

La motivation en thérapie des clients qui résistent au traitement

par Denise L. Preston et Stafford Murphy¹

L'efficacité de la psychothérapie dans les milieux non correctionnels est chaudement débattue depuis 40 ans. Les premiers examens des études sur les résultats du traitement semblent indiquer qu'il n'y a pas de différences dans les taux de rétablissement entre les patients traités et ceux qui ne le sont pas, indépendamment du genre de patient examiné, de la mesure des résultats utilisée ou de la forme de thérapie employée². D'après des examens plus récents, les patients qui participent à un traitement de psychothérapie s'améliorent en moyenne plus rapidement et de façon plus marquée que les patients qui ne sont pas traités, mais aucune méthode de thérapie particulière ne semble offrir d'avantages spéciaux³. Les auteurs d'études subséquentes ont tenté de cerner des variables précises liées à des résultats thérapeutiques positifs; ils ont notamment examiné les variables concernant le client, le thérapeute et la thérapie. Le choix de populations faciles à étudier, les variantes dans la formation et l'expérience des cliniciens, les difficultés que pose la définition opérationnelle de la mesure des résultats du traitement et le suivi des résultats à divers moments après le traitement ne sont que quelques-uns des nombreux problèmes méthodologiques inhérents à ce type de recherche. Malgré tout, ces études révèlent l'existence d'importantes variables liées aux clients et aux thérapeutes qui peuvent avoir une incidence sur l'efficacité du traitement auprès des clients qui résistent au traitement.

Efficacité de la psychothérapie

Deux variables se rattachant à la clientèle qui semblent être modérément liées aux résultats du traitement sont l'esprit d'ouverture ou l'absence de méfiance de la part du client et sa motivation à l'égard du traitement. Les clients qui ont l'esprit plus ouvert et qui sont moins méfiants semblent manifester des résultats de traitement plus favorables que ceux qui n'ont pas cette attitude. De plus, malgré l'absence d'une relation cohérente entre la motivation à l'égard du traitement et le résultat de celui-ci, il semble que la motivation acquise durant le traitement soit plus prédictive d'un résultat positif que la motivation qu'un client peut avoir manifesté avant le traitement. Toutefois, la motivation à l'égard du traitement est difficile tant à définir qu'à mesurer. Vu son influence en apparence déterminante sur les résultats de traitement, il serait utile d'élaborer des mesures théoriquement pertinentes, empiriquement solides et cliniquement utiles de la motivation. Ces mesures permettraient d'examiner des questions, comme l'importance du changement survenu dans la motivation au cours du traitement par rapport au

{seuil} minimal de motivation, soit avant ou durant le traitement.

Trois variables se rattachant au thérapeute qui semblent être liées aux résultats du traitement, et plus précisément à l'orientation souhaitée, sont son expérience, sa compétence et sa santé affective.

La variable liée à la thérapie la plus importante en ce qui a trait aux résultats du traitement est une alliance thérapeutique (une relation interpersonnelle positive) entre le clinicien et le client. L'alliance thérapeutique explique la plus grande part de la variation signalée dans la recherche sur les résultats du traitement et serait plus importante que l'intervention particulière qui est employée⁴. Bien sûr, l'alliance thérapeutique dépend des qualités, énumérées ci-dessus, que possède le thérapeute ainsi que d'autres facteurs comme son enthousiasme, son authenticité et son empathie⁵, mais surtout, elle dépend de la capacité du client d'entretenir des relations interpersonnelles positives.

Efficacité du traitement correctionnel

L'efficacité du traitement correctionnel fait l'objet d'un débat analogue⁶. Même si les premières études ont abouti à la conclusion que {rien ne marche}, des études récentes se sont révélées plus positives et ont inclus certains des principes à la base d'un programme correctionnel efficace. Andrews et Bonta⁷ concluent que le traitement doit être offert aux délinquants à risque élevé, viser les besoins criminogènes, être basé sur des théories cognitivo-comportementales ou d'apprentissage social et faire entrer en ligne de compte les principes du risque, des besoins et de la réceptivité. Ils concluent également que le traitement doit faire entrer en ligne de compte les variables liées au thérapeute et à la thérapie comme les principes de la relation et de la dépendance. D'après le principe de la relation, une alliance thérapeutique positive entre cliniciens et délinquants peut faciliter l'apprentissage. Les qualités du thérapeute qui contribuent à cette alliance incluent l'ouverture d'esprit, l'enthousiasme, la souplesse, l'attention et la compréhension de même que la manifestation de l'acceptation, du respect et de la bienveillance à l'égard des délinquants. Selon le principe de la dépendance, les cliniciens doivent établir et faire respecter des limites convenues au degré d'intimité physique et affective,

ainsi que des règles de dépendance anticriminelles comme un renforcement efficace du comportement prosocial et la désapprobation du comportement antisocial.

