

Les PSYCHOTHÉRAPIES

COURANTS – MÉTHODES INDICATIONS

SOUS LA DIRECTION D'HÉLOÏSE LHÉRÉTÉ



Éditions
SCIENCES
HUMAINES

Maquette couverture et intérieur: Isabelle Mouton.

Crédit photo couverture: Stefania Infante, « Cultivating Inner Joy ».

Crédits photos intérieur: p. 14 ©Wikipédia; p. 40 ©History & Art Collection/ Alamy Banque d'images; p. 50 ©fizkes/iStock; p. 61 ©Hanna Kuprevich / Alamy Stock Photo; p. 70 ©Lois GoBe / Alamy Stock Photo; p. 79 ©Freud Max Halberstad/wikipédia, Lacan ©Maurice Rougemont/Gamma-Rapho/ Getty Images; p. 81 ©Marie Dortier; p. 92 ©Charles Verhoustraeten/wikimedia; p. 94 ©DR; p. 98: ©Stockphoto; p. 108 ©Éric Fougère / Corbis /Getty; p. 116 ©lorenzo rossi / Alamy Stock Photo; p. 121 ©Craig Walton / Alamy Stock Photo; p. 124 ©BSIP SA / Alamy Stock Photo; p. 134 ©Ivan Chiosea / Alamy Stock Photo; p. 144 ©Gettyimages; p. 154 ©Richards/Fox Photos/Getty Images; p. 164 ©Fairfax Media/Getty Images; p. 174 ©Rawpixel; p. 184 ©Eldar nurkovic / Alamy Stock Photo; p. 194 ©Clemente Lasala Parrilla / Alamy Stock Photo; p. 205 ©Henrik Sorensen/ Getty Images; p. 214 ©Pascal Preti/ Getty Images; p. 224 ©Photopqr/Le Parisien /maxppp; p. 234 ©Whyframestudio/iStockphoto; p. 246 ©hannatverdokhlib/iStock; p. 264 ©Mint Images Limited / Alamy Stock Photo; p. 280 ©Fraunhofer IBMT, Bernd Müller; p. 288 ©Marie Dortier; p. 306 ©Print Collector / Getty Images; p. 322 ©stock; p. 330 ©Getty/Images; p. 331 ©Everett Collection / Bridgeman Images; p. 333 ©Getty/Image; p. 335 ©Getty/Images.

Retrouvez nos ouvrages sur

www.scienceshumaines.com

www.editions.scienceshumaines.com

Diffusion/Distribution: Interforum

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement, par photocopie ou tout autre moyen, le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du droit de copie.

© **Sciences Humaines Éditions, 2023**

38, rue Rantheaume

BP 256, 89004 Auxerre Cedex

Tel.: 03 86 72 07 00/Fax: 03 86 52 53 26

ISBN = 9782361068172

LES
PSYCHOTHÉRAPIES
COURANTS - MÉTHODES
INDICATIONS

Sous la direction d'Héloïse Lhéréte





Sommaire

Introduction

<u>Une rencontre</u> <u><i>Héloïse Lhéreté</i></u>	<u>9</u>
<u>Psychothérapies, les mille facettes du soin</u> <u><i>Edmond Marc</i></u>	<u>13</u>
<u>Histoire des psychothérapies</u> <u><i>Vincent Barras et Catherine Fussinger</i></u>	<u>39</u>
<u>Psychothérapies ou médicaments ?</u> <u><i>Antoine Pelissolo</i></u>	<u>49</u>
<u>L'alliance thérapeutique</u> <u><i>Charly Cungi</i></u>	<u>59</u>
<u>Pourquoi le divan ?</u> <u><i>Daniel Widlöcher</i></u>	<u>69</u>
<u>Qu'est-ce que le transfert ?</u> <u><i>Sarah Chiche</i></u>	<u>81</u>
<u>Les thérapies comportementales et cognitives</u> <u><i>Christophe André</i></u>	<u>97</u>
<u>« La méditation renouvelle l'approche cognitive »</u> <u>Entretien avec <i>Christophe André</i></u>	<u>107</u>
<u>TCC, la nouvelle génération</u> <u><i>Jean Cottraux</i></u>	<u>115</u>
<u>Quels soins pour l'enfant et l'adolescent ?</u> <u><i>Alain Braconnier</i></u>	<u>123</u>
<u>L'approche centrée sur la personne</u> <u><i>Hélène Bonsergent</i></u>	<u>133</u>
<u>La <i>Gestalt</i>, une thérapie de la relation</u> <u><i>Gonzague Masquelier</i></u>	<u>143</u>
<u>Les thérapies familiales systémiques</u> <u><i>Edmond Marc</i></u>	<u>153</u>

