

LES BUTS PERSONNELS EN PSYCHOTHÉRAPIE : PRÉCISER CE QU'ON VEUT ET SAVOIR COMMENT L'ATTEINDRE

Karin PÖHLMANN¹
Université d'Erlangen-Nuremberg, Allemagne

Joachim C. BRUNSTEIN
Université de Postdam, Allemagne

Traduit et adapté de l'anglais par Léandre Bouffard

Résumé

Le présent article souligne l'importance et le rôle des buts personnels en psychothérapie. L'évaluation détaillée de ce que les clients veulent réaliser dans leur vie courante et de la façon dont ils s'y prennent pour atteindre leurs objectifs dessert au moins trois objectifs dans le processus thérapeutique : a) elle fournit des informations utiles relatives aux difficultés qu'éprouvent les gens dans la réalisation de leurs grandes ambitions, b) elle pose le fondement de l'élaboration et de la clarification des objectifs de thérapie et, partant de la planification de l'intervention; c) elle précise les standards pour l'évaluation de l'efficacité de la thérapie. Dans la présente étude, les buts à long et à moyen termes de patients souffrant de troubles psychosomatiques sont comparés à ceux de personnes en bonne santé mentale. Les résultats indiquent que les patients sont personnellement engagés face à leurs buts, qu'ils ont des problèmes d'autorégulation et de stratégies relatives à la réalisation de ceux-ci et qu'ils manquent de cohérence dans l'ensemble de leurs buts personnels. Ces résultats font ressortir plusieurs applications pratiques relatives à la psychothérapie.

Mots clés : buts personnels, psychothérapie, troubles psychosomatiques, santé mentale

INTRODUCTION

Les buts personnels sont des objectifs significatifs et accessibles à la conscience que les gens poursuivent dans leur vie quotidienne (Brunstein, Dangelmayr et Schultheiss, 1996). Ils représentent ce que les gens veulent avoir ou être dans les situations de la vie courante et ce qu'ils essaient d'atteindre ou d'éviter dans les différents domaines de la vie. Au cours des dernières années, les théoriciens ont utilisé divers concepts pour désigner les buts personnels : préoccupation courante (Klinger, 1977), projet personnel (Little, 1983), entreprise personnelle (Emmons, 1986) et tâche (Cantor et Kihlstrom, 1987). Ces concepts variés traduisent une

1. La correspondance doit être adressée à Karin Pöhlmann, Département de psychologie, Université d'Erlangen-Nuremberg, Bismarckstr. 6, 91054 Erlangen, Allemagne. Courriel : knpoehl@phil.uni-erlangen.de

réalité fondamentale selon laquelle les gens sont orientés vers le futur; ils sont capables de déterminer leur destinée en se donnant des objectifs valorisés et en dirigeant leur action vers l'atteinte de ceux-ci. De nombreux résultats démontrent que la poursuite de buts personnels significatifs est positivement reliée au bien-être personnel (Brunstein, 1993; Emmons, 1986, 1996; Little, 1989) et donne du sens à la vie (Ford et Nichols, 1991; Klinger, 1977; Karoly, sous presse).

Cependant, il arrive que les gens ne réussissent pas dans la poursuite de leurs buts personnels importants et cherchent, alors, une aide professionnelle. La psychothérapie est une source de soutien qui vise justement à renforcer les capacités d'autodirection et de contrôle volontaire du client (Karoly, sous presse). La collecte et l'évaluation des buts personnels fournissent un matériel adéquat en vue de comprendre ce que poursuit l'individu et comment il s'y prend pour l'atteindre. Ainsi, la psychothérapie représente un cas particulier de l'aide professionnelle orientée, dans le présent cas, vers l'élaboration, la planification et la poursuite des buts personnels. Plus spécifiquement, les buts de la psychothérapie — les objectifs que l'individu veut atteindre au cours du traitement — peuvent être considérés comme des buts personnels. Dans ce contexte, nous allons discuter de l'utilité du concept de but personnel dans les domaines du diagnostic, de la planification de l'intervention et de l'évaluation de l'efficacité thérapeutique. Nous allons également rapporter les résultats d'une étude visant à identifier les problèmes de stratégie, d'autorégulation et d'organisation ou de structure des buts chez des patients hospitalisés au tout début de la psychothérapie. Avant de décrire cette recherche, nous exposons les bases théoriques de l'approche des buts personnels.

Buts personnels

Les buts peuvent être définis par leurs propriétés cognitives, affectives et comportementales (Pervin, 1983, 1989). La composante cognitive consiste en une représentation mentale de l'état désiré et des plans pour y arriver. La composante affective se manifeste dans l'état émotionnel associé au résultat désiré. La composante comportementale apparaît dans l'exécution de l'action conduisant au résultat voulu. Les buts expliquent « la source et le flot du comportement » (Pervin, 1983) parce qu'ils déclenchent, dirigent et organisent l'action. Le comportement orienté vers un but implique l'autorégulation de la pensée et de l'action de même que le choix des situations et des activités qui permettent l'atteinte de ce but (Cantor et Zirkel, 1990).

Les buts poursuivis sont multiples. Ils varient considérablement selon leur niveau de généralité et selon la distance temporelle impliquée. Ils sont organisés en un système hiérarchique allant des buts généraux (les grandes orientations de vie) aux intentions comportementales concrètes et spécifiques (Carver et Scheier, 1990). Les buts personnels dont il est

question ici se situent au niveau intermédiaire dans ce système hypothétique (Cantor et Zirkel, 1990). Ils peuvent être concrétisés et découpés en séquences organisées d'activités journalières et peuvent également refléter ou traduire des thèmes de haut niveau qui donnent du sens à la vie (Little, 1989, parle « d'entreprises triviales » et « d'obsessions magnifiques »). Les buts personnels sont considérés comme des unités d'analyse de niveau moyen : ils servent de véhicules dans la poursuite des buts abstraits et à long terme, mais ils sont liés directement à la planification des activités instrumentales et au choix des situations qui facilitent l'exécution du plan et la réalisation de la tâche.

Karoly (sous presse) distingue neuf aspects du processus des buts personnels; trois sont retenus parce que pertinents pour la présente étude. La première caractéristique des buts se rapporte à ce que la personne veut, le *contenu*; le but est classé dans des catégories selon les domaines de la vie (travail, famille, santé, etc.) ou selon le besoin impliqué (accomplissement, affiliation, pouvoir, etc.). La seconde dimension, la *topologie*, se rapporte à la direction de la poursuite (approche ou évitement), aux difficultés associées à la réalisation du projet et au niveau de précision de sa formulation. La troisième composante, la *représentation*, implique l'intensité de l'engagement, la sensibilité face à la rétroaction (indiquant la discordance entre état courant/état désiré), la planification des activités en vue d'éliminer cette discordance et, enfin, la présence d'émotions soulevées par le but, émotions qui fournissent l'énergie dans le processus de poursuite du but.

