

# Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité

Hélène Dellucci Psychologue, thérapeute familiale, superviseur et formatrice, praticienne EMDR et consultante EMDR Europe

Ferdinand Wolf Docteur en psychologie, thérapeute familial, formateur et superviseur en thérapie systémique agréé par l'état autrichien. Vienne, Autriche

## Résumé

*Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité.* – Quelles représentations avons-nous des personnes que nous rencontrons? Et quels effets ces représentations ont-elles sur la relation d'aide, le travail de réseau, la thérapie auprès d'une famille, d'un couple ou d'une personne? La recherche en psychologie sociale nous fournit quelques réponses. La clinique systémique nous permet de transposer ces résultats dans les dispositifs que nous rencontrons, quels qu'ils soient. Quelles pistes pouvons-nous alors dégager, afin de faciliter la prise en charge de ceux dont les situations nous mettent le plus à mal? Comment construire un cadre qui permette aux praticiens, qu'ils soient éducateurs, travailleurs sociaux, superviseurs ou thérapeutes, de choisir des représentations utiles pour la rencontre avec les personnes dont ils s'occupent? Cet article propose entre autres des représentations sous forme d'hypothèses de travail a priori, permettant de guider la perception, la réflexion et l'intervention des professionnels vers plus de confort et d'efficacité.

## Introduction

Souvent le travail avec les usagers ou les patients que nous estimons difficiles, peut se traduire par une dimension relationnelle perturbée: nous doutons de la bonne foi de l'usager, il n'arrive pas à respecter les limites fixées par notre cadre d'intervention, nous avons l'impression qu'il nous en demande trop, les échanges, aussi courtois que possible, deviennent fondamentalement tendus. Cela se solde par une relation où nous en sommes à lutter avec les personnes, une relation faite de malentendus et de présupposés de moins en moins constructifs. Les positions se durcissent, laissant de moins en moins d'espace de négociation entre professionnel et usager. Malgré le fait que nous essayons

de faire notre travail au mieux, il est possible que notre motivation ne régresse, notre engagement, pourtant intact au départ, ne faiblisse. La nécessité de nous protéger devient primordiale et vise à éviter, si possible, l'épuisement qui nous guette. Dès lors, la protection entre en contradiction avec nos valeurs premières, ce qui nous satisfait rarement.

## Représentation, croyance, hypothèse ?

Dans cet article, nous allons utiliser trois concepts, à savoir les termes «représentation» «croyance» et «hypothèse». Le terme «représentation», étymologiquement, signifie «action de replacer devant les yeux de quelqu'un» (Centre national de ressources textuelles et lexicales). Si nous poussons un peu plus loin vers le terme «représentation mentale», l'encyclopédie Wikipédia nous indique qu'il s'agit de «l'image qu'un individu se fait d'une situation. Celle-ci est au confluent des sensations et de la mémoire. Dans une situation donnée, les sensations vont susciter l'activation d'informations contenues en mémoire ce qui provoquera les réactions du sujet. Comme toute activité humaine est organisée en vue d'une fin, la notion de représentation est proche de celle d'état mental, et donc du concept d'intentionnalité.»

La représentation donc, serait empreinte d'une intention a priori.

Le terme «croyance» est défini par le dictionnaire de la langue française comme «action de croire», «se fier à quelque chose». Wikipédia ajoute qu'il s'agit là de «tenir quelque chose pour vrai, et ceci indépendamment des preuves éventuelles de son existence, réalité ou possibilité». La croyance, donc, semble une action plus engageante que la simple représentation. Mais peuvent-elles réellement être séparées? Quand basculons-nous de la simple représentation, pour adopter une croyance, et quel est le degré de conscience qu'accompagne ce processus?

Le terme «hypothèse» nous paraît alors plus approprié. L'encyclopédie Wikipédia, toujours, indique qu'il s'agit là d'une «proposition ou explication, que l'on se contente d'énoncer sans prendre position sur sa véracité, c'est-à-dire sans l'affirmer ou la nier. Il s'agit donc d'une simple supposition, appartenant au domaine du possible ou du probable». Mais pouvons-nous être certains que nos ... a priori fonctionnent toujours avec cette neutralité nécessaire pour garder un statut d'hypothèse? Ne pourrait-elle glisser, en fonction de notre degré de malaise, voire de souffrance face à une situation difficile, vers des concepts qui répondraient plutôt à la définition de croyance?

Ces termes, bien que différents en théorie, ne se retrouvent-ils pas enchevêtrés dans notre pratique?

## L'influence sociale, créatrice de réalité ?

«C'est avec un œil sur le jeu interactionnel dynamique des croyances sociales et des relations interpersonnelles, que nous avons commencé à formuler nos propres tentatives, dans le but de spécifier la nature de ce phénomène. Celui par lequel nos croyances, même celles qui sont fausses initialement, peuvent

créer et créent leur propre réalité sociale.<sup>1</sup> » Ce sont les propos de Marc Snyder (1984) dans une publication résumant les recherches sur le phénomène de l'influence sociale.

Dans le monde des théories systémiques, l'approche constructiviste soutient également ces propos : Ernst Von Glasersfeld (1981) nous explique que le constructivisme radical « développe une théorie de la connaissance dans laquelle la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique « objective », mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre expérience ». Qu'il s'agisse du monde systémique, ou celui de la psychologie sociale, la prophétie autoréalisatrice (Merton, 1948) a été largement discutée (Watzlawick, 1981, 1983) et démontrée dans différents domaines tels que l'école (Rosenthal et Jacobson 1968, Harris et Rosenthal 1985; Rosenthal, 1993), au sein d'institutions ou d'organisations (Eden, 1993; Dvir et al., 1995), plus particulièrement entre employeurs et employés (Pelletier et Vallerand, 1996), ou lors d'entretiens d'embauche (Dougherty et al., 1994), mais aussi en thérapie (Copeland et Snyder, 1995). En ce qui concerne nos représentations sur nous-mêmes, nous avons tendance à nous conformer davantage aux visions d'autrui qu'aux nôtres, parfois sans même nous rendre compte que nos représentations ont été influencées de l'extérieur (Vorauer et Miller, 1997).

