



Que connaît-on vraiment en psychiatrie ? Les Psychothérapies - Partie 1

Psychiatry what do we know for sure? Psychotherapies - Part 1

KORNREICH C.

Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Les psychothérapies font partie du quotidien de notre civilisation et un très grand nombre de personnes y font appel. Elles sont nées au 19^e siècle, concomitamment à l'adoption d'un modèle médical des pathologies mentales. Leur foisonnement et leur diversité sont impressionnants. Les modèles théoriques qui les sous-tendent sont très variés. Ils ont de plus constamment évolué en fonction des contextes historiques et des cultures et posent des questions très intéressantes sur la définition des êtres humains et sur leur fonctionnement. Elles sont efficaces, sur base d'une littérature scientifique très abondante. Cependant cette efficacité ne peut pas être expliquée par un modèle médical. Un modèle médical suppose en effet qu'il existe des techniques spécifiques pour des problèmes spécifiques, avec des mécanismes identifiables et scientifiquement fondés, sans que la personne du thérapeute ou la culture du patient ne jouent un grand rôle. Dans cette première partie, nous examinerons comment les courants psychothérapeutiques majeurs ont développé leurs conceptions et comment celles-ci ont été influencées par les contextes historiques et culturels. La seconde partie se concentrera sur les études d'efficacité, leurs difficultés méthodologiques et la nature des ingrédients qui paraissent nécessaires à l'obtention de résultats.

Rev Med Brux : 2023 ; 44 : 201-211

Doi : 10.30637/2023.23-007

Mots-clés : psychothérapie, histoire, efficacité, modèle médical

ABSTRACT

Psychotherapies are everywhere in our culture and many people use them regularly. They first appeared during the 19^e century, with the medicalization of mental health problems. They are incredibly diverse, with very different theoretical backgrounds. Moreover, they have constantly evolved following historical and cultural changes. They propose very interesting definitions of human beings and of their functioning. However, their efficacy is not understandable within a medical framework. A medical model would predict that specific techniques are useful for specific problems, and that techniques are based on scientific mechanisms. It would also predict that nor the personality of the therapist nor the culture of the patient should influence the outcome. The first part will be devoted to the analysis of the theoretical background of the major psychotherapeutic schools, and to their evolution through cultural and historical changes. The second part will be devoted to the methodological difficulties in psychotherapy research, their efficacy, and the mechanisms behind it.

Rev Med Brux: 2023; 44: 201-211

Doi: 10.30637/2023.23-007

Key words: psychotherapy, history, efficacy, medical model

INTRODUCTION

La psychothérapie peut être définie comme le traitement de problèmes psychologiques ou physiques par des moyens psychologiques¹. Aborder la question de la psychothérapie n'est pas une entreprise facile, tant le domaine est vaste, confus, avec un nombre d'approches incroyablement diverses, tant dans leur manière de considérer la nature humaine que dans les techniques qui sont proposées. Le sujet suscite de nombreuses questions : quelle est la validité des prémisses théoriques des différentes approches, pourquoi les approches existantes mutent-elles sans arrêt, pourquoi de nouvelles approches voient-elles périodiquement le jour alors que d'autres meurent et sombrent dans l'oubli? Est-il possible de mesurer leur efficacité et quels sont les facteurs responsables de leurs succès?

Mes premières rencontres avec les écoles psychothérapeutiques m'ont laissé une impression très mitigée, sortant des études de médecine et bercé par une approche empirique et scientifique des soins de santé. J'ai déjà évoqué dans l'article consacré au « normal » et à l'« anormal » ma méfiance envers la psychanalyse et ma formation en thérapie comportementale et cognitive. Je m'empresse de préciser que j'ai une opinion beaucoup plus nuancée actuellement. Plusieurs grands courants psychothérapeutiques sont des cathédrales de la pensée humaine, sur la manière dont notre psychisme fonctionne et s'est développé, avec des réflexions d'une grande profondeur. Malheureusement, chacune d'entre elles ne fournit qu'un regard partiel sur la nature humaine et ce regard, comme nous le verrons, est largement tributaire d'un contexte historique et culturel particulier, qui mine les prétentions universalistes et absolues qu'elles pourraient avoir. De plus, leur efficacité semble assez peu en rapport avec leurs prémisses théoriques. Paradoxalement, les différents courants ont des efficacités assez similaires, ce qui a fait naître la théorie des « facteurs communs » et principalement du rôle prépondérant d'une relation humaine aux vertus thérapeutiques en soi².

Ma mauvaise impression du début était liée à quelques expériences étonnantes. Au début de mon assistantat, je travaillais dans une salle fermée dévolue à des patients psychotiques. Le mardi soir, la salle de séminaire accueillait un groupe de thérapeutes lacaniens. J'étais assigné à la tâche de dénicher des patients psychotiques qui accepteraient de venir se faire interviewer par le responsable du groupe. De nombreux patients, enfin ceux qui n'étaient pas trop paranoïaques, acceptaient de venir, s'ennuyant tellement durant leur séjour hospitalier qu'ils considéraient l'aventure comme une distraction bienvenue et étaient souvent flattés d'être ainsi l'attention de tout un aréopage. Le thérapeute lacanien, l'œil pénétrant, s'asseyait en face du patient sur l'estrade et lui demandait de raconter son histoire. J'ai le souvenir d'une assistance très particulière. Le thérapeute était assisté par un adjoint, qui siégeait au premier rang. L'assistance était presque

exclusivement féminine et plus toute jeune. J'ai appris par la suite que la grande majorité d'entre elles étaient des patientes ou en formation avec le thérapeute pour devenir thérapeutes lacaniennes et assez souvent les deux. Je connaissais souvent les patients, que j'accompagnais, pour être interrogés en public et étais sincèrement curieux de voir si les entretiens allaient permettre de mettre en évidence un angle d'approche différent, qui aurait permis une meilleure compréhension de leur délire. En effet, les lacaniens considèrent que le délire n'est pas la conséquence d'anomalies de connectivité cérébrale et possède une signification. Après l'entretien, le thérapeute escortait le patient vers la sortie de la salle de séminaire, s'entretenait 10 minutes avec lui seul à seul et je le raccompagnais ensuite rapidement vers la salle d'hospitalisation pour pouvoir revenir écouter le débat. Lorsque je revenais dans la salle de séminaire, il régnait en général un silence religieux, le thérapeute fumait une cigarette d'un air pensif (et oui c'était encore une époque où c'était la norme) et l'assistance semblait plongée dans une méditation profonde. Le thérapeute reprenait alors une phrase que le patient avait dite d'un air songeur et une certaine fébrilité parcourait l'assistance. Son adjoint reprenait ses paroles d'un air pénétré et il s'en suivait une frénésie de jeux de mots et de considérations profondes sur la phrase qui avait été prononcée. J'avoue ne plus me souvenir des raisonnements qui étaient explicités et je suis le premier à reconnaître qu'il est facile de critiquer sans connaître la substance du corpus théorique lacanien. En effet, beaucoup de gens intelligents estiment qu'il repose sur une pensée intéressante, mêlant linguistique et psychanalyse, et indiquant que le langage structure l'inconscient³. Mais plusieurs éléments étaient très dérangeants lors de ces séances du mardi soir, notamment la ferveur religieuse et l'exégèse des textes sacrés de Lacan sans aucun regard critique. Le plus ennuyeux c'est que je ne me souviens pas d'une seule occurrence où les cogitations du groupe lacanien aient servi à améliorer la compréhension de ce qui arrivait au patient et à déboucher sur des pistes de prise en charge.