Il importe de signaler, entre autres, le caractère dynamique des buts personnels. Ainsi, l'importance d'un but peut augmenter ou diminuer selon les réévaluations de l'individu et selon les exigences ou les possibilités des nouvelles situations. De nouveaux buts peuvent surgir, qui remplacent des ambitions inatteignables ou qui traduisent de nouveaux objectifs devenus prioritaires. Les buts déterminent les transactions typiques entre une personne et son environnement. La réalisation du but peut être conçue comme un processus de solution de problèmes propres à une culture (Karoly, 1993). Le succès dans la poursuite du but dépend à la fois des caractéristiques de celui-ci, des habiletés de la personne et de l'accessibilité à un environnement facilitant (Karoly, sous presse).

Même si les gens ne réfléchissent pas constamment à leurs buts, on assume que ces derniers sont accessibles à la conscience et peuvent être adéquatement exprimés par l'individu. Les buts personnels peuvent être recueillis et évalués par des interviews, des questionnaires et des procédures idiographiques ou nomothétiques. L'approche nomothétique vise à comparer les buts personnels recueillis en les classant selon un certain nombre d'attributs (importance, difficulté, distance, etc.), tandis que l'approche idiographique (utilisant l'entrevue) s'intéresse à l'exploration des buts variés d'une personne à un moment donné et aux relations entre ces buts. Les questionnaires, pour leur part, proposent une liste de buts que

l'individu est invité à évaluer par rapport à un certain nombre de caractéristiques (effort et stress impliqués, p. ex.) (Novacek et Lazarus, 1990). Cette dernière procédure peut influencer les réponses du sujet, mais cet inconvénient est compensé par le fait que la liste des buts poursuivis peut être plus complète, ne dépendant pas de la mémoire du participant.

Buts personnels et bien-être psychologique

De nombreux résultats démontrent que les individus qui sont personnellement impliqués dans la poursuite de leurs buts révèlent un bien-être psychologique plus élevé et font preuve d'une meilleure santé mentale que ceux qui manquent de direction vers des buts dans leur vie (Emmons, 1986, 1996; Holahan, 1988; Robbins, Lee et Wan, 1994). Cependant, la poursuite des buts personnels peut également provoquer des effets négatifs en regard du bien-être. Klinger (1977) signale que les gens éprouvent des affects négatifs — et même des épisodes dépressifs — si la démarche vers le but est bloquée par des empêchements. Michalos (1980) atteste également que les individus qui perçoivent un écart entre leurs aspirations et leurs réalisations se sentent malheureux et insatisfaits de leur vie. Lecci, Karoly, Briggs et Kuhn (1994) ont trouvé chez des étudiants sous-gradués qu'une évaluation négative de leurs buts personnels (faible probabilité de réussite, peu de contrôle, haut niveau de difficulté et de stress) est associée à des symptômes de dépression et à l'anxiété. Röhrle, Hedke et Leibold (1994) obtiennent des résultats semblables avec des patients souffrant de dépression réactive ou unipolaire qui évaluent leurs projets personnels comme moins contrôlables, plus difficiles et plus stressants que les non-dépressifs.

Dans les études mentionnées, le bas niveau de bien-être subjectif ou le haut niveau de dépression ne sont pas liés au manque d'implication dans la poursuite des buts personnels; ils sont plutôt associés au manque de moyens pour les accomplir. Plusieurs autres études récentes démontrent que des échantillons dits « cliniques » (dépression, somatisation, anxiété) et des groupes « non cliniques » diffèrent dans ce qu'ils poursuivent et dans le *comment* ils le poursuivent (Karoly et Lecci, 1993; Lecci, Karoly, Ruehlman et Lanyon, 1996; Salmela-Aro, 1992). Les résultats font voir que les individus souffrant de problèmes psychologiques (p. ex. dépression, anxiété) ne manquent pas de buts personnellement significatifs, mais ont de la difficulté à les réaliser. Si l'on veut comprendre la relation entre la poursuite des buts et le bien-être, il convient de tenir compte non seulement de l'engagement dans la poursuite des buts, mais aussi de l'évaluation de la probabilité de les atteindre. Les résultats rapportés appuient l'idée selon laquelle les individus qui s'impliquent dans la poursuite de leurs buts en l'absence de conditions favorables sont vulnérables aux états affectifs déplaisants et au syndrome de dépression. Dans pareille situation, le désengagement constitue une réaction

appropriée face à des buts trop exigeants; cette réaction permet à l'individu de réduire la détresse et de restaurer un certain bien-être (Klinger, 1975).

Rôle des buts en psychothérapie

L'expression « buts de la thérapie » réfère à ce que veut le client en entreprenant une psychothérapie. Ces objectifs de traitement sont définis par le client lui-même au tout début du traitement. À l'instar des préoccupations, des entreprises et des projets personnels, les buts de la thérapie sont considérés comme des unités de niveau intermédiaire (Little, 1989) : ils servent de moyen pour la réalisation des buts élevés (buts à long terme) et stimulent l'action concrète vers un objectif précis. Il faut distinguer les buts de la thérapie établis par le client au tout début du processus thérapeutique (buts *naïfs* de la thérapie) et ceux qui peuvent avoir changé ou qui ont été redéfinis en cours d'intervention en vue d'une définition plus claire des objectifs de traitement (buts *négociés* de la thérapie). Ces derniers sont le résultat de la discussion entre le client et son thérapeute; tous deux les définissent et s'engagent à les réaliser. Ces objectifs deviennent des points de référence pour le travail commun, servent de base pour la planification de l'intervention et de point de départ en vue du développement proactif du client durant le processus psychothérapeutique.

Les buts servent d'unités pertinentes pour toutes les phases de la psychothérapie : le diagnostic, l'intervention et l'évaluation. Le construit de but personnel a des propriétés qui en font un instrument de *diagnostic* fort valable. En effet, les buts sont personnellement significatifs, écologiquement sensibles, systématiquement intégratifs et facilement applicables (Little, 1987). La collecte et l'évaluation des buts personnels fournissent une information précieuse et complète sur *ce que* veut le client et *comment* il veut l'atteindre, puisque l'examen comprend la classification du contenu des buts de même que l'évaluation des aspects mentionnés antérieurement (topographie, structure et représentation).