Le processus d'influence décrit par Snyder et Stukas (1999) se passe à deux niveaux différents : à partir des représentations que nous pouvons avoir de l'autre, nous recherchons d'abord une confirmation perceptuelle et ensuite une confirmation comportementale de ce que nous pensons de l'autre, consciemment ou non. Si nous travaillons avec une personne dépressive, alcoolique, isolée, nous pouvons aisément être attirés à percevoir tout ce qui dysfonctionne chez elle. Nous pouvons même aller jusqu'à inférer des souffrances passées, un style de communication particulier, un manque de structure, ou un lien de loyauté destructeur, dont nous imaginons les effets que nous percevons encore aujourd'hui. Nous allons rarement nous demander, quels trésors elle a dû mettre en œuvre, pour que les choses ne soient pas pires que ce qu'elles sont aujourd'hui. Comment a-t-elle réussi à garder son travail, rester en lien avec l'une ou l'autre personne, rester en vie... Une équipe éducative venant consulter avec un jeune devenu insupportable à leurs yeux, décrira avant tout et surtout les comportements qui confirmeront leur sentiment : il vole, il fugue, il tape les petits, il est malpoli ou ne répond pas lorsqu'on lui parle, n'obéit pas, ne respecte aucune règle. Leur degré d'exaspération les rendra aveugle à tout autre comportement qui ne confirme pas la règle : il est insupportable. Un silence sera dès lors interprété comme un refus de répondre, une attitude non coopérative, plutôt qu'un éventuel état de confusion ou de malaise ou encore le fait qu'il puisse réfléchir tout simplement.

La séquence interactionnelle décrite par Snyder et Stukas (1999) est la suivante :

1. Celui qui perçoit adopte des croyances à l'égard de l'autre : ce jeune est violent.
2. Celui qui perçoit se comporte à l'égard de l'autre comme si ces croyances étaient vraies : l'éducateur peut adopter une attitude suspicieuse, un ton plus ferme, un peu moins d'empathie, devenir un peu plus défensif.

---

<sup>1</sup> Traduit de l'anglais par nos soins.

3. L'autre ajuste son comportement de telle manière, pour qu'il puisse correspondre aux ouvertures de celui qui perçoit : le jeune peut réagir en adoptant une attitude ou un regard fuyant, ne se confiera pas nécessairement à ce moment, aura tendance à se justifier, voire se défendre.
4. Celui qui perçoit interprète les comportements de l'autre comme une confirmation de ses croyances : ce jeune n'est vraiment pas commode, il faut l'avoir à l'œil car il n'a pas fini de transgresser. Il est fermé, ne se livre même pas. Comment peut-on travailler avec lui ?

Imaginons ce qui se passe, si ces croyances sont partagées par toute une équipe. Ce cercle vicieux risque d'entraîner un sentiment de n'être pas compétent chez les professionnels, celui d'être mauvais et pas aimé chez le jeune, entraînant une perte de confiance et d'indulgence de part et d'autre. Si une personne extérieure à cette relation immédiate, par exemple une figure d'autorité (un directeur, un chef de service, un inspecteur ou un juge), cherche à contrebalancer cette tendance, cela pourrait être perçu par les professionnels comme un excès d'indulgence. Ces derniers risquent de ne pas se sentir pris au sérieux, ni reconnus dans leurs propos, étant donné que ce sont eux qui sont au plus près du jeune, donc qui le connaissent le mieux, et « le perçoivent comment il est au quotidien ».

Si en plus le jeune répond aux ouvertures plus indulgentes de l'autre professionnel en adaptant son comportement, il pourra être perçu par l'éducateur comme manipulateur, ce qui pourra contribuer chez lui à encore davantage confirmer ses croyances.

A son tour, la personne en position d'autorité risque de développer des croyances à propos de ce professionnel (il est un peu excessif), se comporter comme si ces croyances étaient vraies (minimiser systématiquement les propos du professionnel), amenant l'éducateur à se conformer aux croyances de la figure d'autorité (en répétant ses propos avec de plus en plus d'émotion, un regard insistant, ...), ce qui confirmera bien les croyances a priori (il est vraiment excessif) et d'agir en cherchant à compenser le comportement de son collègue. Le professionnel, ainsi jugé malgré lui et de manière inévitable, pourra se sentir non compris, non reconnu dans son travail et aura besoin d'une bonne dose de recul et d'énergie, pour continuer son travail auprès de ce jeune, malgré une éventuelle décision qui ne lui convient pas. En retour, il pourra se mettre à générer des croyances à propos de la figure d'autorité...

Voilà décrit une escalade symétrique, qui a moins pour but la recherche d'une prise de pouvoir dans la relation, mais davantage une tentative de reconnaissance sur un plan émotionnel, celle d'être cru dans la réelle motivation de bien faire, malgré la difficulté de la situation. A ce niveau, plus l'émotion de l'un s'amplifie, plus celle de l'autre se réduit, renforçant ainsi l'incompréhension mutuelle.

Cette situation n'est pas l'apanage de la relation éducative. Elle est aisément transposable dans la relation d'aide, dans le travail social, la relation thérapeutique, la relation soignante, etc.

Sommes-nous alors tous livrés à de tels cercles interactionnels ? Condamnés à souffrir, malgré notre souhait de fournir un travail de qualité ? Ou bien devons-nous considérer notre engagement comme temporaire ? Amenant la nécessité, à terme, de trouver le bon équilibre entre « nous protéger » pour prendre du recul, et « y aller », poussés par notre motivation première et notre sens

éthique, ne sachant jamais où se trouve le seuil d'épuisement, sauf à l'avoir atteint.

La supervision est certes un outil efficace et puissant, pourvu que nous ne nous sentions pas trop jugés par notre superviseur, et qu'à l'issue d'une séance, nous puissions nous sentir un peu plus légers, avoir des vues et des pistes alternatives qui se dessinent pour notre situation problématique. Mais la supervision n'est réservée qu'aux cas les plus difficiles. Les autres situations, et elles sont nombreuses, ne bénéficient pas d'une telle possibilité de recadrage et de recul. N'y a-t-il pas une possibilité a priori, prête à l'emploi, là tout de suite, qui puisse éventuellement nous amener dans d'autres boucles interactionnelles ?

## Les approches centrées sur les compétences<sup>2</sup>

Les approches centrées sur les compétences et les ressources nous proposent de nous centrer sur « ce qui marche », c'est-à-dire de mettre l'accent sur ce que l'utilisateur de la relation d'aide fait de bien, et négliger ce qui pose problème. Cela vaut autant pour nos perceptions, nos compréhensions, tout comme nos interventions.