Il serait trop long ici d'évoquer tous les courants psychothérapeutiques que j'ai vu défiler en plus de 30 ans de carrière. Les orateurs qui venaient en parler avaient souvent les mêmes caractéristiques ils étaient absolument convaincus des résultats extraordinaires de leurs méthodes et n'avaient que mépris pour les autres méthodes. Souvent, ils avaient commencé par une indication précise, mais avaient ensuite essayé d'élargir leur champ d'action à de multiples indications. C'est ainsi qu'ont défilé cri primal, bioénergie, hypnose ericksonienne, analyse transactionnelle entre autres. Certaines de ces méthodes ont connu leur jour de gloire et puis sont apparues démodées. Sur ce grand champ de bataille, il reste principalement ce qu'on appelle « les grands courants » que sont les thérapies d'inspiration analytique, les thérapies humanistes et existentielles, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les

thérapies systémiques et familiales. On peut encore rajouter les thérapies interpersonnelles qui existent surtout aux États-Unis. Des méthodes plus récentes comme la « *mindfulness* » ou encore l'EMDR peuvent s'insérer dans des courants plus larges ou représenter une hybridation par exemple entre les TCC et l'hypnose.

LES PSYCHOTHÉRAPIES COMME PHÉNOMÈNE HISTORIQUE ET CULTUREL

La psychothérapie moderne émerge au 19^e siècle dans un contexte de grands changements de société et de l'organisation de celle-ci⁴. Le contexte historique est important car - et nous l'avons déjà évoqué dans l'article consacré au « normal » et à l'« anormal » - les êtres humains sont remarquablement plastiques. Le constructivisme social considère qu'il n'existe pas de nature humaine pure et fondamentale, indépendante de la culture et de l'histoire⁴. Nous ne pouvons pas fonctionner en dehors d'une matrice culturelle spécifique composée de langage, symboles, rituels et règles diverses, qui vont de l'habillement à la morale en passant par les récits des origines. L'argent, les rituels religieux, le langage, le mode d'habillement, la cuisine n'existent que dans un espace interpersonnel culturel, comme l'a abondamment décrit Yuval Noah Harari⁵. La culture forme la manière dont les humains conçoivent le monde, leur place et les autres êtres humains⁴. De ce fait, chaque culture et période historique a sa propre définition du Soi. La définition de l'individu tel que nous le concevons, contenant un « Soi » qui a éventuellement besoin d'une thérapie, est une invention occidentale assez récente qui a notamment supplanté la notion de porteur d'âme, qui a besoin d'être sauvée par la religion⁴. Chaque conception du soi est associée à des « pathologies » caractéristiques et des technologies de soin spécifiques⁴. C'est comme nous le verrons ce qui explique les grandes variations, souvent au sein des mêmes courants psychothérapeutiques, que l'on peut observer en fonction des époques, des cultures et des lieux géographiques. L'herméneutique, c'est-à-dire la science de l'interprétation appliquée à l'être humain, dépend en effet du contexte culturel et historique à la fois de l'observé et de l'observateur. Le Soi athénien de la Grèce antique était un Soi sans autonomie de fonctionnement, piloté par les Furies et les Dieux, mis en scène dans le théâtre qui avait une fonction thérapeutique pour le groupe. Le Soi des anciens Hébreux était un Soi communautaire engagé dans un partenariat avec Dieu au sein d'un contrat bilatéral. Pour Saint-Augustin, contemporain de la fin de l'Empire romain, le Soi était empli de désirs, il était lubrique et inadéquat et il devait être lavé par la confession et le pardon, puis habité par Dieu. Le Soi du chevalier féodal était défini par opposition à ce qu'il n'était pas, c'est-à-dire un infidèle et pouvait être apaisé en se joignant à une mission plus grande que lui, comme les croisades. Les structures hiérarchiques de la féodalité étaient partout, entre Dieu et les anges, entre l'empe-

reur et ses vassaux, à l'intérieur de l'Église et entre les classes sociales et les familles et tout individu était situé précisément dans ces hiérarchies et ne pouvait se concevoir en dehors de celles-ci⁶. L'individu a refait son apparition à la Renaissance, après l'effondrement du monde ancien, accéléré par la grande peste et avec lui l'intérêt pour les liens personnels, l'amitié, l'amour romantique et l'apparition de formes littéraires comme les biographies et les autobiographies⁴. La psychothérapie a émergé dans le courant du 19^e siècle sur fond de sécularisation, d'urbanisation et d'industrialisation massive. La connaissance du monde matériel par des processus scientifiques a contribué à la sécularisation et à la médicalisation des troubles mentaux. L'inconnu n'était plus dans le monde matériel, mais dans l'individu et ce qui le fait agir, ce qui a généré le concept « d'inconscient ». Ces bouleversements se sont accompagnés de profonds remaniements dans la manière dont les humains se percevaient. Ces perceptions ont pris des formes assez différentes par exemple en Europe et aux États-Unis, qui ne vivaient pas les mêmes contextes sociaux et culturels⁴.

Contexte américain

Les colonies américaines installées au 17^e siècle et venues d'Europe étaient pauvres et vulnérables⁴. Elles étaient caractérisées par le puritanisme, le travail acharné et la piété, qui garantissait une récompense par Dieu après la mort. L'urbanisation, le développement économique spectaculaire et l'expansion vers l'Ouest au 19^e siècle, avec le mythe de la nouvelle frontière, ont ensuite modelé un Soi individualiste, travailleur, moral, frugal, avare de ses émotions, dédié à la construction de la civilisation et à l'appropriation de l'étendue sauvage, au travers du travail intensif et du report de la gratification. Le Soi américain s'est défini aussi par ce qu'il n'était pas, en opposition aux figures du Noir et de l'Indien, avec un racisme endémique⁴. La pathologie mentale dominante de l'époque était la neurasthénie, la paralysie de l'action, de la volonté, le doute et l'indécision. Il s'agissait d'une pathologie d'un monde qui changeait rapidement, avec un Soi devenu diffus, mal défini et en manque de contact avec la vie réelle, notamment en raison de la transformation du marché du travail vers le travail de bureau. Ce sont les individus qui étaient considérés comme défectueux, pas les conditions de vie, un phénomène un peu comparable à celui du burnout actuel. Vers la fin du 19^e siècle sur fond d'un développement économique extraordinaire, de l'essor du capitalisme et de l'urbanisation à marche forcée, le Soi frugal et puritain a ainsi été progressivement remplacé par un Soi narcissique, qui préfigurait les développements ultérieurs⁴ il fallait être attractif pour les autres, se démarquer dans un groupe, être « quelqu'un ». « *You are special* » c'est-à-dire hors de l'ordinaire, devenait un idéal. La publicité a pris son essor et contribué à désigner la consommation comme l'idéal du Soi. Le crédit s'est développé permettant un accès toujours plus grand à la consommation. Les « vedettes » sont apparues,