L'évaluation des buts fait le pont entre le diagnostic et *l'intervention* en fournissant une vue d'ensemble des aspects cruciaux : direction de l'intention, capacités d'autorégulation, habiletés comportementales, conditions écologiques; chaque élément pouvant devenir la cible d'une intervention spécifique. Un faible niveau d'engagement indique qu'il peut s'agir d'un but de la thérapie qui n'est pas réel ou pas important; un score élevé de conflit entre les buts indique que le client veut poursuivre des buts irréconciliables et qu'il devra sans doute faire des choix; un niveau peu élevé de planification ou de passage à l'action peut indiquer que l'individu devra acquérir ces habiletés.

L'évaluation des buts se situe au début du processus de clarification des objectifs considéré par Kanfer (Kanfer, Reinecker et Schmelzer, 1996) comme un élément central de l'intervention. Ce processus se divise en trois étapes au cours desquelles la structure des buts et l'interrelation entre buts sont analysées. Ces étapes sont : 1) la clarification des buts du client

à l'égard de la thérapie, 2) l'analyse conjointe des buts par le client et le thérapeute, 3) le consensus à propos des objectifs visés en thérapie. Les clients rapportent fréquemment qu'ils trouvent profitable de réfléchir sur ce qu'ils veulent vraiment faire à court et à long termes. Ils trouvent que la procédure de collecte et d'évaluation des buts — en entrevue ou par questionnaire — offre la possibilité de découvrir et d'examiner leurs vraies priorités dans la vie. Un participant s'exprime ainsi : « C'était intéressant à faire. Je n'avais pas pensé à ce que je voulais faire dans ma vie depuis longtemps. J'ai découvert plusieurs choses pendant que je réfléchissais à mes buts. » L'inclusion de l'évaluation des buts dans le processus thérapeutique a également pour effet d'augmenter la motivation du client. Les clients sentent qu'ils sont pris au sérieux si le thérapeute s'intéresse vraiment à ce qu'ils veulent réaliser et ils sont motivés à travailler activement en vue d'atteindre les résultats désirés au terme du traitement. Ils sont « attirés » par ces résultats désirés, selon l'expression de Kanfer *et al.* (1996). Le processus d'analyse commune des buts par le thérapeute et le client peut également renforcer la relation thérapeutique. Ainsi s'exprime un client qui avait entrepris plusieurs psychothérapies : « Personne ne m'a jamais demandé ce que je veux réaliser. On parlait seulement de ce qui allait mal chez moi. »

Finalement, le niveau de progrès vers l'objectif peut être utilisé comme mesure d'évaluation de l'efficacité de la thérapie. Dans ce cadre, des mesures d'évaluation de la réalisation des buts ont été développées par l'équipe de Kiresuk, Smith et Cardillo (1994) de même que par celle de Heuft, Senf, Wagener, Pintelon et Lorenzen (1996). Il est vite apparu que la définition des buts du traitement (en vue de l'évaluation) influençait positivement le processus thérapeutique lui-même.

RECHERCHE EMPIRIQUE

Buts naïfs de la thérapie de patients souffrant de troubles psychologiques

La deuxième partie de cet article porte sur une des applications possibles de l'approche des buts personnels en psychothérapie, l'application à l'aspect diagnostique. Dans le but de faire voir le riche matériel que l'on peut obtenir de la collecte et de l'évaluation des buts, une comparaison a été effectuée entre les buts de patients hospitalisés souffrant de troubles psychologiques et ceux de sujets en bonne santé mentale. Plus spécifiquement, la comparaison porte sur trois points : a) les différences relatives aux buts à long terme, b) les différences relatives au contenu des buts à moyen terme, avec une attention spéciale aux buts naïfs de la thérapie des clients par rapport aux buts importants des sujets du groupe contrôle, c) les différences entre les buts de la thérapie des clients et les buts personnels des gens en santé relativement aux caractéristiques déjà mentionnées : topographie, structure et

représentation. À cela s'ajoute un quatrième point à propos de la structure des buts des patients : comment les buts de la thérapie sont-ils incorporés au système de leurs buts personnels? Cette question comprend deux volets : a) comment les buts de la thérapie permettent-ils de réaliser les buts d'ordre supérieur à long terme (régulation ascendante) et b) comment les buts de la thérapie favorisent-ils une action efficace (régulation descendante)?

Participants

Le groupe dit « clinique » est composé de 55 patients hospitalisés (55 % sont des femmes) dont l'âge varie entre 18 et 55 ans (M = 35,0; ÉT = 11,2), souffrant de troubles psychologiques variés. Les diagnostics les plus fréquents sont la dépression, la dysthymie, les troubles de la personnalité et les troubles psychosomatiques. La collecte et l'évaluation des buts ont été effectuées au début du traitement dans un hôpital universitaire. Le traitement est basé sur un concept intégré de thérapie qui inclut des éléments de l'approche psychanalytique (en sessions individuelles), de thérapie comportementale (en groupe), de thérapie corporelle ainsi que des activités de groupe (préparation de repas, excursions, parties, etc.). Le groupe en bonne santé mentale compte 355 adultes (57 % de femmes) qui ne sont pas en thérapie et ont obtenu un score inférieur à 11 à l'*Inventaire sur la dépression* de Beck. Dans ce groupe, l'âge varie entre 18 et 55 ans (M = 34,0; ÉT = 11,8). Les deux groupes ne sont pas différents en ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, statut civil, niveau d'éducation et type d'occupation).

Mesures

L'évaluation des buts est faite par l'individu (« self-report ») et porte sur les buts à long et à moyen termes. Les questionnaires sont remplis après la première session de thérapie. De plus, des entrevues ont été réalisées avec un sous-échantillon de patients en vue d'analyser la structure de leurs buts.

Buts à long terme

Les buts à long terme sont étudiés grâce à un questionnaire (GOALS, Pöhlmann et Brunstein, 1997) qui présente 24 buts appartenant à six catégories : *intimité* (relation intime basée sur la confiance et l'affection mutuelle), *affiliation* (relations avec d'autres personnes, activités communes), *altruisme* (action orientée vers le bien-être d'autrui), *pouvoir* (affirmation de soi, recherche de statut social), *accomplissement* (atteinte des standards d'excellence et amélioration de soi) et *exploration* (recherche d'excitation et de nouvelles expériences). Chaque but est évalué à l'aide de deux échelles en cinq points : l'importance perçue (« Quelle importance attribuez-vous à l'atteinte de ce but dans votre vie? »)

et le succès dans la poursuite (« Où en êtes-vous dans la poursuite de ce but? »). L'échelle d'importance indique la valeur que la personne accorde à ce but et l'intensité de son engagement. Le succès dans la poursuite montre le niveau de progrès réalisé dans l'atteinte du but.