L'établissement d'une alliance thérapeutique semble donc revêtir une importance primordiale pour assurer l'efficacité d'un traitement, qu'il s'agisse d'un traitement correctionnel ou non. Mais comme nous l'avons déjà signalé, l'établissement de cette alliance dépend surtout de la capacité du client de nouer et de cultiver des relations interpersonnelles authentiques. Ceux dont la vie a été empreinte de méfiance et de crainte ou d'indifférence à l'égard des autres font donc face à un obstacle de taille⁸. Ces individus ont fait l'objet de diagnostics comme ceux de schizophrénie, de trouble de la personnalité limitrophe, de personnalité antisociale et de psychopathie. Une étiquette fréquemment appliquée à ces clients est celle de {résistant au traitement}.

Il suffit d'examiner les dossiers des détenus du Service correctionnel du Canada pour constater qu'on emploie une multitude de ces diagnostics et étiquettes. Un examen des mesures de traitement prises à l'égard de ces délinquants révèle que ces derniers tendent à être moins motivés à l'égard du traitement, à résister davantage au traitement ou ne pas se conformer à celui-ci, à avoir des taux d'abandon élevés, à manifester des changements comportementaux positifs moins nombreux durant le traitement et à avoir des taux de récidive plus élevés après le traitement⁹. Étant donné que ces délinquants présentent un risque considérable de commettre d'autres infractions de violence, les cliniciens doivent impérativement faire tout en leur pouvoir pour les amener à s'engager à suivre le traitement et ils doivent assurer ce traitement de manière à maximiser les chances que les clients opéreront des changements importants dans leur comportement.

Le processus de transformation

Les cliniciens ont traditionnellement considéré la motivation comme un trait de personnalité relativement fixe et ils ont donc tendance à être démoralisés lorsqu'ils doivent travailler avec des clients qui résistent au traitement. Il est plus utile de considérer la motivation comme un état de préparation au changement. Dans cette optique, l'objet du traitement consiste à aider les clients à progresser d'un état à un autre. Il semble que les mesures prises par les cliniciens pour faciliter le passage d'un état à un autre dépendent de l'état de préparation du client. De même, les progrès accomplis dans cette progression dépendent de l'état dans lequel le client se trouve au début du traitement.

Certains auteurs¹⁰ ont exploré à fond le processus de la transformation thérapeutique, qui comporterait selon eux quatre stades. Au stade de la précontemplation, la personne n'est pas consciente d'avoir des problèmes à régler ou alors, elle n'a aucunement l'intention de changer dans l'immédiat. Les personnes qui sont à ce stade entament ordinairement le traitement parce qu'elles y sont forcées; elles sont moins ouvertes, font peu d'efforts et retombent d'ordinaire rapidement dans des comportements mal adaptés. Au deuxième stade, celui de la contemplation, la personne est consciente d'avoir des problèmes à régler mais elle hésite entre ne rien faire dans l'immédiat et exprimer ou manifester une certaine détermination à changer. Au stade de l'action, la personne s'est engagée à changer et commence activement à modifier son comportement, ses expériences et son milieu. Enfin, au stade de l'entretien, la personne a changé de façon appréciable son comportement et s'emploie activement à empêcher une rechute.

Ce modèle à quatre stades signifie qu'il est important pour les cliniciens de s'employer, avant le traitement et au début de celui-ci, à motiver les clients et à les amener à passer du stade de la précontemplation à celui de la contemplation puis à celui de l'action si nécessaire. Pour faciliter ce processus, ils doivent s'efforcer de cultiver une alliance thérapeutique avec les clients afin de les faire participer efficacement au traitement.