qui étaient une projection du narcissisme ambiant. C'est dans ce contexte historique qu'est apparue la première forme de psychothérapie aux États-Unis, une forme de mesmérisme importé d'Europe. Franz-Anton Mesmer était une figure viennoise charismatique. Il avait développé une cure pour les riches qui s'ennuyaient, un mélange de médecine, de spiritualité et d'hypnose. Sa première mouture rassemblait des patients autour d'une pièce d'eau dans laquelle des aimants avaient été disposés. Il dansait autour d'eux en robe lilas, chantait et touchait les patients avec une baguette, ce qui les faisait tomber dans une transe curative, entraînant un sens profond de bien-être et la disparition de leurs troubles psychosomatiques⁴. Sa méthode a ensuite eu un immense succès, notamment en France. Cependant déjà à l'époque des doutes sur la validité de la méthode avaient vu le jour et le Roi Louis XVI avait désigné une commission royale en 1784, présidée par Benjamin Franklin pour investiguer le mesmérisme⁷. Cette commission a utilisé sans doute la première étude randomisée en simple aveugle contre placebo de l'histoire⁷. Les patients étaient divisés en 2 groupes, l'un était en contact avec des objets magnétisés et l'autre avec des objets qu'ils pensaient magnétisés. Cette expérience permit à la commission de déterminer qu'il n'y avait pas de différences d'amélioration des symptômes entre les groupes. On reprocha donc à Mesmer non pas l'inefficacité de son traitement, mais bien l'attribution à un mécanisme, le magnétisme, non étayé. Dans une mouture ultérieure, les aimants furent ensuite abandonnés par Mesmer, non nécessaires, car il existait selon lui un magnétisme animal, un fluide spirituel qui connectait tous les êtres vivants entre eux et dont le thérapeute pouvait se servir pour guérir les patients, notamment en pratiquant l'apposition des mains. Le mesmérisme a été importé aux États-Unis par Charles Poyen. Il a prospéré dans le contexte américain de continent vierge aux possibilités infinies, mais aussi propice aux blessures psychologiques du fait des vagues d'immigration et des changements rapides, avec son lot de maladies psychosomatiques dans les populations nouvellement urbanisées⁴. Charles Poyen véhiculait une notion de Soi enchanté, bon de nature, divin en fait, qu'il suffisait de libérer par la thérapie. Le mariage entre psychothérapie et religion s'est lui aussi bien implanté dans le contexte américain. L'optimisme et un embryon d'ancêtre de psychologie positive étaient à l'origine de phénomènes déconcertants pour des Européens. Les pratiques spirituelles des Américains moyens ont évolué du devoir envers la communauté vers l'accomplissement personnel. Il suffisait de vouloir pour pouvoir, comme en témoignaient des livres populaires de l'époque « *How to get what you want* », « *The power of success* », « *The secret of success* », « *Think and grow rich* »⁴. La cure héritée du mesmérisme donnait potentiellement accès à l'abondance matérielle et économique, pour peu qu'on éliminât des obstacles telles que les pensées négatives, en utilisant un précurseur de la restructuration cognitive, le pessimisme et le manque

de foi. De ce fait, les patients étaient blâmés pour leur manque de réussite.

Je me permets de raconter ici une petite anecdote qui montre combien ces conceptions du 19^e siècle ont traversé le temps. Je faisais un séjour prolongé au Canada juste avant de commencer mes études de médecine. La télévision canadienne me fascinait, et notamment une émission dont je ne retrouve plus le titre mais qui mettait en scène des personnes apparemment malades et handicapées qui défilaient devant un guérisseur religieux. Le groupe priait fiévreusement et encourageait bruyamment notamment par des chants le malheureux en chaise roulante qui se trouvait devant le guérisseur. Celui-ci criait « *Heal, Heal* » de manière assez théâtrale jusqu'à ce que la personne handicapée se lève de sa chaise roulante sous un tonnerre d'applaudissements. Il suffisait d'avoir la foi et l'optimisme pour vaincre tous les obstacles et on retrouve des traces de ces conceptions dans le courant actuel de psychologie positive. De même, la tradition des livres promettant succès et accomplissement aux lecteurs est loin de s'être perdue. Un certain Donald Trump a eu un succès de librairie notable avant de devenir président avec son livre « *The art of the deal* »⁸. Le message implicite en est qu'il suffisait de faire comme lui pour devenir milliardaire. Le Soi s'était ainsi totalement affranchi des conditions historiques, sociales et culturelles...

Contexte européen

Le contexte européen était bien différent de l'américain, bien loin de l'imaginaire de la nouvelle frontière, des espaces et de possibilités infinies. L'Europe était au 19^e siècle un continent marqué par un passé de guerres incessantes et conscient du tragique de l'existence. C'est dans le contexte viennois que la psychanalyse est née. Le philosophe Ricœur a parlé de la psychanalyse comme d'une herméneutique du soupçon. De fait, la Vienne de l'époque était aussi le berceau de l'expressionnisme, une forme de peinture qui cherchait à débusquer ce qui était caché dans les visages et dans les corps. Eric Kandel, par ailleurs prix Nobel en 2000 pour ses travaux sur la mémoire, a consacré un livre passionnant, intitulé « *The Age of Insight* » à ce contexte particulier⁹.

Le Soi victorien contenait des pulsions secrètes, dangereuses pour la société, surtout sexuelles et agressives. Elles pouvaient être contrôlées par la répression, mais trop de répression induisait des névroses selon Freud. La solution était alors l'auto-domination par la conscience au travers de l'introspection. Pour Freud, la psychopathologie était le produit de pulsions, de conflits et de mensonges à soi-même. Sans répression par les normes internalisées d'une société, les actes de violence et la perversion sexuelle détruiraient la société. Il pensait qu'en amenant ces conflits à la conscience ou en dérivant les pulsions vers des activités non destructrices, les conflits internes pouvaient être gérés rationnellement. Par exemple, il pensait que les symptômes de l'hystérie étaient causés par la répression d'un événement traumatique, réel ou imaginaire, que la

nature du symptôme était liée à l'événement et que le symptôme pouvait être levé par l'introspection permettant de faire le lien entre l'événement et le symptôme⁷. Il faut par ailleurs noter que Freud, pensant qu'il était impossible que tant de femmes aient vécu des traumatismes sexuels, avait modifié sa théorie pour l'orienter vers le fantasme d'abus plutôt que des abus réels. Freud avait en tête un modèle médical un trouble, l'hystérie, dont l'origine recevait une explication scientifique, à savoir un événement traumatique refoulé et une possibilité de traitement par l'introspection dans l'inconscient avec des procédures thérapeutiques spécifiques, l'interprétation des rêves et des associations libres⁷. Alors que la neurasthénie était la pathologie mentale américaine préférentielle, en Europe c'était l'hystérie qui dominait au 19^e siècle⁴. On pouvait soigner par la domination de soi en Europe et par la libération de soi aux États-Unis. En Europe, le problème était le sexe ou l'agression incontrôlée et aux États-Unis l'absence d'initiative et l'incapacité de travailler. Les mêmes symptômes non spécifiques, fatigue, céphalées, insomnies, dépression, dyspepsie, impuissance sexuelle et idées obsessionnelles étaient pour Freud des manifestations de conflits liés à des pulsions agressives ou sexuelles alors que pour George Miller Beard, qui avait développé le concept de neurasthénie, il s'agissait d'un manque d'énergie. La cure analytique était le remède d'un côté, alors que le repos, la diète saine et l'exercice modéré, le contact avec la nature étaient proposés de l'autre côté. Il faut aussi noter que pour George Miller Beard si un patient manquait d'énergie au travail, il s'agissait d'un manque d'énergie à restaurer, d'une maladie à soigner et pas un d'état à attribuer par exemple au fait qu'un employé pouvait détester son travail⁴.