Buts à moyen terme

Puisque les buts de la thérapie sont considérés comme des buts à moyen terme, les participants sont invités à faire la liste des buts ou objectifs qu'ils ont l'intention de poursuivre au cours de la prochaine année. Ces buts spontanés sont classés en catégories correspondant à différents domaines de la vie (travail, santé, famille/relation intime, amis, loisirs, biens matériels et autres buts). Ils sont également divisés selon la direction du but (approche *versus* évitement).

Buts de la thérapie et buts importants

Après avoir fait la liste des buts à moyen terme, les participants sont invités à choisir le but qu'ils veulent réaliser en thérapie (groupe de patients) ou leur but le plus important (personnes en santé). Les objectifs de thérapie des patients sont considérés ici comme comparables en termes de pertinence aux buts importants des personnes en bonne santé mentale. De fait, les scores relatifs à la « valeur » du but ne diffèrent pas (comme on le verra plus loin). Ces buts respectifs sont évalués selon les dimensions du GSAB (*Goal Systems Assessment Battery*, Karoly et Ruehlman, 1995; Pöhlmann, 1999b), instrument qui a été élaboré pour examiner les processus d'autorégulation impliqués dans la poursuite des buts personnels. Le GSAB évalue quatre des six fonctions qu'exercent les buts selon la théorie des systèmes vivants de Ford (1987). Chacune des quatre fonctions est évaluée par un questionnaire. La fonction de *direction* est mesurée par une échelle qui porte sur la valeur du but (« Ce but a du sens pour moi ») et une échelle d'efficacité personnelle (« J'ai la capacité d'atteindre ce but »). La fonction de *régulation* porte sur la correspondance entre le résultat désiré et l'état actuel de la poursuite du but. Elle est mesurée par une échelle de comparaison sociale (« J'évalue mon progrès vers ce but en comparaison avec ce que font les autres ») et une échelle d'autosurveillance (*self-monitoring*) (« Je surveille mon progrès vers ce but »). La fonction de *contrôle* se rapporte à la planification et à la coordination des activités relatives au but de même qu'à la solution des problèmes au cours de la démarche vers le but. Trois échelles mesurent ce point : planification (« J'essaie de planifier à l'avance les étapes nécessaires à l'atteinte du but »), autocritique (« J'ai tendance à me critiquer lorsque je ne fais pas de progrès vers le but ») et autorécompense (« Je me récompense lorsque je fais des progrès vers le but »). La fonction d'*excitation/émotion* se rapporte à l'énergie nécessaire à la poursuite du but; cette dernière est positive (« Ce but est une source de plaisir pour moi ») ou négative (« Penser à ce but me rend mal à l'aise »). Toutes ces

échelles sont en cinq points (1 = ne me décrit pas du tout; 5 = me décrit très bien).

Structure des buts personnels

Dans le but d'examiner la structure des buts, une entrevue a été réalisée auprès d'un sous-groupe de patients (n = 12) en se basant sur la technique d'analyse de Little¹ (1983). Cette procédure permet l'analyse des relations entre les aspirations à long terme et les projets à moyen terme en demandant aux patients de préciser quels buts supérieurs (à long terme) ils pensent atteindre en réalisant les buts de la thérapie et qu'est-ce qu'ils ont fait jusqu'à date pour réaliser ces derniers.

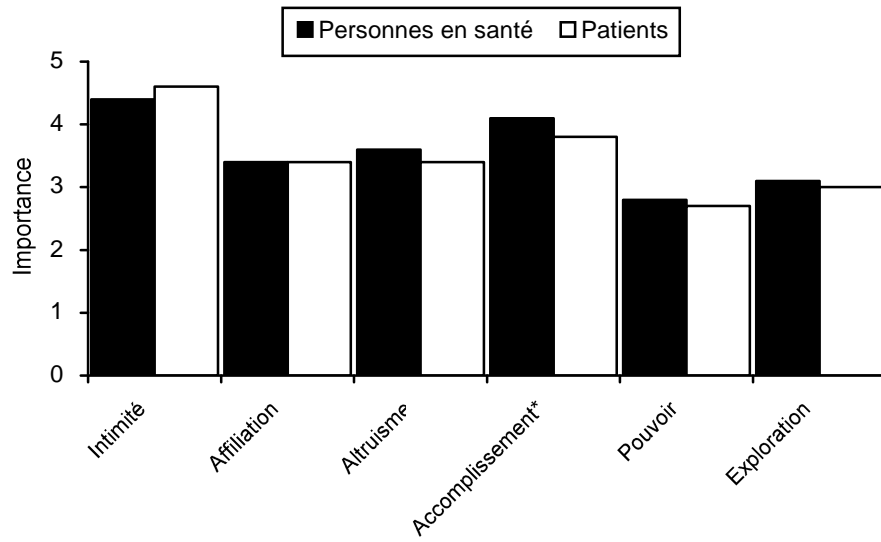
RÉSULTATS

Buts à long terme

Les résultats font voir que les patients et les personnes en santé poursuivent les mêmes buts à long terme (figure 1). Dans les deux groupes, le but le plus important se rapporte à la relation intime avec une autre personne. Le second but porte sur l'atteinte de standards d'excellence et l'amélioration de soi-même (accomplissement), quoique cette catégorie de buts est moins importante pour les personnes en psychothérapie (différence significative).

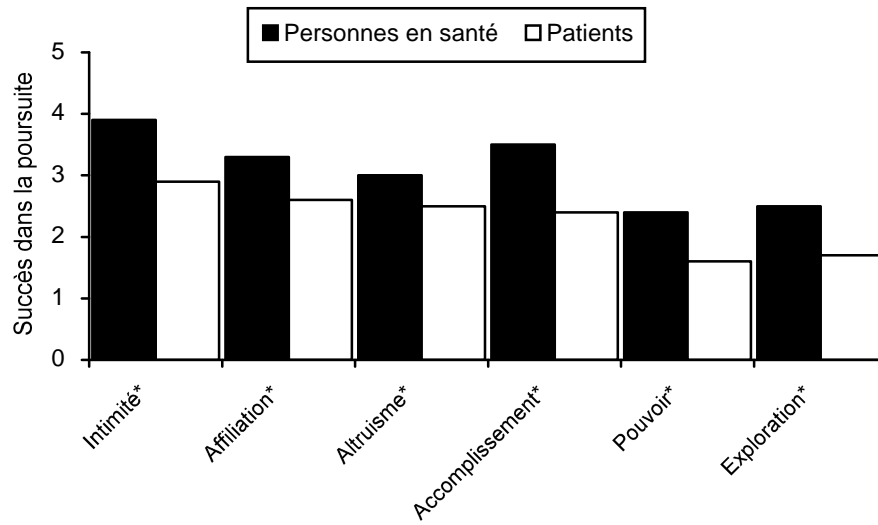
La figure 2 présente le succès dans la réalisation de ces buts à long terme. Les patients rapportent moins d'avancement dans la poursuite que les personnes en santé. Il appert que l'engagement envers les buts à long terme est semblable, mais que le progrès dans la poursuite des buts suscite des différences notables, et ce, pour les six catégories de buts.