Cette approche, qui peut paraître radicale a priori, peut choquer le professionnel rigoureux, car s'il est là, c'est qu'il a une mission, face à une ou des problématiques bien identifiées, et qu'il doit faire son travail, c'est-à-dire remédier à cela. Difficile alors, de croire qu'en se centrant sur du positif exclusivement, les problèmes se régleront. Steve de Shazer et Insoo Kim Berg (De Shazer et al., 1986) avaient même pour habitude de dire qu'il n'est pas nécessaire de connaître les problèmes, pour trouver des solutions. Cette idée avait déjà été envisagée par Watzlawick et ses collègues (Watzlawick et al., 1974). En Europe, le modèle de Bruges, développé par des psychiatres (Isebaert et Cabié, 1997) tout en n'invalidant pas cette position, semble moins radical. Il propose une arborescence de questionnements, qui guident le professionnel d'aide à suivre l'utilisateur à son rythme. Ce modèle propose l'hypothèse, que l'aide la plus efficace et la plus rapide suit l'utilisateur, d'abord dans sa demande, puis dans sa capacité ou sa volonté de se mettre au travail et finalement dans la conscience qu'il a de ses propres ressources. Guy Ausloos (1996) confirme cela en affirmant que les familles viennent en thérapie, parce qu'elles ont perdu la confiance en leur compétence.

Nous aimerions soutenir ces propos, tout en les nuanciant : de par notre héritage phylogénétique, il est naturel d'être centré sur ce qui ne va pas. Si je veux échapper à une meute lancée à mes trousses, je ne peux m'offrir le luxe de voir la beauté des fleurs sur mon passage. Je cours, je grimpe et j'essaie d'avoir le danger à l'œil, dans le but de mieux organiser ma survie. Notre physiologie nous a heureusement dotés de systèmes réflexes, qui en cas de nécessité, orientent nos comportements, arrêtent la pensée, tout comme les autres programmes à long terme, comme par exemple la digestion, l'immunité, ... et nous orientent vers la survie à court terme. Pour ce faire, notre survie dépend de notre capacité à jauger correctement le danger, et d'y échapper, mieux encore d'y remédier.

---

<sup>2</sup> Deux associations regroupent les approches centrées sur les compétences : l'EBTA (European brief therapy association) [www.ebta.nu/](http://www.ebta.nu/) et l'AFACC (Association francophone des approches centrées sur les compétences) <http://afacc.fr/>

Face à tout ce qui nous pose problème, ce vieux réflexe si précieux est donc parfaitement opérant.

Cependant, nous pensons que pour construire de la résilience, nous devons dépasser la centration sur le problème uniquement. Cela se passe, d'abord sans en avoir trop conscience. Nous faisons bien des choses pour nous apaiser, puis nous remettons en route les projets à plus long terme : tout d'abord physiologiquement, mais aussi psychologiquement et comportementalement. Il arrive néanmoins que de nombreux usagers que nous recevons soient, étant donné leur passé post-traumatique, souvent coincés dans ces logiques de survie.

Les approches centrées sur les compétences et les ressources ne demandent pas de nous détourner de ce qui fait problème, mais de ne pas oublier la dimension des ressources, cette part saine chez chacun de nous, et qui fait que, malgré les choses difficiles, il reste des dimensions préservées, du moins en partie. Si nous ne les regardons pas, elles risquent de passer sous silence. Parmi celles-ci, il y a au moins la dimension de la capacité à survivre, dont nous pouvons dire qu'elle est au moins aussi importante que la liste des problèmes est longue.

Marc Snyder nous apprend que le professionnel, en position haute, influence la séquence interactionnelle dans le sens où il cherche une confirmation de ses croyances, qu'il obtient, étant donné que celui qui recherche de l'aide souhaite entrer en relation. Dans des cas où il n'y a pas de demande, l'utilisateur contraint n'est pas moins attentif à l'attitude du supposé aidant, et il sera dès lors sensible aux ouvertures de ce dernier.

La centration sur les compétences nécessite de la part de l'aidant une décision consciente et délibérée. Plus une situation est difficile, plus nous sommes attirés par la dimension qui pose problème, et plus nous risquons d'être aspirés par la logique de survie (sur le plan physiologique et psychique) dans laquelle se trouve notre interlocuteur.

Pouvons-nous alors construire des remparts, qui nous permettent de rester dans un cadre bienveillant ? Qui nous aident à entrevoir et à mettre en lumière, que quelles que soient les choses que les usagers aient pu mettre en œuvre jusqu'aujourd'hui, c'est bien le résultat de ce qu'ils ont trouvé de moins pire. Cela vaut tant pour les personnes dont nous nous occupons, qu'également pour nos collègues, et aussi les usagers qu'ils reçoivent.

## Des hypothèses de travail utiles

Plutôt que de subir les pressions exercées par les situations difficiles, nous proposons de les aborder différemment, en faisant le choix de nos représentations dès le départ. Ces représentations choisies a priori, nous pouvons les utiliser comme des hypothèses, nous aidant ainsi à adopter et à conserver un regard centré sur les compétences, et ce malgré les difficultés et les problèmes.

Nous pensons que, outre des effets différents sur nous et nos usagers, cette approche prévient du burn-out, sans diminuer l'efficacité de nos interventions.

Insoo Kim Berg et Thérèse Steiner (2003) ont eu le mérite d'énoncer une série d'hypothèses utiles dans le travail avec des familles, en différenciant celles à l'égard des enfants et des parents.

En principe, les enfants souhaitent :

1. Que leurs parents soient fiers d'eux.
2. Faire plaisir à leurs parents et à d'autres adultes.
3. Etre acceptés comme faisant partie d'un groupe social.
4. Etre actifs et impliqués dans des activités avec d'autres personnes.
5. Apprendre de nouvelles choses.
6. Etre surpris et surprendre d'autres personnes.
7. Exprimer leurs opinions et leurs choix.
8. Faire des choix si l'opportunité leur en est donnée.

Les parents, quels qu'ils soient, quels que soient leurs comportements, souhaitent peut-être au fond d'eux :

1. Etre fiers de leur enfant.
2. Avoir une influence positive sur leur enfant.
3. Entendre de bonnes nouvelles au sujet de leur enfant et dans quels domaines il/elle se débrouille bien.
4. Donner à leur enfant une bonne éducation et de bonnes chances de succès dans leur vie (quelle que soit la manière dont ils le définissent).
5. Voir le futur de leur enfant meilleur que le leur.
6. Avoir de bonnes relations avec leur enfant.
7. Avoir de l'espoir pour leur enfant.
8. Ressentir qu'ils sont de bons parents.