BREF HISTORIQUE DES GRANDS COURANTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

La psychanalyse

Introduction

Il faudrait des volumes entiers pour décortiquer ce grand mouvement de pensée. N'étant pas psychanalyste moi-même, je vais me contenter de m'inspirer de Philip Cushman⁴ pour tenter de replacer ces idées dans un contexte historique. Nous avons déjà esquissé en quoi Freud est un produit d'une époque et d'une culture bien particulière. Une rencontre entre les mondes européen et américain a eu lieu en 1909. Freud a été accueilli avec enthousiasme à la *Clark University* aux États-Unis, invité par Stanley Hall, fondateur de l'« *American Psychological Association* », en présence de tout le gratin de la psychologie américaine. Cette rencontre reposait un peu sur un malentendu : la psychanalyse semblait plus scientifique que les rejets du mesmérisme et du mysticisme religieux. Au début du 20^e siècle, la taille des familles avait commencé à diminuer, en parallèle avec une intensification du lien parent-enfant et donc un plus grand intérêt pour le développement mental

des enfants. Il y avait un intérêt pour ce qui apparaissait comme une nouvelle frontière, un nouveau territoire à découvrir, c'est-à-dire soi-même, alors que la conquête de l'Ouest était terminée. Mais le malentendu provenait aussi du fait que pour nombre d'Américains, l'inconscient n'était pas un territoire sombre et menaçant, mais plutôt le siège d'un Soi merveilleux comme nous l'avons vu plus haut. En passant aux États-Unis, la psychanalyse avait subi un processus de déssexualisation et de christianisation³. Comme pour les autres grands courants psychothérapeutiques, la psychanalyse est loin d'être un corpus de pensées univoque : elle est traversée de nombreux conflits et de contradictions multiples. Si on peut trouver un point commun entre ces conceptions, ce serait selon Cushman qu'elles localisent le Soi à l'intérieur des individus et qu'elles considèrent qu'il existe des structures mentales innées, communes aux êtres humains et qui orientent la manière dont leur personnalité se construit.

Les sentiments et les pensées sont ainsi localisés dans le Soi et le résultat de processus intrapsychiques plutôt que d'être des produits de la culture ou des interactions interpersonnelles. Cette conception était aux antipodes de celle développée par exemple par Harry Stack Sullivan, un psychiatre américain d'origine irlandaise. Pour lui, les interactions sociales étaient localisées dans l'espace entre les gens et pas à l'intérieur du Soi contenu dans l'individu. Pour Sullivan l'individu unique était une illusion romantique et le Soi tout puissant un artefact culturel du 20^e siècle. Les individus étaient constamment occupés à observer leur environnement interpersonnel à la recherche d'indices sur la manière de se comporter. Les conceptions de Sullivan ont débouché sur la création d'un courant de psychothérapie, la psychothérapie interpersonnelle, quasi inexistant en Europe. Ces thérapies sont basées sur l'idée que les problèmes émotionnels des patients sont liés à des difficultés à percevoir leur environnement. Elles visent à aider les patients à mieux percevoir les autres et à développer de nouveaux modèles de comportements, qui reflètent mieux les indices sociaux envoyés par les autres.

Mélanie Klein

Pour en revenir à la psychanalyse, la conception de la formation du Soi a évolué après Freud au-delà du conflit entre les pulsions et la société, Mélanie Klein a élaboré une théorie complexe^{3,4}. Pour elle, le Soi est composé « d'objets » partiels, qui sont le résultat des interactions avec la mère. L'enfant est incapable de percevoir sa mère comme un ensemble, avec des caractéristiques à la fois bonnes et mauvaises, et serait donc programmé pour aboutir à un clivage entre bons et mauvais objets. Le Soi de l'enfant est caractérisé par l'incorporation des « bonnes » caractéristiques de sa mère et le rejet des « mauvaises » caractéristiques. L'acceptation de la cohabitation au sein d'une même personne des bonnes et mauvaises caractéristiques représenterait un stade de maturation caractérisé par ce que Klein appelle la « position

dépressive », une sorte de renoncement aux illusions de la possibilité d'une mère parfaite. La psychothérapie « kleinienne » interprète les relations avec le thérapeute notamment sous l'angle de l'identification projective, le fait de rejouer le théâtre des relations avec la mère en localisant dans le thérapeute par exemple des impulsions destructrices et hostiles. Mélanie Klein était elle-même un personnage complexe. Elle avait pris en thérapie son propre fils, Erich, qui souffrait d'anxiété, qu'elle avait attribué à un problème œdipien avec angoisse de castration, alors que dans le contexte antisémite de l'époque elle ne lui avait pas révélé qu'il était juif, l'avait fait baptiser, et semblait ne pas percevoir que son fils était victime dans le quartier d'un gang juvénile antisémite qui le harcelait⁴. Au-delà de l'anecdote, ce qui est frappant dans ses conceptions, c'est qu'elle plaçait la mère au centre de la vie psychologique de l'enfant, ce qui était contemporain d'un cadre historique où la relation dyadique prenait plus de place, du fait notamment du rétrécissement de la taille des familles⁴. La mère était aussi le centre de la vie éducative, loin du père freudien qui était le père associé aux normes sociales. Mélanie Klein attribuait également peu de place aux interactions sociales et aux conditions historiques et culturelles⁴.

Donald Winnicott

Donald Winnicott a poursuivi les idées de Mélanie Klein, dans la mesure où lui aussi s'est centré sur une psychologie de la dyade mère-bébé, sans existence propre du bébé dans un premier temps. Daniel Winnicott est un pédiatre né à Plymouth dans une famille aisée, mais avec un père peu présent. Élevé par sa mère et ses 2 sœurs aînées, il reconnaissait lui-même une forte identification à la mère³.

La mère et l'enfant forment une sorte de couple. Si la mère est « suffisamment bonne », comprend et répond assez bien aux besoins de l'enfant, il pourra grandir en sécurité, abandonner progressivement son illusion de toute-puissance, accepter la séparation d'une mère non parfaite et développer confiance, spontanéité, créativité et autonomie. Au départ, la relation est fusionnelle et la mère passe par une phase de « folie temporaire » où l'enfant est son seul sujet de préoccupation et où elle répond de manière quasi instantanée à ses besoins. Elle lui procure des stimulations tactiles, lui présente des objets qui le mettent en contact avec le monde. Cependant, le passage d'une dépendance totale à une dépendance relative induit pour l'enfant la capacité à être seul. Pour le supporter, l'enfant crée aussi des objets transitionnels, qui sont des créations magiques qui font le pont entre l'absence et la présence de la mère, ce qui aide à supporter les frustrations inévitables. Si la mère montre qu'elle peut tolérer les attaques et accepter les cadeaux de réparation, comme les sourires et les gestes affectueux, l'enfant a la possibilité d'internaliser un partenaire interactif et chaleureux, de développer un « vrai Soi » et pas un « faux Soi » qui est une adaptation à une mère trop envahissante ou abandonnique. Le but de la thérapie est la

libération du vrai Soi. Le Soi de Winnicott était un Soi vide au départ, qui se remplissait grâce aux interactions avec la mère, mais qui ne faisait pas non plus de place aux conditions historiques et culturelles ambiantes. Il entretenait aussi une illusion d'omnipotence, c'est-à-dire qu'un enfant pouvait devenir ce qu'il voulait quand il grandissait. La question des pulsions, qui était encore présente chez Mélanie Klein, disparaît ainsi progressivement. Cette question formait un pont entre les concepts freudiens de pulsions de vie et de mort et la question de la structuration de l'esprit sur base des relations primaires³.