1. L'analyse des projets personnels est décrite dans l'article de Little et Chambers, dans ce numéro.



* $p < .05$

Figure 1 Importance des buts à long terme des sujets des deux groupes selon les différentes catégories



* $p < .05$

Figure 2 Évaluation du succès dans la poursuite des buts à long terme des sujets des deux groupes selon les différentes catégories

Buts à moyen terme

Le groupe des patients hospitalisés poursuit plus de buts à moyen terme (5,3 buts; ÉT = 2,3) que le groupe en bonne santé psychologique (4,6 buts; ÉT = 2,1) ($p < .03$). Pour ce qui est du *contenu*, plusieurs différences surgissent. Le tableau 1 présente la distribution (dans les différents domaines de vie) des buts personnels à moyen terme des patients et des sujets en santé. On y trouve également la répartition des buts les plus importants de ces derniers en comparaison avec les buts de la thérapie des patients.

Les patients poursuivent plus de buts se rapportant à la croissance personnelle, mais moins de projets relatifs au travail et aux biens matériels. Ces différences sont encore plus marquées lorsque les buts de la thérapie des patients sont comparés aux buts importants des sujets en santé. Presque la moitié des objectifs de thérapie des patients se rapporte au désir de changer comme personne (« Je veux devenir plus affirmatif, en particulier quand je dois exprimer mon point de vue face à quelqu'un que j'aime »; « J'aimerais expérimenter de nouvelles choses et exprimer mes émotions plus librement »). Le second but de la thérapie se rapporte à la santé physique et mentale (« Je voudrais me débarrasser de mes maux de tête »; « Je voudrais contrôler mes pensées compulsives »). Chez les personnes en bonne santé mentale, 20 % de leurs buts importants portent sur la croissance personnelle, un autre 20 % se rapporte à la santé; suivent ensuite les aspirations relatives à l'emploi et aux possessions matérielles. Bref, l'ensemble des aspirations des patients s'oriente bien davantage vers les buts intrapersonnels : préoccupations à propos de soi, mais aussi désirs de croissance personnelle. Des exemples de la constellation des buts à moyen terme de quelques patients sont fournis dans le tableau 2.

Il est également apparu que les patients expriment beaucoup plus de buts d'évitement, le pourcentage s'élevant jusqu'à 25 % dans la catégorie des objectifs de thérapie (comme on peut le voir au bas du tableau 1). Néanmoins, ce pourcentage est moins élevé que celui attendu par des thérapeutes d'expérience qui prévoyaient de 54 % à 85 % (Pöhlmann, 1999a). Il semblerait que les cliniciens portent attention aux buts d'évitement puisqu'ils considèrent que leur travail consiste justement à les reformuler en termes d'approche (Willutzki et Koban, 1996). Quant à la présence de conflit entre buts, elle est tout à fait semblable dans les deux échantillons : patients = 2,1; personnes en santé = 2,2 sur une échelle de cinq.

Tableau 1 Pourcentage des buts selon les différents domaines de la vie

	Buts à moyen terme		Buts importants	Buts de la thérapie
	Personnes en santé (1538)	Patients (290)	Personnes en santé (365)	Patients (115)
(Nombre de buts)				
Domaine de la vie				
Croissance personnelle	17,2**	33,5	20,0**	47,2
Santé	21,9	19,7	19,2**	30,4
Travail	19,1*	12,4	27,4**	5,2
Famille et relation intime	13,1	14,1	16,2	11,3
Amis	6,8	6,9	1,9	2,6
Loisir	12,5	8,6	7,1	2,6
Biens matériels	7,0*	3,1	6,0*	0,0
Autres buts	2,4	1,7	2,2	0,9
Évitement	8,0**	17,0	8,0**	25,0

Test t, différence significative : * $p < .05$; ** $p < .01$

Tableau 2 Exemples de constellations individuelles des buts à moyen terme et des objectifs de thérapie**Patient 32055***Buts à moyen terme*

- Parler de mes sentiments avec mes enfants (F/RI)
- Trouver des amis (A)
- Avoir une relation intime avec une femme (F/RI)
- Réfléchir à mes conditions de vie et possiblement changer (BM)

Objectifs de thérapie

- Communiquer mes sentiments, m'exprimer (CP)

Patient 32058*Buts à moyen terme*

- Continuer à étudier avec succès (T)
- Trouver une solution à mon problème de logement (BM)
- Être plus tolérant envers moi-même (CP)
- Avoir plus d'amis (A)
- Augmenter ma conscience corporelle (CP)
- Être plus conscient relativement à la santé (S)

Objectifs de thérapie

- Actualisation de soi / Acceptation de soi / Confiance en soi (CP)

Tableau 2 Exemples de constellations individuelles des buts à moyen terme et des objectifs de thérapie (suite)

Patient 32059

Buts à moyen terme

- Être plus proche de ma blonde (F/RI)
- Améliorer mes habiletés de travail (T)
- Exprimer mes opinions sans trop me retenir (T)
- Être capable d'aider les autres sans me causer de torts (CP)

Objectifs de thérapie

- Voir 2, 3 et 4 mentionnés précédemment

Patient 32060

Buts à moyen terme

- Je veux acquérir plus d'indépendance face aux pressions extérieures (CP)
- Je veux devenir plus calme et plus accommodant (CP)
- Je veux être moins susceptible face aux opinions des autres (CP)
- Je veux être encore capable de me déplacer librement à l'extérieur (S)
- Je veux avoir moins peur du futur (CP)

Objectifs de thérapie

- Je veux devenir une personne plus indépendante et plus heureuse (CP)

CP = croissance personnelle; S = santé; T = travail; F/RI = famille/relation intime; A = amis; BM = biens matériels

Poursuite des buts

Lorsqu'on demande aux participants depuis quand ils poursuivent leur but (objectif de thérapie chez les uns et objectif important chez les autres), il n'y a pas de différence significative (patients = 16 mois; personnes en santé = 11 mois). Cependant, la façon dont ils travaillent à la réalisation de leur but suscite des différences marquées. La figure 3 illustre ces différences pour ce qui est des fonctions étudiées (direction, régulation, contrôle et excitation) et des échelles qui les caractérisent.