Tant les hypothèses pour les enfants semblent acceptables, celles pour les parents, surtout s'ils sont reconnus maltraitants et négligents, peuvent profondément irriter les professionnels. Nous pensons de manière cohérente avec l'approche de la thérapie contextuelle (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1973; Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1980, 1986), que les parents font du mieux qu'ils peuvent avec les moyens dont ils disposent et dans le contexte dans lequel ils vivent. Partir de ce présupposé n'empêche pas de voir les dysfonctionnements, mais permet au moins d'entrer en relation. Insoo Kim Berg (2007) avait pour habitude de clairement énoncer certains de ces présupposés et l'émotion suscitée à ce moment montre clairement que cela n'est pas superflu.

Ferdinand Wolf a étendu cette réflexion aux situations entre professionnels lors du travail de réseau et aux situations scolaires. En s'inspirant des hypothèses utiles d'Insoo Kim Berg et de Thérèse Steiner (2003), il a développé les énoncés suivants.

En principe les professionnels/les instituteurs souhaitent peut-être :

1. Etre fiers de l'effort de leurs usagers/élèves.
2. Avoir une influence positive sur leurs usagers/élèves.
3. Donner à leurs usagers/élèves une bonne prestation/éducation et de bonnes chances pour le futur (quelle que soit la manière dont ils le définissent).
4. Aider et soutenir leurs usagers/élèves dans le processus d'apprentissage et de socialisation dans la vie/l'organisation /l'école.
5. Avoir une bonne relation avec leurs usagers/élèves et leurs proches.
6. Renforcer les habiletés et les compétences de leurs usagers/élèves.
7. Avoir de l'espoir concernant leurs usagers/élèves.
8. Coopérer avec d'autres professionnels, s'ils sont respectés comme experts dans leur contexte.
9. Ressentir qu'ils sont de bons professionnels/instituteurs.

Travaillant avec des personnes souffrant de traumatismes complexes et de troubles dissociatifs, des problématiques reconnues pour amener un travail thérapeutique parfois difficile et de longue haleine, Hélène Dellucci a mis au point, en s'inspirant de ce qui précède, une liste d'hypothèses qui peuvent être utiles tout au long de ce travail.

Les personnes réputées difficiles en thérapie souhaitent peut-être :

1. Être reconnues par rapport aux raisons qui les amènent en consultation.
2. Être acceptées, même si elles-mêmes ont des difficultés à s'accepter en tant que tel.
3. Faire savoir leurs opinions et leurs choix.
4. Faire des choix, si l'opportunité leur en est donnée.
5. Être actives et impliquées (qu'ils aillent de l'avant ou en résistant).
6. Apprendre de nouvelles choses.
7. Avoir une influence positive sur elles-mêmes (et leurs parties dissociatives).
8. Entendre de bonnes choses sur elles et sur leurs talents (même si elles ont des difficultés à le reconnaître).
9. Avoir de l'espoir.
10. Être acceptées en tant que partie d'un tout (groupe, famille, communauté, dispositif thérapeutique, ...).

Comment mettre en œuvre ces présupposés bien pensés a priori dans les situations qui s'annoncent difficiles de prime abord ? Avec des personnes qui ne nous demandent rien, mais pour lesquels d'autres sont suffisamment motivés pour nous adresser une demande pressante ?

## Vignette clinique : Antoine

Antoine, 10 ans, est hébergé en Maison d'Enfants. Les professionnels de la structure font une demande auprès d'une psychologue spécialisée en psychotraumatologie, en vue d'une thérapie EMDR<sup>3</sup>. La demande s'accompagne de l'évocation du passé post-traumatique d'Antoine, fait d'agressions sexuelles, de maltraitements, d'abandons répétés et d'un placement, alors que ses frères et sœurs ne sont pas placés. Au premier entretien, Antoine est accompagné par un éducateur, et bien qu'il soit présent, il reste mutique, dans une attitude corporelle complètement fermée. L'éducateur expose la demande de l'institution : qu'Antoine fasse une thérapie EMDR, car il a sûrement des séquelles post-traumatiques et parce qu'il est infernal : il ne respecte aucune règle, il vole, il tape les plus petits, etc. L'éducateur indique une équipe éducative exaspérée et épuisée des difficultés de comportement de ce jeune.

L'attitude d'Antoine ne change pas face à ce récit, il regarde ses mains et reste muet. La thérapeute se sent prise entre le mandat de l'institution, d'accé-

---

<sup>3</sup> EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est une approche psychothérapeutique, découverte par F. Shapiro en 1987 (Shapiro, 1997) et particulièrement efficace pour soigner les traumatismes psychiques. En français, EMDR pourrait être traduit par « Désensibilisation et réintégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires » (D. Servan Schreiber, 2003).

der à sa demande et d'orienter le travail vers une aide à ce qu'Antoine puisse guérir de ses blessures, de ses traumatismes, qu'elle croit réels, et l'attitude de ce dernier, qui indique qu'il ne demande rien.

Comment comprendre l'attitude d'Antoine? La thérapeute recadre la présence de celui-ci comme une décision a minima, de venir à cet entretien, car il aurait pu fuguer, faire ce qu'il faut pour ne pas venir au rendez-vous. Le jeune ne répond rien, l'éducateur acquiesce en souriant.

Le professionnel fait un résumé de l'histoire post-traumatique d'Antoine, que la thérapeute écoute, en prenant garde de ne pas laisser l'éducateur donner de détails, afin d'éviter une éventuelle fascination par des éléments traumatiques d'une part, et de déclencher des émotions intempestives chez Antoine d'autre part. Cela n'aurait amené rien d'autre qu'un renforcement d'un éventuel sentiment d'impuissance face à celles-ci.

Lorsque la thérapeute demande quels sont les domaines dans lesquels Antoine se débrouille bien, l'éducateur, surpris, reste d'abord sans voix. Néanmoins, relations courtoises aidant, il accepte de réfléchir à la question et cherche manifestement à trouver une réponse appropriée. Au bout d'une à deux minutes, l'éducateur évoque qu'Antoine travaille bien à l'école. La thérapeute marque son étonnement. Comment, avec un tel passé chargé, fait-il pour avoir une capacité suffisante à se concentrer, de façon à n'avoir aucun retard scolaire?

Lorsqu'elle demande à Antoine, comment il se débrouille, pour avoir la moyenne, celui-ci hausse les épaules, ne répond pas. La thérapeute se tourne vers l'éducateur qui, après réflexion, indique qu'Antoine est un garçon intelligent. Ce dernier reste toujours dans une attitude fermée.

A la demande, s'il y a un autre domaine où Antoine se débrouille bien, l'éducateur, après un temps de réflexion, indique le football. Lorsque la thérapeute demande des précisions, l'éducateur décrit qu'il joue plutôt bien, et qu'il montre même aux petits comment faire. Antoine, lui, jette un regard de côté vers l'éducateur, sans répondre aux questions de la thérapeute. A la demande de cette dernière, l'éducateur confirme que le jeune respecte les règles du foot et que, dans ce cadre-là, il a une attitude constructive avec les plus jeunes.