Heinz Kohut

Heinz Kohut, est aussi bien en phase avec son époque. Il est né à Vienne dans une famille juive et a émigré aux États-Unis, suite à l'Anschluss³. Il a fait ses études de médecine, s'est orienté vers la neurologie puis vers la psychiatrie avant de se tourner vers la psychanalyse. Pour lui, le Soi naît dans la convergence entre les potentialités de l'enfant et les attentes des parents. Les parents se focalisent sur l'enfant, l'admirent et communiquent leurs sentiments à l'enfant. L'enfant se voit ainsi dans le miroir de l'admiration parentale comme attractif et intéressant. Il passe ensuite par une phase de fusion avec des parents idéalisés qui lui permettent de se sentir puissant et autosuffisant. Bien sûr comme les interactions ne sont pas parfaites, l'enfant apprend aussi l'autonomie en s'autoréglant au travers d'activités apaisantes, comme le babillage ou les jeux moteurs. Il partage avec Winnicott la conviction que ce ne sont pas les pulsions sexuelles, comme dans la théorie freudienne classique, qui structurent le développement de l'enfant. Pour Kohut, si le parentage est correct, l'enfant développera un narcissisme sain. Cependant, s'il n'a pas été adéquat, l'enfant parvenu à l'âge adulte s'exhibera pour obtenir un effet miroir permettant d'alimenter son narcissisme ou encore idéaliser des vedettes, des personnes importantes ou des thérapeutes pour fusionner avec leurs qualités supposées. Par exemple, Kohut a proposé que les leaders charismatiques puissent être utilisés par les membres d'un groupe pour tenir ensemble un soi fragmenté et en désintégration, ce qui générerait une loyauté indéfectible et une acceptation des ordres, un sens d'appartenance et d'unité du groupe. Ce sentiment inciterait à l'euphorie de masse et à une croyance non réaliste en la justesse de la cause et le triomphe ultime du groupe. Si je peux me permettre une métaphore, l'idéalisation et la fusion avec la vedette, le chanteur, l'homme politique ou le leader charismatique, fonctionnerait un peu comme Volde-mort dans Harry Potter. Celui-ci dépose des parties de lui-même, de son Soi, des « horcruxes », dans différents objets magiques. Pour Kohut, le psychothérapeute des personnalités narcissiques se substituera aux parents en tolérant au début tant la survivorisation du patient par lui-même que l'idéalisation du thérapeute et à force d'empathie arrivera ainsi à compléter la construction du soi et à l'apaiser. La relation serait ainsi plus importante que l'interprétation³. La fin de la thérapie surviendrait lorsque le

patient aurait moins besoin de l'effet miroir et de l'idéalisation du thérapeute. Pour résumer, pour Kohut l'empathie est l'activité primaire qui permet la construction du Soi. C'est la compréhension et pas la confrontation qui aurait un pouvoir de guérison, alors que pour Freud, c'était l'interprétation intellectuelle et la confrontation qui étaient thérapeutiques. Les conceptions de Kohut, son encouragement à utiliser l'empathie et l'ajustement du thérapeute à son patient, ont influencé presque tous les modèles thérapeutiques de l'après-Seconde Guerre mondiale, depuis le mouvement humaniste en passant par des formes de thérapie familiale ou encore cognitive.

Le Soi de Kohut est un Soi détaché des contingences sociopolitiques et économiques d'une société. Le salut individuel se trouverait dans la libération du Soi enchanté et dans la consommation. Le « on le vaut bien » est central dans la société de consommation ou les industries de biens, de services, des cosmétiques, des diètes, des sports et plus récemment des réseaux sociaux, qui sont conçus pour que des individus puissent se sentir uniques et différents de la foule et désireux de fusionner avec des célébrités, fussent-elles d'un jour.

Psychothérapies humanistes

Carl Rogers est la figure de proue de ce mouvement. Il est né au début du 20^e siècle dans un environnement très religieux, a commencé à étudier la théologie avant de perdre la foi et de s'orienter vers la psychologie. Il a commencé à appliquer ses théories à la thérapie des enfants maltraités et en a retiré la conviction qu'il était possible pour ces enfants de se développer sur le plan émotionnel dans de bonnes conditions d'empathie et de bienveillance. Il a ensuite travaillé sur la dynamique des groupes, sur l'éducation, les relations internationales, la résolution de conflits et la prévention des conflits nucléaires. Rogers n'était pas en faveur de la définition d'une psychologie centrée sur le comportement observable. Il souhaitait une approche basée sur l'expérience subjective, visant une croissance naturelle des individus vers plus d'autonomie et de possibilités de choix entre les besoins, les désirs, souhaits et valeurs. Ses conceptions rejoignent finalement assez bien celles de Heinz Kohut. L'empathie et le regard positif inconditionnel permettent de mobiliser les tendances naturelles du Soi merveilleux à l'épanouissement. Rogers s'intéressait à la différence entre le Soi rêvé et le Soi réel chez ses patients³. Avec la thérapie, ces derniers pouvaient grandir dans un environnement bienveillant et ainsi devenir plus congruents avec eux-mêmes et les autres. On retrouve des notions similaires dans la 3^e vague des TCC. Rogers n'était pas favorable à l'utilisation du terme « patient » et a donc utilisé l'appellation de « Thérapie centrée sur la Personne », pour appuyer l'idée d'une relation égalitaire, humaine avant tout. Les reflets donnés par le thérapeute y permettent de fournir un miroir au patient et de rendre les mondes internes et externes plus visibles. L'authenticité est favorisée, notamment la transparence des senti-

ments du thérapeute envers le patient¹. Les thérapies rogériennes sont les ancêtres directs de l'entretien motivationnel qui vise à promouvoir des changements d'habitudes en lien avec la santé, tels que les addictions, les problèmes d'alimentation ou encore d'observance thérapeutique. Ils adoptent également un regard a priori bienveillant et dépourvu de jugement de valeur pour que le patient puisse exprimer lui-même ses besoins, ses avantages et ses obstacles au changement¹⁰. Ce type d'entretien est le pain quotidien des médecins généralistes, qui sont en première ligne pour la gestion des pathologies chroniques.