<u>L'analyse transactionnelle</u>	
<u><i>Laurie Hawkes</i></u>	<u>163</u>
<u>Les thérapies fondées sur le sens</u>	
<u><i>Jacques Lecomte</i></u>	<u>173</u>
<u>Les thérapies psychocorporelles</u>	
<u><i>Isabelle Célestin-Lhopiteau et Pascale Thibault-Wanquet</i></u>	<u>183</u>
<u>L'hypnose thérapeutique</u>	
<u><i>Elisa Brune</i></u>	<u>193</u>
<u>Les thérapies de couple</u>	
<u><i>Philippe Brenot</i></u>	<u>203</u>
<u>Les psychothérapies de groupe</u>	
<u><i>Alain Delourme</i></u>	<u>213</u>
<u>À quoi servent les cellules psychologiques ?</u>	
<u><i>Claudie Bert</i></u>	<u>223</u>
<u>EMDR, une réussite inexplicée</u>	
<u><i>Cyril Tarquinio</i></u>	<u>233</u>
<u>Art-thérapie, pourquoi créer fait du bien</u>	
<u><i>Marc Olano</i></u>	<u>245</u>
<u>EFT, les émotions du bout des doigts</u>	
<u><i>Justine Canonne</i></u>	<u>263</u>
<u>Les thérapies en réalité virtuelle</u>	
<u><i>Roland Jouvent et Natacha Box</i></u>	<u>279</u>
<u>Voici venir les psys 2.0</u>	
<u><i>Romina Rinaldi</i></u>	<u>287</u>
<u>Chamanes et guérisseurs, des mondes à découvrir</u>	
<u><i>Tobie Nathan</i></u>	<u>305</u>
<u>L'avenir sera-t-il éclectique ?</u>	
<u><i>Charles-Édouard Rengade et Michel Marie-Cardine</i></u>	<u>321</u>
<u>Le bêtisier des thérapies</u>	
<u><i>Jean-François Marmion</i></u>	<u>329</u>
<u>Contributeurs</u>	<u>339</u>

UNE RENCONTRE

Le temps est révolu où la santé mentale était l'affaire des fous, des déments, des hystériques et des crétins des Alpes. Les psychothérapies d'aujourd'hui s'adressent à vous et moi, des gens presque normaux. Moins des malades que des maladroits : malhabiles dans leurs corps, déroutés par une vie qui part en vrille, un peu boiteux dans leur façon d'être, entravés par une difficulté qu'ils ne parviennent pas à résoudre.

Le paysage des psychothérapies s'est redéployé en fonction de ce nouveau public. La psychanalyse, hier dominante, a cédé du terrain aux thérapies courtes. La nouvelle vague de thérapies comportementales, les thérapies familiales, l'hypnose ou encore l'EMDR se développent dans le monde entier. Chaque année, de nouvelles méthodes apparaissent (on en compte aujourd'hui plus de 400), avec leurs techniques pour apaiser les souffrances psychiques.