A la fin de l'entretien, nous remarquons ensemble, explicitement, qu'Antoine aurait pu ne pas venir s'il avait vraiment voulu (il aurait pu être introuvable au dernier moment, fuguer, ...), qu'il arrive à se débrouiller suffisamment bien à l'école pour avoir la moyenne, et qu'il aime jouer au foot. Et lorsqu'il joue au foot, il arrive à respecter les règles, et même à montrer aux plus petits comment faire. La thérapeute se montre perplexe devant une telle contradiction entre l'objet de la consultation (comportement décrit comme infernal au foyer), et les domaines où il se débrouille bien (comportement acceptable, voire remarquable au foot). L'éducateur semble pensif et acquiesce, Antoine a le regard accroché à l'expression du visage de l'éducateur, tout en gardant la tête baissée.

La thérapeute, responsable du cadre de son intervention, en explicite les règles: il s'agit de séances individuelles avec Antoine, s'il est d'accord, et les échanges pendant ce temps resteront confidentiels, sauf règles d'usage, c'est-à-dire la transmission d'informations qui pourraient concerner un danger ou bien des maltraitances non encore signalées. Le cadre définit aussi régulièrement un moment d'entretien avec les professionnels, en présence d'Antoine, pour faire le point sur les changements et les résultats à leur demande, puisque celle-ci a le mérite d'être clairement exprimée. Lorsque la thérapeute questionne Antoine,

à savoir s'il veut bien revenir, il répond un « J'sch pas », à peine audible. Cela est entendu comme un « je ne sais pas » indécis, mais qui « ne dit pas non », ce qui lui est retransmis. La thérapeute l'invite à revenir en lui disant que s'il souhaite le contraire, il peut le dire à l'éducateur. Et que s'il est présent à la prochaine séance, cela voudra dire qu'Antoine n'aura pas fait le nécessaire pour ne pas venir.

L'éducateur semble satisfait. Le reste de la séance consiste en une période de dix minutes avec Antoine seul, où la thérapeute lui explique ce que c'est la thérapie EMDR<sup>4</sup>, où elle énonce aussi les règles, c'est-à-dire qu'il peut ne rien dire, dire stop, et qu'ils ne feront jamais d'action avec laquelle il ne soit pas d'accord, et qu'il peut même changer d'avis en cours de route. Outre les « j'sch pas » à chaque question, Antoine ne dit rien.

Aux séances suivantes, un point est fait avec l'éducateur<sup>5</sup> en présence du jeune, sur les changements constatés. L'éducateur rapporte des changements positifs et ce temps commun est consacré à explorer, comment Antoine a réussi à les mettre en œuvre. Ce questionnement demande des efforts au professionnel, et la thérapeute l'en remercie. Néanmoins, séance après séance, les changements se confirment et les professionnels semblent changer de regard sur Antoine, même s'ils ne savent pas bien comment il a pu mettre en œuvre ses comportements plus adaptés. Celui-ci n'a pas arrêté de transgresser, mais il le fait moins souvent, semble plus calme, a stoppé les comportements de violence à l'égard des plus jeunes, au foyer.

Les moments d'entretiens individuels de 20 minutes se soldent par des questions que la thérapeute pose, auxquels au mieux la réponse est « J'sch pas » et au pire un silence, voire un vif geste de retrait lorsqu'elle propose à Antoine des exercices d'apaisement qui nécessiteraient qu'elle s'approche de lui.

Au bout de six séances, les éducateurs sont tout à fait heureux du changement de comportement d'Antoine, qui se maintient, et ils l'imputent à la thérapie. Etant donné la confidentialité du contenu de l'espace individuel, un possible malentendu s'installe : à savoir que les éducateurs pourraient penser qu'Antoine fait un travail en EMDR comme ils l'avaient prévu, reconnu efficace dans le traitement des séquelles post-traumatiques.

Il est possible qu'ils imputent le changement de comportement à la thérapie d'Antoine au sein de l'espace individuel, le félicitent de l'effort consenti et ont de ce fait un regard modifié sur lui, permettant le bénéfice du doute, plutôt que l'éternelle preuve de sa mauvaise foi ou d'une rémission partielle. Il est possible aussi, que les éducateurs, soulagés par le respect du cadre dont Antoine fait preuve, aient pu s'attendre à des changements positifs, regard que les questions du thérapeute ont contribué à orienter. Si effectivement les ouvertures des éducateurs ont changé de telle manière que de nouveaux comportements soient possibles, et qu'ils aient eu lieu, nous pouvons dire que désormais ceux-ci font partie du répertoire d'Antoine.

Mais, qu'en est-il alors du mandat de l'institution, c'est-à-dire d'aider le jeune à faire une thérapie EMDR ?

---

<sup>4</sup> Le lecteur intéressé trouvera toutes informations utiles sur le site de l'Association EMDR France : [www.emdr-france.org/](http://www.emdr-france.org/)

<sup>5</sup> L'éducateur accompagnant Antoine à chaque entretien est une personne différente. Les professionnels échangent entre eux du contenu de la partie commune des séances.

## Discussion

La fin de la thérapie a eu lieu pour deux raisons. D'une part, les demandes de l'équipe éducative avaient reçu une réponse satisfaisante, notamment en termes de changement de comportement de leur protégé, et d'autre part, Antoine n'a pas eu de demande pour lui-même. A-t-il alors déblayé ses traumatismes ? L'hypothèse des éducateurs, à savoir qu'Antoine avait un comportement déroutant, parce qu'il est traumatisé, était-elle correcte ?