Les patients attachent autant de valeur à leurs objectifs de traitement que les gens en santé à leurs buts importants. Cependant, les différences suivantes sont à signaler : les patients ont moins confiance en leurs capacités pour réaliser leurs buts (efficacité), ils gèrent la poursuite du but d'une façon moins serrée (autosurveillance), ils évaluent leur progrès vers le but en se comparant plus aux autres (comparaison sociale), ils planifient moins attentivement leurs activités reliées aux buts et se laissent plus

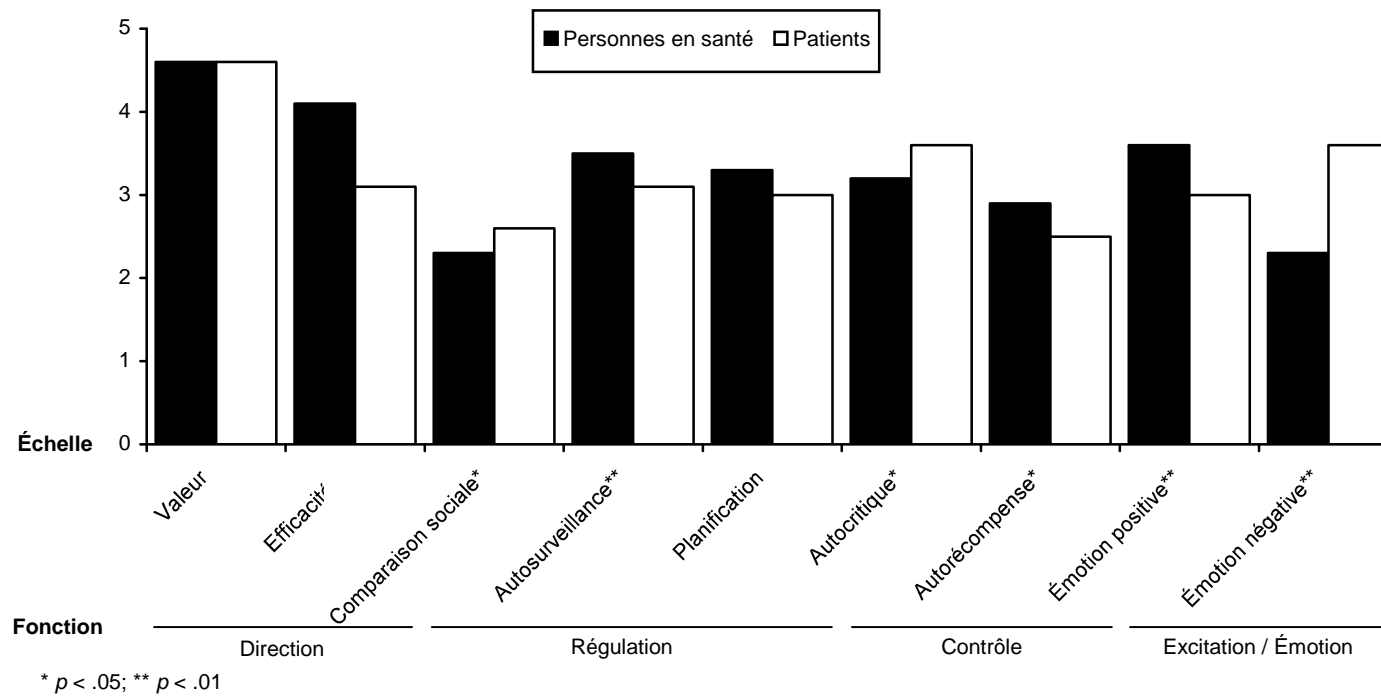


Figure 3 Les caractéristiques de la poursuite du but : comparaison selon les fonctions et les échelles

facilement distraire dans leur cheminement vers le but (planification), ils se récompensent moins à la suite de progrès (autorécompense) et se critiquent davantage lorsqu'il n'y a pas de progrès vers le but (autocritique); enfin, ils éprouvent moins d'émotions positives et plus de malaise en rapport avec leurs buts.

Structure des buts des patients

Des entrevues préalables avec des étudiants avaient démontré qu'ils étaient capables de structurer leurs buts selon les niveaux prévus dans une hiérarchie et qu'ils pouvaient décrire les relations ascendantes et descendantes entre leurs buts. Les patients interviewés à cet effet (n = 12) se sont avérés incapables de le faire. Ils peuvent décrire leurs buts et ce qu'ils représentent pour eux, mais ils ne peuvent découvrir comment la réalisation d'un but peut favoriser l'atteinte d'un autre but. Ils considèrent souvent les buts de la thérapie comme des fins à atteindre avant d'entreprendre autre chose, de sorte qu'ils mettent de côté leurs autres projets. Un patient dont le but de la thérapie était « d'avoir plus confiance en moi » fournit un bon exemple : « Je pense que je serais capable d'atteindre plusieurs autres buts plus efficacement — comme être un meilleur père ou mieux réussir dans mon travail — si j'avais une meilleure relation avec mon épouse. Mais aussi longtemps que je ne peux pas m'accepter comme une personne digne d'être aimée, je ne peux pas améliorer cette relation avec mon épouse. » Plusieurs patients rapportent qu'ils sont venus en psychothérapie en ayant précisément comme objectif d'apprendre à réaliser plus efficacement leurs projets.

La faiblesse est particulièrement évidente en regard de la régulation descendante qui va des buts à moyen terme vers des sous-buts spécifiques et les actions à faire pour les réaliser. Les patients disent qu'ils ne savent pas quoi faire ou rapportent qu'ils ont à peu près tout essayé pour réaliser leurs ambitions et qu'ils ont toujours échoué. Une cliente qui se proposait « d'être plus patiente avec les enfants, de ne pas toujours crier après eux et d'être plus relax en réglant les problèmes quotidiens » raconte ce qu'elle a fait jusqu'à date pour réaliser son objectif : « J'ai observé d'autres mères parler à leurs enfants et elles ne semblent pas avoir de problème. Moi, quand j'essaie, ça ne marche pas. Je me fâche même si je veux rester calme. » Elle a suivi des cours de relaxation, elle va prendre des marches tous les jours. « Ça marche en autant que ça va bien, mais dès que les enfants laissent traîner leurs jouets, par exemple, je deviens folle et je ne peux plus demeurer calme. » À la suite de ses essais infructueux, elle était trop découragée pour essayer autres choses.

IMPLICATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Les résultats présentés démontrent que les patients hospitalisés souffrant de problèmes psychologiques poursuivent des buts qui sont personnellement significatifs, mais qu'ils ne sont pas capables de les réaliser. Cet échec relatif aux aspirations à long terme ou aux projets spécifiques est dû à plusieurs facteurs, le principal étant que ces personnes ont des buts moins bien organisés que les gens en bonne santé mentale. Il s'agit d'un déficit relatif à la régulation descendante des buts. D'autres caractéristiques des patients posent également problème : faibles capacités d'autorégulation, manque de stratégies comportementales et incapacité de se désengager des buts inatteignables.