Réjouissons-nous de ce pluralisme. Il nourrit notre compréhension de l'âme humaine. Il enrichit aussi la boîte à outils des psys, qui bricolent souvent, avec pragmatisme, en fonction de la personnalité et de l'histoire de chacun de leurs patients. Cette diversité d'approches représente néanmoins un motif d'embarras pour quiconque souhaite

entamer une thérapie. À qui s'adresser? Qui choisir entre un psychiatre, un psychanalyste, un psychologue, un psychothérapeute? Comment s'orienter parmi les centaines de méthodes disponibles? Est-ce que ce sera long, cher, efficace?

À la fois guide et bilan, ce livre informe sur les enjeux, les méthodes, les indications et les spécificités des diverses thérapies. Il entend aussi rappeler l'essentiel : une thérapie ne se réduit pas à une méthode clinique. Pour le soignant comme pour le soigné, c'est avant tout une affaire de rencontre.

Héloïse Lhéréte

PSYCHOTHÉRAPIES, LES MILLE FACETTES DU SOIN

Edmond Marc

Docteur en psychologie.



Une leçon clinique à la Salpêtrière, André Brouillet (1887).

Une leçon clinique à la Salpêtrière où l'on voit Jean-Martin Charcot reproduire sous hypnose ce qu'il nomme les symptômes associés au quatrième stade de la crise d'hystérie, chez sa patiente Blanche Wittman.

Au début des années 1950, il n'y avait pratiquement que deux recours proposés à la souffrance psychologique : soit celui de la psychiatrie, qui revenait essentiellement à l'hospitalisation dans un établissement spécialisé, proche encore de l'asile d'autrefois (ce n'est qu'au début des années 1950 que les premiers neuroleptiques apparaissent, utilisés d'abord dans les hôpitaux psychiatriques puis à l'extérieur) ; soit la cure psychanalytique, pratiquée en libéral et accessible uniquement à une toute petite frange de la population (bourgeoise et intellectuelle).

Aujourd'hui, le paysage est totalement modifié. Bien sûr, les hôpitaux psychiatriques existent toujours, mais la psychothérapie y a peu de place et les traitements y sont essentiellement médicamenteux. D'autres institutions se sont développées à côté, comme, en France, les CMP (centres médico-psychologiques) et les CMPP (centres médicaux psychopédagogiques pour enfants et adolescents), qui offrent la possibilité d'un soutien thérapeutique pris en charge par la Sécurité sociale. Et, surtout, les psychothérapies se sont

multipliées, s'inscrivant dans des démarches théoriques et pratiques différentes ; la psychanalyse a perdu son quasi-monopole au profit des thérapies inspirées de la « psychologie humaniste », des théories comportementales et cognitives (TCC), de l'approche systémique ou des théories de la communication.

Ces thérapies sont pratiquées par des professionnels aux statuts très divers. Elles ne sont plus l'apanage des seuls psychiatres ; d'autres praticiens sont psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes, psychopraticiens... C'est ce qui rend ce champ disciplinaire foisonnant et complexe et qui fait que le public a du mal à s'y repérer.

Généalogie

Un équivalent de la psychothérapie a toujours existé dans les sociétés traditionnelles. Mais les pratiques de soin ne se distinguaient pas de la médecine, de la magie ou des rituels religieux.

La psychothérapie moderne est née, dans la seconde moitié du 19^e siècle, de la rencontre entre la psychiatrie et la psychologie naissantes et des pratiques empiriques comme le magnétisme ou l'hypnose. Le terme lui-même apparaît à cette époque et est lancé en France par Hippolyte Bernheim (1840-1919), professeur de médecine à Nancy, qui pratique l'hypnose et la suggestion comme méthode de soin. C'est auprès de lui que Sigmund Freud se forme à cette démarche lors d'un stage effectué en 1889. Il traduira d'ailleurs l'un de ses ouvrages en allemand.