L'engagement thérapeutique des clients résistant au traitement

De nombreux auteurs¹¹ ont cerné les qualités du thérapeute qui favorisent l'établissement d'une alliance thérapeutique. Toutefois, certains¹² ont proposé des stratégies particulières pour amener les clients résistant au traitement à s'engager. Bien que leur liste ne soit pas exhaustive, ils estiment que les cliniciens doivent reconnaître que l'hésitation et la résistance de la part des clients sont à la fois normales et compréhensibles. La façon dont ils font face à la résistance de leurs clients détermine en large partie le résultat des efforts de traitement subséquents. Les cliniciens doivent aider activement les clients qui résistent au traitement en tentant par exemple d'éliminer les obstacles au changement qui sont d'ordre pratique et liés à l'attitude. Ils doivent toutefois maintenir un juste milieu entre le désir d'aider activement les clients et la nécessité de les laisser assumer la responsabilité du changement dans leur comportement. Pour aller dans le sens plutôt qu'à contre-courant de la résistance des clients, les cliniciens ne doivent pas imposer à ces derniers leurs opinions au sujet de la nature de leurs problèmes ou des changements qu'ils doivent faire.

Ils doivent plutôt les inviter à examiner différents points de vue et renseignements.

Les cliniciens doivent fournir des renseignements et des commentaires au sujet de la situation actuelle de leurs clients et des conséquences auxquels ils s'exposent en ne changeant pas de comportement. Ils doivent aussi leur expliquer les avantages que leur procurerait vraisemblablement un changement de comportement. Ils peuvent ainsi leur faire mieux comprendre l'écart entre le comportement actuel et les buts personnels importants. Il se peut que les clients modifient ensuite leur {équilibre de motivation} pour favoriser les avantages du changement par opposition à ceux qui sont associés au statu quo.

Dans la mesure du possible, les cliniciens doivent offrir aux clients des choix quant au genre de traitement entrepris et ses buts. Les buts convenus doivent être raisonnables, réalisables et prosociaux, et les cliniciens doivent régulièrement faire des commentaires au sujet des tentatives des clients d'atteindre ces buts.

Enfin, lorsqu'ils ont affaire à des clients qui résistent au traitement, les cliniciens doivent faire preuve d'empathie. Ils doivent essayer de comprendre les sentiments et les points de vue des clients en répétant et en reformulant les affirmations de ces derniers. Ils doivent aussi appuyer et mettre en valeur les sentiments d'efficacité personnelle des clients et les efforts déployés par ces derniers pour parvenir à cet état. Des manifestations d'empathie envers les clients ne signifient pas nécessairement qu'il faut encourager leur comportement, mais elles excluent un certain nombre d'approches qui vont à l'encontre de la thérapie. Quels que soient les clients avec lesquels ils travaillent, mais surtout si ces derniers résistent au traitement, les cliniciens doivent éviter de les juger, de les humilier, de les étiqueter ou de les blâmer de quelque autre manière. Ils peuvent les encourager à assumer la responsabilité de leur comportement sans attribuer de blâme. Ils doivent éviter de jouer le rôle de {l'expert} jouissant de pouvoirs spéciaux de {préparer} les torts.

Surtout, les cliniciens doivent éviter toute dispute ou vive confrontation avec les clients qui résistent au traitement. Ordinairement, les clients sont alors plus méfiants encore, et ils se trouvent forcés à défendre plus vigoureusement leurs opinions peut-être mal éclairées. C'est le cas classique du clinicien qui assume la responsabilité d'opérer des changements de comportement chez les clients¹³.

L'engagement thérapeutique des psychopathes

Certaines des techniques recommandées pour favoriser l'engagement thérapeutique des clients résistant au traitement ne sont peut-être pas indiquées dans le cas des psychopathes, sans doute les plus résistants de tous au traitement. Comme l'ont fait observer plusieurs chercheurs et cliniciens, les psychopathes présentent un ensemble particulier de caractéristiques de la personnalité¹⁴. Ils manifestent notamment une capacité réduite de nouer des relations interpersonnelles authentiques, même s'ils peuvent efficacement faire semblant. Les traitements pour lesquels on insiste beaucoup sur l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le clinicien et le client risquent d'échouer dans le cas d'un psychopathe. De plus, ces traitements peuvent être dangereux pour les cliniciens qui peuvent acquérir faussement un sentiment de sécurité personnelle dans leurs rapports avec des psychopathes. Grandiloquents, les psychopathes peuvent exiger de voir le membre du personnel qui occupe le poste le plus élevé. Durant les enquêtes policières, par exemple, ils demanderont à être interrogés par l'agent enquêteur principal et, pendant le traitement, ils s'attendront à être traités par le clinicien en chef¹⁵. Il se pourrait qu'ils réagissent le mieux à des caractéristiques autres que les qualités interpersonnelles des cliniciens. Comme les psychopathes ont aussi tendance à manipuler les gens, les cliniciens doivent se montrer fermes pour ce qui est d'établir et d'appliquer des limites dans leurs relations avec ces clients. Ils ne doivent pas les protéger contre les conséquences juridiques et sociales de leur comportement¹⁶ et ils doivent constamment rappeler que, dans leur évaluation des changements comportementaux, ils seront convaincus par des actions plutôt que par des paroles. Ils doivent hésiter à donner aux clients psychopathes le bénéfice du doute, même dans des situations en apparence inoffensives. Autrement, les psychopathes estimeront qu'ils sont faciles à duper et qu'ils pourront donc les manipuler dans l'avenir.