Antoine a bel et bien travaillé en thérapie, mais pas comme les éducateurs l'avaient prévu : il a modifié ses comportements entre les séances, a été sensible et réceptif, sans doute, au changement de regard des éducateurs. En séance individuelle, nous avons tout d'abord abordé la dimension de l'intégrité physique et psychique. Maturana et Varela ont eu le mérite, à travers leur théorie de l'autopoïèse (1973), de nous préciser les conditions dans lesquelles une cellule est vivante et le reste : d'une part, il faut qu'il y ait une limite entre intérieur et extérieur et, d'autre part, il est important qu'il n'y ait pas de chevauchement de cette cellule avec les cellules environnantes. Robert Neuburger (1995) a adapté ces règles aux familles, en décrivant l'importance, pour chaque famille, de la dimension mythique, c'est-à-dire, que cette famille ait une définition consciente ou inconsciente des règles et des dimensions qui font que les membres de la famille appartiennent à la famille, mais aussi en quoi cette famille est unique et comparable à aucune autre. Nous avons adapté ce raisonnement aux personnes individuelles. Les personnes traumatisées surtout, blessées de l'expérience qu'ils ont fait du non-respect de leur intégrité, sont très sensibles à cette dimension. Antoine a sans doute pu être suffisamment rassuré sur ce plan pour revenir en séance. Et il a clairement marqué son désaccord de manière comportementale, lorsque la thérapeute a tenté de s'approcher de lui, même si c'était dans le but d'un exercice d'auto-apaisement. Sa réaction de vif retrait montrait clairement qu'Antoine a décodé ce comportement apparemment anodin comme un danger, risquant, si la thérapeute ne l'entendait pas, de déclencher une sur-activation physiologique, qui aurait pu lui faire quitter la pièce. Au lieu de cela, il s'est contenu, permettant à la thérapeute de s'ajuster et de réguler avec lui la bonne distance et la suite des événements.

Il est possible dès lors, que l'espace individuel ait pu permettre à Antoine de ressentir physiquement et de comprendre ensuite, que les limites qu'il indique de manière non verbale sont respectées et que la thérapeute tient parole quant au fait que rien ne serait fait avec quoi il ne serait pas d'accord. Les survivants de traumatismes multiples et complexes surtout, comme c'est le cas pour Antoine, ont une sensibilité exacerbée pour d'abord vérifier leur intégrité physique et psychique. Le simple fait de ne pas fuguer pour l'heure du rendez-vous, alors qu'il en aurait été capable, était simplement un message disant qu'il voulait bien venir à minima, quelle que soit sa motivation.

Les personnes, lorsqu'elles viennent demander de l'aide, le font en position de demande, donc en position basse. Pour justifier leur démarche, il faut une bonne raison, et ainsi ce sont les problèmes qui sont mis en avant en premier lieu. Qui viendrait demander de l'aide en parlant d'abord de ses points forts, pour faire connaissance et être accepté comme un interlocuteur à la hauteur ? Au contraire, la demande d'aide s'énonce de manière paradoxale : « écoutez tous les problèmes que j'ai et qui m'amènent, mais acceptez-moi d'abord comme je

suis, sans me juger, en me respectant, et en n'essayant pas de me changer avant que je ne sois prêt.» Entrer en relation suppose que les deux interlocuteurs puissent s'estimer à la hauteur de l'interaction, même si les rôles sont différents et bien définis : l'un est aidant, l'autre demande de l'aide. Il s'agit là de la deuxième règle qu'énonce la théorie de l'autopoïèse, celle du non-chevauchement des cellules, ici du demandeur d'aide et de l'aidant.

C'est donc le rôle du professionnel, en tant que spécialiste de la thérapie ou de la relation d'aide en général, de définir les règles du cadre, et de faire en sorte que les séances de travail puissent se passer dans de bonnes conditions. Le rôle de la personne qui demande, spécialiste de sa propre vie, est d'apporter le contenu à aborder, et d'effectuer des changements dans son quotidien. Ainsi, professionnel et usager peuvent faire équipe pour répondre ensemble à la demande, qu'elle soit portée par le demandeur d'aide ou par un tiers. Pour ce faire, nous sommes d'avis qu'il est utile d'inclure, dès le départ, les conditions de la fin du suivi, qu'il soit thérapeutique, ou qu'il s'agisse d'un autre type de relation d'aide. Qu'entendons-nous par les conditions de la fin du suivi ?

En premier lieu, nous pensons qu'il peut être important et efficace de déterminer un objectif : celui du demandeur d'aide, s'il est en mesure de le formuler. Si tel est le cas, et que l'objectif est réaliste, nous avons déjà un aperçu des ressources de la personne : outre la capacité de demander de l'aide, ou de se soumettre à la demande d'un autre, il y a celle de savoir ce qu'il veut, chose non négligeable. Mais une personne peut savoir ce qu'elle souhaite, sans pour autant être en mesure de le formuler concrètement. C'est alors au professionnel de l'aider. Notre démarche est toujours celle d'un questionnement, demandant confirmation à notre interlocuteur. Il s'agit là d'une façon d'énoncer des propositions, tout en laissant à l'autre le soin de les faire siennes.

En second lieu, et non des moindres, étant donné que nous ne connaissons pas la personne en face de nous, et sachant l'influence que nous avons, décrite par Snyder et Stukas plus haut, il nous paraît important de bien choisir les représentations que nous pouvons avoir au sujet de la personne aidée.

Nous pouvons donc, sans prendre trop de risques, énoncer des hypothèses utiles, pour rechercher ensuite quels seraient les éléments qui viendraient les confirmer.

Pendant ce temps, le professionnel aurait l'assurance de porter, outre son regard diagnostique, destiné à rechercher les dysfonctionnements, un autre regard sur les compétences de la personne, ses ressources qui lui serviront de moteur pour atteindre ses objectifs.

En ce qui concerne Antoine, nous pouvons dire qu'il pourrait souhaiter être accepté comme faisant partie d'un groupe social, être actif et impliqué dans les activités avec d'autres personnes, notamment à travers le foot, sa participation à l'école, et le fait qu'il ne se soustrait pas à la démarche que les professionnels souhaitent pour lui. A cela nous pouvons ajouter qu'il pourrait souhaiter être accepté comme il est, même si lui-même pourrait avoir des difficultés à s'accepter en tant que tel. Cette dernière hypothèse ne restera qu'une hypothèse. Mais certainement nous pouvons dire qu'Antoine aime entendre de bonnes choses sur lui et ses talents, même s'il ne nous l'a pas dit. Ses réactions non verbales (avoir le regard accroché à l'expression de l'éducateur) et les changements qu'il a réussi à mettre en œuvre confirment cette hypothèse. Nous pouvons dire également qu'il pourrait souhaiter être actif et impliqué dans les activités avec d'autres personnes et en thérapie. Ses « j'sch pas » en thérapie étaient à notre

sens une tentative de maintenir la bonne distance, ne pas aborder ce qu'il ne veut pas, tout en se pliant à la consigne de venir à des séances individuelles. Nous pouvons aussi dire qu'il a fait le choix a minima d'être là, et de laisser le thérapeute s'ajuster à lui, en lui faisant savoir ce qu'il ne souhaitait pas.