Les psychothérapies cognitivo-comportementales

Ce sont les thérapies que je connais le mieux car je m'y suis formé pendant mon assistantat, séduit par l'idée qu'il s'agissait de thérapies ancrées dans les données scientifiques, qui souhaitaient bénéficier d'évaluation de leur efficacité comme traitement à l'aide des méthodes utilisées en recherche clinique, et qui faisaient état de bénéfices sur base de données chiffrées dans une série de domaines. À ce propos, il faut toutefois souligner que les cliniciens comportementalistes se sont éloignés en pratique du positivisme scientifique pour adopter une approche pragmatique, du fait de l'absence de lien évident entre la littérature expérimentale de laboratoire et leur pratique clinique¹.

Ces thérapies, comme les thérapies psychanalytiques, ont aussi réussi à capter le « zeitgeist » à chaque époque et ainsi à se réinventer en faisant coexister, sous la même appellation, des éléments complètement différents. La « première vague » était comportementale, surfant sur les travaux fondamentaux de Pavlov et de Skinner, s'intéressant principalement aux contingences d'environnement qui modulent le comportement, les renforcements qui en augmentent la fréquence et stimulations aversives qui la diminuent. Chaque problème était ainsi analysé sous cette grille de lecture et les interventions visaient à modifier les contingences d'environnement pour changer les comportements problématiques. Ce courant a dominé les années 50 et une bonne partie des années 60, avec Joseph Wolpe, un psychiatre sud-africain comme chef de file. Il avait commencé par mener des expériences chez les chats, sur lesquels il avait conditionné une réaction phobique, et avait constaté qu'il était possible de la réduire en les nourrissant de façon progressive, une réaction incompatible avec la peur⁷. Après avoir étudié le travail de la relaxation progressive par le physiologiste Edmund Jacobson, il avait eu l'idée d'utiliser l'incompatibilité de la relaxation et de l'anxiété pour traiter des patients anxieux. Sa technique appelée « désensibilisation systématique » impliquait la création d'une hiérarchie de stimuli anxiogènes qui devaient être imaginés par le patient dans un état de relaxation. Son livre « *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* », un ouvrage fondateur pour la thérapie comportementale a été publié en 1958¹¹. Ces principes sont vite devenus populaires dans le traitement

de certains troubles anxieux comme les phobies. Par contre, il a aussi suggéré d'utiliser la thérapie comportementale pour proposer à des patients qui se sentaient tiraillés entre leur engagement religieux et leur homosexualité, une thérapie de conversion, pour les remettre dans le chemin de l'hétérosexualité, un concept qui est regardé avec horreur actuellement, mais qui a aussi été proposé par le courant psychanalytique¹². Cet exemple montre une fois encore que les psychothérapies ne sont pas indépendantes des conditions historiques et des représentations sociales qui varient fortement en fonction des époques.

La seconde vague est apparue durant les années 60 et 70. Le courant cognitif était à nouveau bien dans l'air du temps puisqu'il reposait sur l'idée que les problèmes psychologiques résultaient d'un mauvais traitement de l'information, et ce au moment où l'informatique commençait à prendre son essor. Les chefs de file de ce courant étaient Albert Ellis, un psychologue et Aaron Tim Beck, un psychiatre¹⁷. Beck, un ancien psychanalyste déçu, avait développé une thérapie spécifique pour la dépression¹³. Il partait de l'idée que ces patients présentaient des distorsions cognitives, en d'autres termes une perception inadéquate du monde, exagérément noire, liée à des expériences de vie précoce difficiles ayant engendré des « logiciels » de décodage du réel biaisés. Selon Beck, il était possible de modifier ces schémas de pensées en proposant aux patients d'examiner avec le thérapeute la validité de ceux-ci. Il y avait toutefois un problème important avec la théorie de Beck, à savoir que les patients ne présentaient pas ces « distorsions cognitives » en dehors des épisodes dépressifs. Beck en était conscient et avait proposé que des événements stressants pussent activer des schémas de pensée latents¹⁴. Il a par ailleurs eu le très grand mérite de reformuler sa théorie en essayant d'y intégrer les découvertes des neurosciences les plus récentes¹⁴.

La troisième vague est apparue dans les années 80 et 90¹⁵, axée principalement sur les principes de non-évitement des expériences émotionnelles et de la prise de distance par rapport à ses ruminations. L'idée centrale est de combiner la méditation avec des techniques cognitives pour aider le patient à distinguer ses croyances des faits. Elle ne visait plus à réduire les symptômes comme l'approche cognitive, mais à permettre aux patients de poursuivre leurs buts de vie. La méditation, appelée « *mindfulness* » pour faire plus chic, en est un élément fondamental. Des discussions avec le patient sur ses valeurs et ses grands buts de vie sont menées pour rappeler leur centralité, encourager à l'action pour les réaliser en passant outre les expériences émotionnelles et les ruminations cognitives. Pour caricaturer, de manière un peu outrancière, on peut dire que la première vague essayait de changer les comportements, que la seconde vague essayait de modifier la manière de penser et que la 3^e vague visait à faire accepter la vie telle qu'elle était sans grand espoir de la modifier, en se réfugiant dans l'accomplissement

personnel. Le champ d'action des psychothérapies s'est encore élargi dans les années 90 avec l'abord des troubles de personnalité, en particulier la thérapie des schémas de Jeffrey Young¹⁶, une reformulation inspirée de la psychanalyse sur la structuration mentale découlant des interactions parentales précoces et puis surtout la thérapie dialectique comportementale de Marsha Linehan qui visait à stabiliser les personnalités borderline¹⁷. Les personnalités borderline sont caractérisées par une grande instabilité affective et un problème d'identité. Elles sont très probablement la résultante de traumas précoces qui déteignent sur la confiance qu'elles peuvent avoir envers les autres personnes, débouchant sur de nombreux problèmes interpersonnels. Linehan a reçu un subside du NIMH pour développer le traitement de patients suicidaires en 1980. Comme elle est catholique romaine¹, elle s'est tournée vers la tradition mystique chrétienne pour aider ses patients, mais s'est trouvée confrontée au fait que nombre d'entre eux n'étaient pas croyants. Elle a étudié Carl Rogers et a ensuite fait une retraite dans un monastère bouddhiste où elle a été impressionnée par la pratique Zen qui comprend des éléments de non-jugement et de présence dans le moment. Elle a donc utilisé dans sa thérapie à la fois la tolérance de la détresse, l'acceptation de la réalité, la méditation, la validation des émotions et la proposition de stratégies de changement. Au départ, elle ne s'intéressait pas spécifiquement aux patients borderline, mais on lui a fait la remarque lors d'un comité d'accompagnement de son doctorat que beaucoup de ses patients ressemblaient à ce tableau clinique et elle s'est donc focalisée sur l'étude des patients borderline suicidaires¹. Elle propose dans la thérapie dialectique comportementale un mélange d'interactions très fréquentes avec les patients, la possibilité d'être contactée téléphoniquement quasi à tout moment en fonction des crises émotionnelles puis l'usage intensif de la méditation pour gérer ces émotions. J'ai lu comme beaucoup de monde avec grand intérêt les travaux de Linehan, qui ont le mérite d'avoir puisé dans à peu près toutes les sources existantes sur le développement de ce type de personnalité. Cependant, l'applicabilité de ce type de thérapie pose question. Il faut être quasi un(e) saint(e), sacrifiant toute vie personnelle pour s'occuper intensivement de patients borderline comme Marscha Linehan le propose, sans, et nous y reviendrons dans la seconde partie consacrée à l'efficacité des psychothérapies dans un prochain numéro, que son modèle n'offre des bénéfices incontestables par rapport à d'autres prises en charge. Son background chrétien explique peut-être une tendance sacrificielle. Elle a en outre révélé il y a quelques années dans une interview au *New York Times* qu'elle avait elle-même présenté une personnalité borderline, ce qui pourrait expliquer la profondeur de son engagement. Ce type de thérapie a ensuite été adapté à la dépression, aux troubles alimentaires et aux troubles fonctionnels illustrant la propension naturelle des nouveaux courants psychothérapeutiques à étendre leurs indications.