L'application de techniques d'engagement thérapeutiques aux délinquants résistent au traitement

Le programme de traitement des délinquants chroniquement violents (DCV) est un projet de démonstration mis au point et financé par la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada. Il s'agit d'un programme de traitement pluriannuel, non résidentiel et mené à des endroits multiples qui fait actuellement l'objet d'un projet pilote à l'établissement Collins Bay, en Ontario.

Il vise les délinquants chroniquement violents, c'est-à-dire ceux qui ont été condamnés au moins trois fois pour avoir commis des infractions de violence. Il est basé sur une théorie sociale de la résolution des problèmes et est appliqué en fonction de principes cognitivo-comportementaux. Il exige une participation à mi-temps pendant 18 semaines.

Compte tenu de la population visée, on s'attend à ce que la plupart des participants résistent au traitement. C'est pourquoi les deux premières semaines du programme sont consacrées à un module de motivation destiné à faciliter l'interaction entre les participants, l'engagement et la confiance. Les participants et les thérapeutes établissent également des règles de base et font une analyse coûts-avantages de l'achèvement du programme. Les règles du groupe mettent en évidence les conséquences positives ou négatives de divers comportements sur autrui. De même, l'analyse coûts-avantages consiste en un examen exhaustif des avantages et des désavantages à court et à long terme qu'il y a à achever ou à ne pas achever le programme. On tient compte dans l'analyse des points de vue des participants, de leur famille, de leurs proches, de leurs amis, des victimes et de la société en général. Le module comprend également un examen des divers obstacles au changement, y compris la communication verbale et non verbale agressive, les croyances agressives, la toxicomanie et l'impulsivité. On discute de chacun de ces aspects en insistant sur la manière dont il favorise un comportement violent ou, inversement, empêche le recours à un comportement non violent.

Les observations préliminaires sur le premier groupe confirment les prévisions, à savoir que le programme à l'intention des DCV vise principalement les délinquants qui résistent au traitement. La plupart des participants ont consenti au traitement uniquement après avoir beaucoup protesté au sujet de la durée, du contenu et du titre du programme. Beaucoup de délinquants ont aussi soutenu qu'ils n'étaient pas chroniquement violents et que le critère d'admissibilité devrait être de cinq condamnations pour infractions

de violence plutôt que de trois. La majorité des participants ont échoué au moins une fois dans un autre programme de traitement et la plupart ont été accusés de nombreuses fois en établissement de ne pas s'être conformés à divers aspects de leurs plans correctionnels. Enfin, presque tous les participants font preuve d'un grand oppositionnisme à l'égard des autres membres du groupe, mais principalement à l'égard des thérapeutes.

Le module de motivation a eu une incidence marquée. Personne n'a été renvoyé du programme dans les deux premières semaines, peut-être parce qu'à la fin de la première semaine, les thérapeutes ont éliminé un important obstacle pratique au traitement; en effet, ils ont tenu les séances de groupe l'après-midi plutôt que le matin. Cette concession minimale a entraîné une baisse des retards, de l'absentéisme et des plaintes ainsi qu'un accroissement considérable de l'attention et de la participation. Pour certains membres du groupe, il s'agissait manifestement de la première fois qu'ils examinaient quelques-unes des questions présentées. Lorsque le groupe a discuté des stratégies de communication, par exemple, certains membres n'avaient jamais entendu parler de la communication non verbale et n'avaient aucune idée de l'incidence de celle-ci sur les autres. En ce qui concerne l'analyse coûts-avantages, la plupart des participants ont tenu compte de l'incidence de la violence uniquement sur eux-mêmes et la plupart ont dit douter de ses conséquences sur les victimes en particulier.