En ce qui concerne les professionnels, nous pouvons partir du principe, que toutes les hypothèses sont utiles. Dès le départ, lorsque les points forts d'Antoine ont été mis en avant, l'éducateur, d'abord plaintif, est devenu pensif, puis à la deuxième séance, lorsqu'il rapportait des changements positifs, même s'il ne pouvait pas dire comment Antoine s'était débrouillé pour les mettre en œuvre, il était ému de l'effort consenti. Nous pouvons donc dire sans trop de risques, que les éducateurs souhaitent avoir une influence positive sur leurs protégés, et leur donner une bonne éducation et de bonnes chances pour l'avenir. Cela n'a pas été exprimé comme tel, mais nous avons compris la démarche de l'équipe en ce sens. Il paraît clair aussi que les éducateurs souhaitent aider les enfants dont ils s'occupent dans le processus de socialisation dans la vie, et qu'ils ne sont pas contre une bonne relation avec eux. Les changements énoncés concernant le comportement d'Antoine et la satisfaction par rapport à ceux-ci montrent clairement que les professionnels souhaitent renforcer les habiletés et les compétences de leurs usagers. Nous partons du principe que tous les professionnels quels qu'ils soient, souhaitent coopérer avec nous, s'ils nous en font la demande, pourvu qu'ils soient respectés comme experts dans leur contexte, ici la relation des éducateurs avec Antoine, et ce qu'ils observent le concernant au sein du foyer éducatif. Tous les professionnels souhaitent également être de bons professionnels, cela paraît évident.

L'objectif du thérapeute est globalement de répondre à la demande d'aide de la personne ou du tiers envoyeur, de telle manière, qu'à partir du moment où l'aidé aura repris les choses en main, il puisse s'effacer plus ou moins rapidement.

Dans un premier entretien, il convient d'entendre aussi et avant tout les ressources de la personne, le courage et la perspicacité d'être venu consulter, la persévérance d'avoir mené sa barque jusque-là, et ce malgré les problèmes. Plus la liste des traumatismes évoqués est longue et laisse sous-entendre des faits graves, plus nous sommes certains de la capacité de survie extraordinaire de nos interlocuteurs. Heureusement, nous avons l'avantage de ne converser qu'avec ceux qui ont fait preuve de survie, même s'ils peuvent être mal en point. Tant de force mérite d'être mise en lumière, regardée, comprise et respectée. Souvent, nous disons aux personnes, qu'en ayant fait tant de choses jusque-là, en ayant survécu comme ils l'ont fait, ils ont déjà fait l'essentiel. Après, l'usager ayant été reconnu dans ce qu'il a d'extraordinaire, et une fois la démarche d'aide démythifiée, nous pouvons commencer un travail en nous centrant sur les souhaits de la personne ou du tiers envoyeur.

Ces représentations et leurs effets ne sont pas qu'une chose cognitive, dénuée d'affect. Ils touchent la dimension du ressenti, qui lui peut être partagé entre le professionnel et la ou les personnes qu'il reçoit. Sans l'invalider, le concept des neurones miroirs pourrait nous aider à aller au-delà de la simple explication évoquée en psychologie sociale, qui se centre surtout sur l'interaction observable.

Découvert et identifié en 1996 par Giacomo Rizzolatti et ses collègues lors de recherches sur les singes macaques, le concept des neurones miroirs prend

aujourd'hui une place centrale dans les interactions humaines. Il s'agit de neurones moteurs, qui s'activent, non seulement lorsqu'une personne effectue une action, mais aussi lorsque celle-ci, sans bouger, regarde quelqu'un d'autre faire une action (Rizzolatti et al., 2009). Les auteurs parlent d'un phénomène de résonance motrice, ce qui signifie, que c'est notre corps qui comprend, avant notre perception consciente. Gallese (2005) suggère que «l'émotion de l'autre est constituée, vécue et ainsi directement comprise par le biais des stimulations corporelles produites par un état du corps partagé». Autrement dit, lorsque nous sommes empathiques envers autrui, nous ressentons par le biais de notre corps l'émotion de l'autre grâce au système des neurones miroirs. Cela a été démontré pour les sensations de dégoût (Wicker et al., 2003) et de tristesse en lien avec la sympathie (Decety et Chaminade, 2003), mais également pour la douleur (Jackson et al., 2005).

Le système des neurones miroirs jouerait ainsi un rôle dans l'apprentissage, l'imitation et l'empathie. Antoine aurait alors pu, non seulement constater, mais aussi ressentir que la thérapeute préserverait son intégrité, et obtenir ainsi la garantie de ne pas être retraumatisé par la thérapie. Au sein de celle-ci, les traumatismes n'ont pas été abordés. Cela nécessite un consentement éclairé de la part de la personne concernée. Antoine n'avait pas cette demande. L'équipe éducative avait une demande, et le jeune s'y est conformé. La thérapeute, à la fin de la thérapie, en félicitant Antoine pour le travail qu'il a pu faire<sup>6</sup>, lui a indiqué que, si un jour, il souhaitait se débarrasser de ses blessures traumatiques, cela pourrait être possible, qu'il y a une approche thérapeutique efficace pour cela. Et qu'elle, en tant que thérapeute, serait là si un jour il en faisait la demande. Nous constatons que ne pas devancer les demandes des personnes venues consulter résulte en une motivation accrue de travailler ce que la personne a décidé d'aborder. Souvent, ces personnes reviennent pour travailler des dimensions laissées en jachère jusque-là. Elles le font quand elles se sentent prêtes. Etant donné qu'une relation de confiance est déjà installée, le travail avance souvent très rapidement.

## Conclusion

Après une brève excursion dans la recherche en psychologie sociale, il s'avère que la construction de notre réalité est bien réelle. L'influence que nous avons en tant que professionnels de la relation d'aide porte sur la réalité que nous avons construite, et ce dès les premiers instants de la rencontre. Avant pu choisir des hypothèses utiles, le travail dans la relation d'aide reste davantage constructif, permettant aux personnes venues consulter de jouer pleinement leur rôle: celui de changer dans leur vie quotidienne. Non seulement le professionnel peut rester dans le sien, mais l'ensemble semble plus efficace et se dérouler dans de bonnes conditions pour tous. Même en face d'un interlocuteur qui ne demande rien, ces hypothèses centrées sur les compétences semblent efficaces.

---

<sup>6</sup> Nous tenons à préciser qu'il ne s'agit pas ici d'une intervention paradoxale, mais d'un remerciement authentique, car Antoine, qui ne demandait rien, a fait sa part du travail, c'est-à-dire effectuer des changements dans la vie quotidienne.