La troisième vague a énormément utilisé le « *zeitgeist* » de la fin du 20^e siècle et du début du 21^e. L'écroulement des grandes utopies tant religieuses que politiques et la représentation un peu désespérée du futur, fait de réchauffement climatique, d'écroulement d'écosystèmes et plus récemment de pandémies, est favorable au repli sur le développement personnel, sur l'acceptation et la compassion telles que proposées par la « *mindfulness* ». Par ailleurs, ce courant a fort bénéficié de la caution des neurosciences. Si la psychanalyse a pu se développer en dehors de tout lien avec les sciences du cerveau et les études empiriques, l'époque actuelle souhaite des récits un peu mieux étayés et plus enracinés dans la science, représentée par des images de cerveau en action¹⁸. Avec l'avancée des techniques d'imagerie cérébrale, on a pu visualiser le cerveau de moines bouddhistes en action ou à défaut de grands prosélytes tels que Matthieu Ricard. Si on regarde les choses froidement, c'est une thérapie formidable pour gens bien adaptés, tels que Steven Laureys, un neurochirurgien de renom ou encore Yuval Noah Harari qui en font une publicité importante. Le message de fond est que la méditation modifie le fonctionnement du cerveau en bien¹⁸. La méditation a largement débordé des rives de la psychothérapie. On ne compte plus les groupes thérapeutiques utilisant la « *mindfulness* » ni les sites en ligne ou les applications qui en proposent. Elle sert aussi de paravent aux entreprises soucieuses du bien-être de leur personnel (traduisez on va mettre une pression maximale sur la productivité et après on va « réparer » le personnel avec un peu de méditation) ou encore de remède aux étudiants stressés par leurs conditions de stages.

Mon expérience personnelle de la méditation n'est pas mauvaise, quoique très parcellaire. J'ai participé à une journée de formation et ce n'était pas désagréable. Mais je n'en ai pas fait un mode de vie, pour la même raison qu'il est difficile de tenir ses bonnes résolutions en matière de sport ou d'alimentation équilibrée. Changer ses habitudes nécessite une motivation en béton en plus d'être convaincu des bienfaits. Il en va de la méditation comme des autres modes en matière de santé mentale : elle sera inévitablement victime de son succès. De plus en plus de patients auront essayé, n'auront pas réussi à la pratiquer sur la durée ou n'auront observé aucun bénéfice et l'enthousiasme des thérapeutes diminuera également au fil des années au fur et à mesure qu'ils s'apercevront que ce n'est pas une solution miracle à tous les problèmes psychologiques¹⁹.

Au total, je garde une sympathie particulière pour ces thérapies. Elles présentent à mon sens l'avantage de proposer au patient une co-construction de la formulation de leurs problèmes au travers de l'analyse fonctionnelle. L'analyse fonctionnelle part des problèmes considérés par les patients comme importants et s'efforce de proposer des explications sur leur origine et sur leur maintien. Il s'agit bien sûr en partie d'une fiction partagée, mais au moins le thérapeute ne s'efforce-t-il pas d'imposer ses propres explications.

Les thérapies familiales et systémiques

Pour ce courant psychothérapeutique, le Soi n'est pas isolé du contexte familial voire de la communauté au sens plus large. Comme pour les autres courants, il ne s'agit pas d'une approche unifiée et différentes phases historiques ont marqué de gros changements de conception. La première phase est basée sur une approche communicationnelle. Un des pionniers de cette approche est Gregory Bateson, un anthropologue qui a étudié les patterns de communication chez les patients schizophrènes à Palo Alto en Californie³. Bateson et son équipe ont mis en avant le concept d'homéostasie familiale, un concept emprunté à la biologie. Ce concept décrit comment les familles résistent au changement, au prix d'un coût émotionnel important. Ainsi le symptôme d'un enfant pourrait camoufler un conflit entre les parents et l'enfant deviendrait alors le « patient désigné », le symptôme du dysfonctionnement familial. Le concept de double lien est né dans ce contexte, l'idée que les communications puissent être contradictoires dans la famille entre des messages explicites qui sont contredits par des messages implicites ou « méta-messages ». Comme les patients schizophrènes étaient incapables de discriminer les contradictions entre langage verbal et non verbal, ils ne pouvaient pas résoudre les paradoxes de la communication, qui se retrouvent partout dans l'espèce humaine³. Mais il allait plus loin en considérant que la schizophrénie était une réponse folle dans un système de communication fou et contradictoire. Bateson a ainsi poursuivi les idées de Frieda Fromm-Reichmann qui, déjà dans les années 40, avait inventé le terme de « mère schizophrénogène » pour désigner une mère à la fois froide et rejetante tout en étant surprotectrice et envahissante³. Les conceptions de Bateson, renvoyant la responsabilité du développement d'une psychose sur la mère, ont été fortement critiquées car elles négligeaient de considérer les origines au moins partiellement biologiques du problème et inversaient aussi la direction de la causalité : avoir un enfant psychotique induit en soi des difficultés à entrer en relation avec lui et génère des inquiétudes qui peuvent être responsables de la surprotection. De plus elles ne reposent sur aucune preuve empirique^{3,20}. Cela rappelle d'ailleurs les excès dénoncés dans le « Livre Noir de la Psychanalyse »²¹ liés à une autre accusation non fondée portée sur les mères et leur rôle dans le développement de l'autisme, par Bruno Bettelheim dans les années 60²². Là aussi, la direction de la causalité est probablement inversée par rapport à ce que Bettelheim en rapportait : les difficultés d'entrer en relation, notamment à cause de l'évitement du regard, avec des enfants autistes, peut expliquer les difficultés des mères à s'ajuster à leurs enfants. À la fin des années 60, Paul Watzlawick et d'autres ont poursuivi les travaux de l'école communicationnelle²³ en définissant les symptômes d'un individu comme la réaction communicative à un système familial particulier plutôt que le signe d'une maladie individuelle. Ils ont aussi proposé d'utiliser le paradoxe

comme outil thérapeutique, c'est-à-dire d'utiliser les forces naturelles d'opposition dans le système familial pour résister au comportement dysfonctionnel. Le thérapeute y prescrit en quelque sorte le symptôme. Plusieurs systémiciens proposent d'ailleurs de ne pas expliquer ce que le thérapeute fait. Le camouflage à l'origine du symptôme étant inconscient, il ne servirait à rien de confronter directement le symptôme³. Ce manque de transparence contraste par exemple avec l'approche rogérienne que nous avons vue plus haut. L'utilisation de paradoxes trouvera aussi sa place dans l'hypnose ericksonienne qui utilise des messages de type « faites comme je vous l'ordonne » tout en donnant comme consigne aux patients de se conduire spontanément. Ces messages contradictoires sont destinés à contourner les défenses du patient et les résistances au changement³.