Les patients en psychothérapie poursuivent les mêmes buts à long terme que les sujets en bonne santé, mais les deux groupes diffèrent considérablement pour ce qui est de buts et objectifs portant sur les prochains douze mois. Conformément à d'autres études (p. ex. Ruehlman, 1985), les patients ont plus de buts que les gens en bonne santé. Les projets à moyen terme des premiers sont plus fréquemment de type intrapersonnel et visent moins l'accomplissement d'une tâche (Salmela-Aro, 1992). Spécifiquement, les choses que les patients veulent réaliser à l'aide de la psychothérapie se rapportent au changement personnel. Ces objectifs de traitement sont, pour les patients, extrêmement pertinents; il est possible de l'inférer à partir du contenu des buts de même que de l'engagement personnel face à ces buts. Cependant, malgré le caractère crucial de ces aspirations, les patients ne savent trop comment les atteindre. La régulation de l'action semble handicapée par un manque de compétence comportementale, par des défaillances dans les processus d'autorégulation qui gouvernent et activent la poursuite du but, par un faible sentiment d'efficacité personnelle qui fait échouer le démarrage de l'action et par une planification déficiente de l'action dirigée vers le but. La planification et la mise en marche des activités sont également entravées par le fait que les buts sont souvent formulés en termes d'évitement (Schwarz, 1990). Les patients n'expérimentent pas plus de conflit entre leurs buts que les personnes en santé. En effet, l'objectif de thérapie est si élevé dans la hiérarchie des buts que les autres entreprises ne viennent qu'après. Malgré cela, la poursuite des objectifs de thérapie est frustrante puisqu'elle fait naître plus de sentiments négatifs que positifs.

Le désengagement fait également problème chez les patients. Au lieu d'abandonner un projet ou de le remplacer par un autre qui serait fonctionnellement équivalent et plus facile à réaliser, ils se donnent d'autres buts très semblables et aussi difficiles. L'examen des objectifs de thérapie a également révélé que les aspirations à moyen terme des patients se rapportent majoritairement à la croissance personnelle; or ces aspirations sont les plus difficiles à réaliser même pour des gens en bonne santé mentale (Pöhlmann, 1999a).

Sheldon et Emmons (1995) proposent l'idée qu'un bas niveau de différenciation du système de buts (avoir des buts semblables) rend la poursuite du but plus efficace parce que la similitude des buts facilite la mise au point de plans et de stratégies spécifiques. Ceci ne semble pas être le cas des individus souffrant de troubles mentaux. Même si leurs buts se caractérisent par une grande similitude, ces patients ne sont pas capables de développer par eux-mêmes les stratégies efficaces pour les atteindre et, dès lors, demandent l'aide d'un expert en vue d'apprendre à le faire.

La présence de buts concrets et réalisables qui permettent la réalisation de grandes ambitions et de buts à long terme signifie que l'individu a un ensemble de buts personnels bien organisés, ce qui favorise une régulation efficace de l'action (Sheldon et Kasser, 1995). Les résultats obtenus font voir la nécessité d'interventions visant la clarification des buts, ce qui facilite l'amélioration des capacités d'autorégulation et le développement d'habiletés comportementales. La procédure de clarification des buts (p. ex. Kanfer *et al.*, 1996) tient compte des relations entre les buts. En effet, les gens poursuivent plusieurs buts en même temps, de sorte qu'il faut considérer les interrelations entre les objectifs de traitement de la personne, les buts à long terme, à moyen terme de même que les tâches concrètes à court terme. L'examen des relations moyen-fin peut aider le client en thérapie à devenir plus flexible dans la mise au point des façons d'atteindre ses objectifs. Le processus de clarification porte sur plusieurs aspects : reformuler les aspirations d'une façon positive (et non en termes d'évitement) afin de susciter des émotions positives, découper les buts difficiles en projets intermédiaires réalisables et encourager le client à essayer des stratégies qui permettent le progrès vers le but. Bref, au cours de la psychothérapie, l'individu apprend à définir ses buts et à les poursuivre efficacement.

CONCLUSION

L'objectif de cet article était de souligner l'utilité du construit de but en psychothérapie. Les résultats rapportés font voir que l'examen ou l'évaluation des buts fournit une information fort valable à propos des désirs, aspirations et ambitions que les gens poursuivent dans la vie et peut devenir un instrument de diagnostic utile dans le processus thérapeutique. Évidemment, il faudra d'autres études en vue de valider ces résultats auprès de divers échantillons cliniques.

Il semble que le transfert de théories et de résultats de recherche dans le champ de la psychothérapie favorise l'intégration de la recherche fondamentale et de la psychologie appliquée pour le plus grand bénéfice des deux. Il appert, par exemple, que les buts négociés de la thérapie (les buts « bien définis » de Willutzki et Koban, 1996) sont très semblables aux buts, projets et aspirations qui rehaussent le bien-être et la santé

mentale; ils sont pertinents, significatifs, spécifiques à la situation, atteignables et plaisants. La définition des objectifs de thérapie peut donc se laisser guider par les connaissances accumulées sur les relations entre buts personnels et bien-être psychologique.

En recherche, par ailleurs, il faut en savoir plus sur les difficultés que les gens rencontrent dans la poursuite de leurs buts personnels; or ces difficultés peuvent être particulièrement évidentes dans des échantillons cliniques. L'échange entre les chercheurs en ce domaine et les psychologues cliniciens devrait stimuler le travail sur l'utilité du concept de but non seulement pour le diagnostic du client, mais aussi pour la mesure du changement et l'évaluation de l'efficacité de la thérapie.

Abstract

In this paper, we present theory and research highlighting the importance of personal goals and hierarchically organized goal systems in psychotherapy. We argue that the detailed assessment of what clients are striving for in their current life situations and how they try to reach their objectives serves at least three purposes: it (a) provides valuable insights into the self-regulatory difficulties a person has in negotiating life challenges, (b) lays the fundament for the construction and clarification of therapy goals and thereby for the planning of intervention, and (c) sets reference points for the evaluation of therapeutic effectiveness. We present results of a study in which the personal goals and life aspirations of in-patients suffering from psychosomatic disorders were contrasted with the goals of healthy individuals. The findings revealed that although clients felt personally involved in goals, they displayed both deficits in self-regulatory and strategic competencies relevant to the implementation of goals and a lack of coherence in the specification and construction of personal-goal systems. Practical implications of these findings are discussed.