Correspondance :  
Hélène Dellucci  
Centre CLARTES  
8A, rue du Perron  
69600 Oullins, France  
helene.dellucci@wanadoo.fr

## Bibliographie

1. Ausloos G., 1996. *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Editions Erès, collection Relations, Toulouse.
2. Berg I.K., Steiner T., 2003. *Children's solution work*. Norton, New York.
3. Berg I.K., Huibers A., 2007. *Classroom solutions*. DVD. Solutions Center, Utrecht, Pays-Bas.
4. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M., 1973. *Invisible loyalties*. Harper Collins Publishers, New York.
5. Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.R., 1980. Thrust based therapy: A contextual approach. *American Journal of Psychiatry*, 137,7.
6. Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.R., 1986. *Between give and take*. Brunner-Routhledge, New York.
7. Copeland J.T., Snyder M., 1995. When counselors confirm: A functional analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1210-1220.
8. Decety J., Chaminade T., 2003. Neural correlates of feeling sympathy. *Neuropsychologia*, 41, 127-138.
9. De Shazer S., Berg I.K., Lipchik E., Nunnally E., Molnar A., Gingerich W., Weiner-Davis M., 1986. Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-222.
10. Dougherty T.W., Turban D.B., Callender J.C., 1994. Confirming first impressions in the employment interview. A field study of interviewing behavior. *Journal of Applied Psychology*, 79, 659-665.
11. Dvir T., Eden D., Banjo M.L., 1995. Self-fulfilling prophecy and gender: Can women be Pygmalion or Galatea? *Journal of Applied Psychology*, 80, 253-270.
12. Eden D., 1993. Interpersonal expectations in organisations. In: P.D. Blank (Ed.): *Interpersonal expectations: Theory, Research and Applications*. Cambridge University Press, London, pp. 154-178.
13. Gallese V., 2005. Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23-48.
14. Harris M.J., Rosenthal R., 1985. Mediation of interpersonal expectancy effects: 31 meta-analyses. *Psychology Bulletin*, 97, 363-386.
15. Isebaert L., Cabié M.C., 1997. *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Editions Erès, collection Relations, Toulouse.
16. Jackson P.L., Meltzoff A.N., Decety J., 2005. How do we perceive the pain of others: A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage*, 24, 771-779.
17. Maturana H. R., Varela F.J., 1973 (pour la première édition), 1980. *Autopoïesis and Cognition: The realization of the living*. In: R. S. Cohen & M.W. Wartofsky (Eds), Boston Studies in the Philosophy of Science 42. D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, Pays-Bas.
18. Merton R.K., 1948. The self-fulfilling prophecy. *Antioch Revue*, 8, 193-210.
19. Neuburger R., 1995. *Le mythe familial*. ESF, Paris.
20. Pelletier I.G., Vallerand R.G., 1996. Supervisors' belief and subordinates' intrinsic motivation: A behavioral confirmation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 331-340.

21. Rizzolatti G., Fadiga L., Fogassi L., Gallese V., 1996a. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
22. Rizzolatti G., Fabbri-Destro M., Cattaneo L., 2009. Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology*, 5, 1, 24-34.
23. Rosenthal R., 1993. Interpersonal expectations: Some antecedents and some consequences. In: P.D. Blank (Ed.): *Interpersonal expectations: Theory, research and applications*. Cambridge University Press, London, pp. 3-24.
24. Rosenthal R., Jacobson L., 1968. *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
25. Servan-Schreiber D., 2003. *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Laffont, Paris.
26. Shapiro F., 1997. EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. Basic Books. Pour la traduction française: Shapiro, F. & Silk Forest, M. (2005). *Des yeux pour guérir. EMDR: la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*. Ed. du Seuil, collection CouleurPsy, Paris.
27. Silvestre M., 2010. La résilience: une histoire de l'intégration des regards inter- et intrapersonnel. In: M. Delage et B. Cyrulnik: *Familles et Résilience*. Ed. Odile Jacob, Paris.
28. Snyder M., 1984. When belief creates reality. *Advances in Experimental Social Psychology*, 18, 250.
29. Snyder M., Stukas A.A., 1999. Interpersonal Process: The interplay of cognitive, motivational and behavioral activities in social interaction. *Annual Review of Psychology*, 50, 273-303.
30. Vorauer J.D., Miller D.T., 1997. Failure to recognize the effect of implicit social influence on the presentation of Self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 281-295.
31. Watzlawick P., 1981. Les prédictions qui se vérifient d'elles-mêmes. In: *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme* (1988). Seuil, Paris. Titre original: *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*. Piper V.
32. Watzlawick P., 1983. *Faites vous-mêmes votre malheur*, Norton. Pour la traduction française: Seuil 1985, Paris.
33. Watzlawick P., Weakland J., Fisch R., 1974. *Change*. Norton. Pour la traduction française: (1975). *Changements: paradoxes et thérapie*. Seuil, Paris.
34. Wicker B., Keysers C., Plailly J., Royet J-P., Gallese V., Rizzolatti, G., 2003. Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40, 3, 655-664.

## Summary

*Choosing representations in the helping relationship towards more comfort and efficiency.*  
 – Which representations do we have about the people we meet as professionals? And what are the effects those representations have on helping relationships, networking, therapy with families, couples or single persons? Social Psychology research provides us with some answers. The systemic clinical approach allows us to transpose those results in the settings we meet, whatever they are. What pathways do these insights provide that may facilitate the care of those persons whose life situations are most challenging to us? How can we construct a frame, which allows practitioners, whoever they are, educators, social workers, supervisors or therapists, to choose useful representations which can be helpful in the care they provide. This article suggests among others, some representations, in the form of a priori useful working assumptions. These could guide perception, reflective and behavioural interventions for professionals, towards more comfort and efficiency.

## Resumen

*Escoger sus representaciones en la relación de ayuda para mas comodidad y eficacia.* – Qué representaciones tenemos de las personas que encontramos? Y qué efecto tienen estas representaciones sobre la relación de ayuda, el trabajo de red, la terapia con una familia, una pareja o una persona?

La investigación en psicología social nos provee con algunas respuestas. La clínica sistémica nos permite trasladar esos resultados a los contextos que encontramos, cuales que sean. Que son entonces las pistas que podemos despejar para mejorar la ayuda que ofrecemos en las situaciones mas difíciles?

Como trazar un marco que permita a los practicantes, que sean educadores, trabajadores sociales, supervisores o terapeutas, escoger representaciones útiles para el encuentro con las personas que cuidan? Este articulo propone, entre otras cosas, representaciones como hipótesis de trabajo a priori, permitiendo orientar la percepción, la reflexión y la intervención de los profesionales hacia mas comodidad y eficacia.