Une approche structurale a succédé à l'approche communicationnelle. Pour Salvador Minuchin, qui a développé ces théories dans les années 60 et 70³, la plupart des symptômes qu'ils soient individuels comme l'anorexie ou des conflits relationnels, sont des produits des manquements structurels dans l'organisation familiale. C'est l'absence ou l'estompeur ou la rigidité des frontières entre les membres de la famille et les générations qui sont à l'origine des difficultés rencontrées. Le thérapeute crée une

carte de représentation de la structure familiale et s'efforce de rétablir des frontières plus saines, et c'est la triangulation avec le thérapeute qui permet cette action. Murray Bowen a rajouté une dimension transgénérationnelle et a introduit l'utilisation des génogrammes pour comprendre les relations structurales dans la famille et aussi les événements importants comme les naissances et les décès³.

Les thérapies systémiques ont donc largement évolué, ont progressivement utilisé la psychoéducation et donc l'explication du modèle aux familles et se sont montrées moins culpabilisantes par exemple pour les familles où un des membres est schizophrène ou alcoolique, insistant sur un mode de communication plus favorable. Elles ont aussi proposé des solutions, ce qui sous-entend que les thérapeutes pensent que les familles veulent changer et qu'elles n'ont pas nécessairement des résistances et des motivations cachées aux symptômes. Les thérapies familiales ont aussi intégré des notions comportementales, utilisant notamment les renforcements positifs et négatifs dans les interactions familiales et se sont emparé des schémas de pensées et cognitions qui sont parfois transgénérationnelles. La thérapie familiale intégrative combine ainsi plusieurs modèles et stratégies thérapeutiques et se montre plus pragmatique que ses prédécesseurs^{1,3}.

CONCLUSION

Les modèles psychothérapeutiques sont très divers et ont largement évolué au cours du temps. Les conceptions qu'elles défendent sont dépendantes des contextes historiques et culturels, voire de la personnalité et de l'histoire de ses théoriciens et elles sont parfois plus proches entre elles qu'elles ne veulent bien le montrer. Leurs conceptions ne laissent quasi aucune place au cerveau comme entité biologique. Le Soi merveilleux et autonome de Heinz Kohut, un psychanalyste, ressemble fort au Soi capable de croissance et de développement sous le regard bienveillant du thérapeute des thérapies centrées sur la personne ou encore au Soi susceptible de choisir ses buts et ses valeurs de la 3^e vague des TCC, indépendamment de l'époque, de la culture ou des conditions sociales. Dans leur version actuelle, elles ont quasi toutes intégré les conceptions rogériennes d'empathie et d'écoute bienveillante. Leurs prémisses théoriques n'ont à peu près aucun lien avec leur efficacité⁷, ce qui pose la question de l'applicabilité d'un modèle médical appliqué aux psychothérapies. Le modèle médical suppose en effet qu'il existe des traitements spécifiques pour des problèmes spécifiques, que certains traitements sont plus efficaces que d'autres du fait d'ingrédients spécifiques et que ces ingrédients sont nécessaires pour en garantir l'efficacité. Il postule de plus que les thérapies donneront des résultats invariables, quelle que soit la culture d'origine des patients et que la personnalité du thérapeute joue moins de rôle que le contenu de la méthode. Or comme nous le verrons dans la partie 2 de cet article dans un prochain numéro, nous disposons de plus de 40 ans de recherche reposant sur des milliers d'essais cliniques et aucune de ces conditions ne semble remplie⁷. Cela ne signifie pas que les psychothérapies ne soient pas efficaces, bien au contraire, mais qu'il est nécessaire de recourir à un autre modèle, le modèle contextuel, reposant sur les facteurs communs entre les psychothérapies, pour rendre compte de leurs résultats⁷.

Conflits d'intérêt : néant.



SCANNEZ ce QR-Code pour répondre aux questions et obtenir 1 point d'accréditation

BIBLIOGRAPHIE

1. Norcross JC, VandenBos GR. History of Psychotherapy Continuity and Change. 2e édition. Washington, DC American Psychological Association. 2010:802 p.
2. Cozolino L. Why Therapy Works Using Our Minds to Change Our Brains. WW. Norton & Company. 2015:271 p.
3. Foschi R, Innamorati M. A Critical History of Psychotherapy, Volume 2 From the Mid-20th to the 21st Century. 1er édition. Routledge; 2022:239 p.
4. Cushman P. Constructing The Self, Constructing America A Cultural History Of Psychotherapy. First Printing édition. Boston, Mass Da Capo Press. 1995:430 p.
5. Harari YN. Sapiens A Brief History of Humankind. 1er édition. London Vintage; 2015:512 p.
6. Coorebyter VD. Un monde sans Moi est-il possible ? Rennes APOGEE. 2022:80 p.
7. Wampold BE, Imel ZE. The Great Psychotherapy Debate The Evidence for What Makes Psychotherapy Work. 2e édition. Routledge. 2015.
8. Trump DJJ, Schwartz T. Trump The Art of the Deal. Reprint édition. New York Random House Publishing Group. 2015:400 p.
9. Kandel E. The Age of Insight The Quest to Understand the Unconscious in Art, Mind, and Brain, from Vienna 1900 to the Present. New York Random House. 2012:656 p.
10. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing Helping People Change. 3e édition. The Guilford Press. 2012 495 p.
11. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Palo Alto, CA, US Stanford Univer. Press. 1958;xiv:239 p.
12. Spitzer RL. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. Arch Sex Behav. 2003;32(5) 403-17; discussion 41972.
13. Beck AT, Emery G, Rush AJ, Shaw BF. Cognitive Therapy of Depression. New York Guilford Press. 1980:425 p.
14. Beck AT. The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. AJP. 2008;165(8) 969-77.
15. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition The Process and Practice of Mindful Change. \$ {number}nd édition. Oakland, Calif Guilford Press. 2016 402 p.
16. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema Therapy A Practitioner's Guide. New York Guilford Press. 2003 470 p.
17. Linehan MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York Guilford Press. 1993 558 p.
18. Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. Nat Rev Neurosci. 2015;16(4) 213-25.
19. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ *et al.* Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2018;59 52-60.
20. Koopmans M. Schizophrenia and the family Double bind theory revisited. Dynamical Psychology. 1997;1997.
21. Borch-Jacobsen M, Cottraux J, Pleux D, Rillaer JV, Meyer C. Le livre noir de la psychanalyse. Les Arènes édition. Paris Editions Les Arènes; 2005:830 p.
22. Bettelheim. La Forteresse vide l'autisme infantile et la naissance du soi. Folio. 1998:862 p.
23. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Pragmatics of Human Communication A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes. Reprint édition. W. W. Norton & Company. 2011:301 p.

Travail reçu le 17 janvier 2023; accepté dans sa version définitive le 25 janvier 2023

AUTEUR CORRESPONDANT :

C. KORNREICH

CHU Brugmann

Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale

Place A. Van Guchten, 4 – 1020 Bruxelles

E-mail Charles.KORNREICH@chu-brugmann.be