques (dépression atténuée et chronique), il est contre-thérapeutique d'insister sur le repos. Le fond de l'enseignement sera ici de leur faire percevoir par leurs propres expériences que « l'humeur peut être changée par l'action ».

Note 3 : Explication en cas de la thérapie combinée à la pharmacothérapie

Il sera intéressant au début de la thérapie de parler ouvertement des avantages et des inconvénients de la psychothérapie en général y compris de la thérapie de Morita mais également de la pharmacothérapie. La facilité d'application, la rapidité de son efficacité et le fait qu'elle nécessite moins d'efforts de la part des patients, sont les points forts de la pharmacothérapie. Néanmoins il y a des inconvénients : en plus des effets secondaires elle génère de la résistance médicamenteuse ou de la dépendance (certains médicaments peuvent être difficiles à diminuer ou à arrêter), de plus l'arrêt de son application peut entraîner une récurrence.

Pour appliquer correctement la psychothérapie combinant de l'anxiolytique ou de l'antidépresseur, il est préférable d'avoir les connaissances et les expériences suffisantes concernant les mesures préventives de sevrage lors de la diminution ou de l'arrêt de ces médicaments.

Par ailleurs l'avantage de la combinaison de la pharmacothérapie avec la thérapie de Morita, c'est que les médicaments peuvent alléger le cercle vicieux de *seishin kôgo sayô* (l'interaction psychique) et cela peut entraîner l'amélioration des symptômes. Il est utile d'expliquer ce mécanisme pour que les patients reconnaissent que le rôle des médicaments reste auxiliaire dans le processus de la thérapie de Morita.

Le document n° 1

L'enquête sur les moyens thérapeutiques de Morita en consultation externe

1. Quels types de consultation pour une thérapie de Morita en consultation externe (c'est à dire sans hospitalisation) ?
 - consultation avec assurance sociale
 - consultation sans assurance
2. Quel est le temps usuel pour une consultation externe avec la thérapie de Morita et quelle est la durée de cette thérapie ?
3. Fixez-vous une limite de temps pour une thérapie de Morita en consultation externe? En ce cas-là quel est le nombre usuel de consultations ?
4. Habituellement pour quels genres de cas appliquez-vous la thérapie de Morita en consultation externe? Décrivez les critères correspondants.
5. Décrivez les éléments nécessaires pour la thérapie de Morita en consultation externe.
6. Quelle explication donnez-vous pour introduire la thérapie de Morita en consultation externe? Décrivez les points essentiels.

7. Décrivez un aperçu du processus d'une consultation externe avec la thérapie de Morita.
8. Expliquez concrètement les méthodes que vous utilisez consciemment pour la consultation externe avec la thérapie de Morita s'il y en a.
9. Employez vous simultanément une thérapie médicamenteuse avec la thérapie de Morita en consultation externe?
 - utilisation simultanée presque tout le temps
 - utilisation simultanée de temps en temps
 - pas d'utilisation simultanée
10. Effectuez vous la thérapie de journal ?
 - oui, effectué
 - non, pas effectué
11. Quel est le critère d'effet d'une thérapie?
12. Quel est le critère de la fin d'une thérapie?

Le document n° 2

Proposition concernant la norme du diagnostic de *Morita shinkeishitsu* (la névrose de Morita) - rédigé par le comité pour la norme du diagnostic de *Morita shinkeishitsu* (la névrose de Morita) de l'académie de la thérapie de Morita du Japon (*Nihon Morita Ryôhō Gakkai*)

I. Caractéristiques cliniques concernant les symptômes

Pour être diagnostiquer *Morita shinkeishitsu* (la névrose de Morita), les patients doivent remplir les critères A et B, et également au moins 3 conditions du critère C.

A. « Sentiment d'étrangeté par rapport à soi-même »

Avoir un sentiment de malaise par rapport aux symptômes (problèmes) en ressentant de la souffrance et de la douleur en ayant le sentiment d'être malade.

B. « Inquiétude d'adaptation »

Être inquiet de ne pas pouvoir s'adapter à son environnement à cause de son état actuel (personnalité, symptômes, problèmes...)

C. Les caractéristiques des symptômes, la reconnaissance des symptômes, l'implication par rapport aux symptômes, etc.

1. « Anticiper l'inquiétude »

Être constamment inquiet au sujet de l'apparition des symptômes (problèmes)

2. « Attitude défensive simplifiée »

Être tourmentée principalement par une seule cause. Le regard des patients est focalisé sur un point précis de leurs symptômes (problèmes).

3. « Singularisation du problème »

Considérer son problème comme quelque chose de spécial et hors du commun.

4. « Attitude de contrôle envers les symptômes »

Avoir une forte ambition d'éliminer les symptômes (problèmes).

5. « Capacité de compréhension »

Être capable de comprendre les significations des symptômes qui sont consécutifs aux sentiments habituels de la vie quotidienne.

II. Les mécanismes de la formation des symptômes (les mécanismes de *toraware*)

Pour être diagnostiquer *Morita shinkeishitsu*, les patients doivent remplir les critères A et B.

A. Présence du cercle vicieux de « *seishin kôgo sayô* (l'interaction psychique) »

Les attentions et les sensibilités (les symptômes) s'affectent mutuellement et déclenchent successivement *tel un cercle vicieux* une amplification des perceptions (des symptômes), une fixation des attentions et un rétrécissement des attentions.

B. Présence du cercle vicieux de « *shisô no mujun* (la contradiction de la pensée) »

... Les deux conditions suivantes doivent être remplies.

1. Posture d'éliminer les symptômes : se considérer capable d'agir dans les actions souhaitées s'il n'y a pas de symptôme. Vouloir atteindre l'état où aucune peur n'existe.

2. Dilemme entre le décalage de « son idéal » et « l'image de sa réalité ».

III. Caractéristiques de la personnalité

Pour être diagnostiquer *Morita shinkeishitsu*, les patients doivent remplir au moins une condition de chaque critère A et B.

A. L'introverti et la faiblesse

1. Introverti : excès d'introspection par rapport à sa propre existence, avoir un sentiment d'infériorité.

2. Anxiété : être soucieux des détails et incapable de s'y détacher.

3. Susceptibilité et hypersensibilité : se blesser facilement par rapport aux paroles et aux comportements des autres, être soucieux des paroles et des comportements des autres.

4. Hypochondrie : tendance d'être hypersensible à son corps et à ses sens.

5. Passivité : être incapable de prendre l'initiative, être négatif, être faible en face de nouvelles situations.

B. L'obsession et la puissance

1. Perfectionnisme : être obsédé d'accomplir des choses parfaitement.

2. Supériorité : être compétitif, détester perdre.

3. Orgueil : être fier, avoir un fort amour-propre, envie d'être choyé.

4. Désir d'être bonne santé : envie d'être en bonne santé mentalement et physiquement, envie d'atteindre l'état où aucune inquiétude n'existe.

5. Domination : envie de se contrôler soi-même et de contrôler les proches à son grès.