Key words : personal goal, psychotherapy, psychosomatic disorder, mental health

Références

- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being : A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.
- Brunstein, J. C., Dangelmayer, G. et Schultheiss, O. C. (1996). Personal goals and social support in close relationships : Effects on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1006-1019.
- Cantor, N. et Fleeson, W. (1990). Life tasks and self-regulatory processes. In M. Maehr et P. Pintrich (Éds), *Advances in motivation and achievement* (Vol. 9, p. 327-369). Greenwich, CT : JAI Press.
- Cantor, N. et Kihlstrom, J. F. (1987). *Personality and social intelligence*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Cantor, N. et Zirkel, S. (1990). Personality, cognition and purposive behavior. In L. A. Pervin (Éd.), *Handbook of personality theory and research* (p. 135-164). New York : Guilford Press.
- Carver, C. S. et Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect : A control-process theory. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings : An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.

- Emmons, R. A. (1989). The personal striving approach to personality. In L. A. Pervin (Éd.), *Goal concepts in personality and social psychology* (p. 87-126). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Emmons, R. A. (1992). Abstract versus concrete goals : Personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300.
- Emmons, R. A. (1996). Striving and feeling : Personal goals and subjective well-being. In J. A. Bargh et P. M. Gollwitzer (Éds), *The psychology of action : Linking motivation to cognition and behavior* (p. 313-337). New York : Guilford Press.
- Ford, D. H. (1987). *Humans as self-constructing living systems : A developmental perspective on behavior and personality*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Ford, M. E. et Nichols, C. W. (1991). Using goal assessments to identify motivational patterns and facilitate behavioral regulations and achievement. *Advances in Motivation and Achievement*, 7, 51-84.
- Heuft, G., Senf, W., Wagener, R., Pintelon, C. et Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele : Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht [Buts de la thérapie : la faisabilité des résultats de la psychothérapie de patients hospitalisés selon les points de vue du client et du thérapeute]. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 44, 186-199.
- Holahan, C. K. (1988). Relation of life goals at age 70 to activity participation and health and psychological well-being among Terman's gifted men and women. *Psychology and Aging*, 3, 286-291.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. et Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. überarbeitete Auflage) [La thérapie autogérée : un manuel de pratique clinique]. Berlin : Springer.
- Karoly, P. (1993). Goal systems : An organizing framework for clinical assessment and treatment planning. *Psychological Assessment*, 5, 273-280.
- Karoly, P. (sous presse). A self regulatory/goal systems perspective. In H. Arkowitz (Éd.), *Why don't people change? : New perspectives on resistance and noncompliance*. New York : Guilford Press.
- Karoly, P. et Lecci, L. (1993). Hypochondriasis and somatization in college women : A personal projects analysis. *Health Psychology*, 12, 103-109.
- Karoly, P. et Ruehlman, L. S. (1995). Goal cognition and its clinical implications : Development and preliminary validation of four motivational assessment instruments. *Assessment*, 2, 113-129.
- Kiresuk, T. J., Smith, A. et Cardillo, J. E. (Éds) (1994). *Goal attainment scaling*. Hillsdale, NJ : Earlbaum.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void : Inner experience and incentives in people's lives*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Lecci, L., Karoly, P., Briggs, C. et Kuhn, K. (1994). Specificity and generality of motivational components in depression : A personal projects analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 404-408.
- Lecci, L., Karoly, P., Ruehlman, L. S. et Lanyon, R. J. (1996). Goal-relevant dimensions of hypochondriacal tendencies and their relation to symptom manifestation and psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 42-52.
- Little, B. R. (1983). Personal projects : A rationale and methods for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273-309.
- Little, B. R. (1987). Personal projects analysis : A new methodology for counselling psychology. *Natcon*, 13, 591-614.
- Little, B. R. (1989). Personal projects analysis : Trivial pursuits, magnificent obsessions, and the search for coherence. In D. M. Buss et N. Cantor (Éds), *Personality psychology : Recent trends and emerging directions* (p. 15-31). New York : Springer.
- Michalos, A. C. (1980). Satisfaction and happiness. *Social Indicators Research*, 8, 385-422.
- Novacek, J. et Lazarus, R. S. (1990). The structure of personal commitments. *Journal of Personality*, 58, 693-715.

- Pervin, L. A. (1983). The stasis and flow of behavior : Toward a theory of goals. In M. M. Page (Éd.), *Nebraska symposium on motivation* (p. 1-53). Lincoln : University of Nebraska Press.
- Pervin, L. A. (1989). Goal concepts in personality and social psychology : A historical introduction. In L. A. Pervin (Éd.), *Goal concepts in personality and social psychology* (p. 4-17). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Pöhlmann, K. (1999a). *Die Entwicklung von Zielsystemen und ihre Veränderung durch Interventionen : Persönliche Ziele von seelisch Gesunden und Psychotherapieklientinnen*. [Le développement et la modification des buts au moyen d'interventions : les buts personnels de personnes en santé mentale et de clients en psychothérapie. Université d'Erlangen-Nuremberg : Dissertation doctorale non publiée.]
- Pöhlmann, K. (1999b). *Die Goals System Assessment Battery (GSAB-D) : Erste Befunde zur Faktorenstruktur und Reliabilität der deutschen Version* [The Goal Systems Assessment Battery : résultats de l'analyse factorielle et fidélité de la version allemande. Manuscrit soumis pour publication.]
- Pöhlmann, K. et Brunstein, J. C. (1997). GOALS : Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen [GOALS : un instrument d'évaluation des buts à long terme]. *Diagnostica*, 43, 63-79.
- Robbins, S., Lee, R. et Wan, T. (1994). Goal continuity as a mediator of early retirement adjustment : Testing a multidimensional model. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 1118-1126.
- Röhrle, B., Hedke, J. et Leibold, S. (1994). Persönliche Projekte zur Herstellung und Pflege sozialer Beziehungen bei depressiven Patienten [Les projets personnels à propos du développement et du maintien des relations interpersonnelles de patients déprimés]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 43-51.
- Ruehlman, L. S. (1985). Depression and affective meaning for current concerns. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 553-560.
- Salmela-Aro, K. (1992). Struggling with self : The personal projects of students seeking psychological counselling. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 330-338.
- Schwarz, N. (1990). Feelings as information : Informational and motivational functions of affective states. In E. T. Higgins et R. Sorrentino (Éds), *Handbook of motivation and cognition* (Vol. 2, p. 527-561). New York : Guilford.
- Sheldon, M. K. et Emmons, R. A. (1995). Comparing differentiation and integration within personal goal systems. *Personality and Individual Differences*, 18, 39-46.
- Sheldon, M. K. et Kasser, T. (1995). Coherence and congruence : Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531- 543.
- Willutzki, U. et Koban, C. (1996). *Manual zur Elaboration wohlgestalteter Ziele in der Therapie* [Manuel pour l'élaboration de buts bien définis en psychothérapie. Bochum : Université Ruhr. Rapport de recherche.]