Au début du programme, beaucoup de participants soutenaient que presque tout comportement violent était spontané voire inévitable. À la fin du module, la plupart reconnaissaient que des notions faussées contribuaient au comportement violent et que, dans la plupart des cas, il pouvait y avoir au moins une solution de rechange non violente à un problème. Fait plus encourageant encore, certains membres du groupe étaient fiers d'avoir appris de nouvelles solutions.

Pour un groupe résistant au traitement comme celui-ci, ce n'est pas peu de choses. ■

- ¹ Denise L. Preston, directrice du Programme pour délinquants chroniquement violents (DCV), établissement Collins Bay, 455, chemin Bath, C.P. 190, Kingston (Ontario) K7L 4V9. Stafford Murphy est un thérapeute qui s'occupe de ce programme.
- ² EYSENCK, H.J. "The Effects of Psychotherapy: An Evaluation", *Journal of Consulting Psychology*, 16, 1952, p. 319-324.
- ³ SHAPIRO, D. A. et SHAPIRO, D. "Meta-analysis of Comparative Therapy Outcome Studies: A Replication and Refinement", *Psychological Bulletin*, 92, 1982, p. 581-604.
- ⁴ KANFER, F.H. et SCHEFFT, B.K., *Guiding the Process of Therapeutic Change*, Champaign, Illinois, Research Press, 1988.
- ⁵ DiMATTEO, M.R., et DiNICOLA, D.D., *Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role*, New York, Pergamon Press, 1982.
- ⁶ ANDREWS, D.A. et BONTA, J., *The Psychology of Criminal Conduct*, Cincinnati, Anderson Publishing, 1994.
- ⁷ ANDREWS, D.A. et BONTA, J., *The Psychology of Criminal Conduct*, Cincinnati, Anderson Publishing, 1994.
- ⁸ KANFER et SCHEFFT, *Guiding the Process of Therapeutic Change*.
- ⁹ GERSTLEY, L., MCLELLAN, A.T., ALTERMAN, A.I., WOODY, G.E., LUBORSKY, L. et PROUT, M., "Ability to Form an Alliance with the Therapist: A Possible Marker of Prognosis for Patients with Antisocial Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry*, 146, 1989, p. 508-512. Voir également OGLOFF, J.R.P., WONG, S. et GREENWOOD, A., "Treating Criminal Psychopaths in a Therapeutic Community Program", *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 1990, p. 181-190. Et voir RICE, M.E., HARRIS, G.T. et CORMIER, C.A., "An Evaluation of a Maximum-security Therapeutic Community for Psychopaths and Other Mentally Disordered Offenders", *Law and Human Behavior*, 16, 1992, p. 399-412.
- ¹⁰ PROCHASKA, J.O., DiCLEMENTE, C.C. et NORCROSS, J.C. "In Search of the Structure of Change", *Self-change: Social Psychological and Clinical Perspectives*, Y. Klar, J.D. Fisher, J.M. Chinsky et A. Nadler (dir.), New York, Springer-Verlag, 1992.
- ¹¹ DiMATTEO et DiNICOLA, *Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. Voir également ANDREWS et BONTA, *The Psychology of Criminal Conduct*.
- ¹² JENKINS, A., *Invitations to Responsibility: The Therapeutic Engagement of Men Who Are Violent and Abusive*, Adelaide, South Australia, Dulwich Centre Publications, 1990. Voir également KANTER et SCHEFFT, *Guiding the Process of Therapeutic Change*. Et aussi MILLER, W.R. et ROLLNICK, S., *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, Guilford Press, 1991.
- ¹³ JENKINS, *Invitations to Responsibility*.
- ¹⁴ CLECKLEY, H., *The Mask of Sanity*, St. Louis: Mosby Press, 1982. Voir également HARE, R.D., *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*, New York, Simon and Schuster, 1993. Et aussi MELOY, J.R., "Treatment of Antisocial Personality Disorder", *Treatments of Psychiatric Disorders: The DSM-IV Edition*, G. Gabbard (dir.), Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1995, p. 2273-2290.
- ¹⁵ HAZELWOOD, R., *The Sexually Violent Offender*, atelier de deux jours parrainé par Specialized Training Services, Inc., Toronto, 1995.
- ¹⁶ CLECKLEY, *The Mask of Sanity*.