L'hypnose – L'hypnose est donc la première psychothérapie reconnue par la science de l'époque et à laquelle Jean-Martin Charcot et H. Bernheim, puis Freud, ont donné ses lettres de noblesse. Cette pratique a perduré jusqu'à nos jours, illustrée en France par les travaux de Pierre Janet (1859-1947), philosophe, psychologue et médecin qui s'efforça d'en comprendre les mécanismes et introduisit les notions de « subconscient », d'« automatisme psychologique » et de « dissociation ». Par la suite, l'hypnose a été revisitée et renouvelée par le psychiatre et psychologue américain Milton Erickson (1901-1980). Pour lui, elle ne fait que stimuler l'expression de l'inconscient, qu'il considère comme un « réservoir de ressources » travaillant pour le bien du patient.

Freud et les psychanalystes – Mais revenons à Sigmund Freud (1856-1939). Après avoir pratiqué l'hypnose durant toute une période, il l'abandonne au tournant du siècle pour la méthode des « associations libres » (« Dites ce qui vous passe par l'esprit, sans aucune censure ») à laquelle il donne le nom de « psychoanalyse », qui est conjointement une pratique de soin (la cure) et une théorie complexe du fonctionnement psychique. Pour la première, on en connaît les éléments essentiels : le patient allongé sur un divan, le psychanalyste en retrait et plutôt silencieux, la règle fondamentale d'expression par la parole, le travail d'interprétation de l'analyste portant

sur les manifestations des désirs inconscients à travers les rêves, les lapsus, les résistances et le transfert sur l'analyste des prototypes relationnels de la petite enfance.

Du côté de la théorie, impossible de la résumer en raison de sa richesse, on rappellera seulement quelques éléments de base : l'existence, à côté de fonctionnements conscients, de processus inconscients résultant de mécanismes de défense, et notamment du refoulement ; l'importance de l'histoire infantile, et notamment du « complexe d'Œdipe » ; la structuration du psychisme en trois instances : le ça (réservoir inconscient des pulsions libidinales et agressives qui dominent la vie psychique), le surmoi (conscience morale faite des normes, valeurs et interdits intériorisés) et le moi (qui cherche à trouver un équilibre dans le jeu conflictuel de forces entre le ça et le surmoi).

L'œuvre de Freud est immense et ne peut, bien sûr, être ramenée à ces quelques éléments ; d'autant que ses théories ont évolué tout au long de sa pratique. La psychanalyse freudienne a eu une diffusion et un retentissement dans le monde entier (excepté dans les pays communistes, où elle a été considérée comme une théorie « bourgeoise »). Elle a été prolongée et complétée par de nombreux disciples, comme Sándor Ferenczi, Melanie Klein ou Donald Winnicott... Jusque dans les années 1960, elle a représenté la psychothérapie la plus pratiquée en Europe et aux États-Unis (et même au-delà).

Cependant, dès le départ, elle a suscité des dissidences qui, tout en retenant certains éléments de la psychanalyse freudienne, en ont rejeté d'autres.

La première est celle d'Alfred Adler (1870-1937), médecin et l'un des premiers disciples de Freud. En 1910, il s'éloigne de ce dernier, lui reprochant de mettre un accent trop exclusif sur la libido (pulsion sexuelle). Lui identifie à la base de la névrose un « complexe d'infériorité » que le sujet cherche à compenser par des moyens psychiques, en s'attachant notamment à des fictions qu'il préfère à la réalité. Adler crée alors une démarche propre: la psychologie individuelle.

La seconde dissidence est celle du psychiatre suisse Carl Gustav Jung (1875-1961). Après avoir été un fervent disciple de Freud, lui aussi s'en éloigne, concevant la libido comme une pulsion de vie autant qu'une pulsion sexuelle. Il met l'accent sur les mythes, les symboles et les images archétypales qui composent l'« inconscient collectif ». Il rompt avec la psychanalyse freudienne en 1913 et fonde, plus tard, une démarche originale: la psychologie analytique. Poursuivant ses activités de psychiatre, de psychothérapeute, d'enseignant et de chercheur, il devient le chef de file d'un courant important de la psychanalyse.

Wilhelm Reich (1897-1957) et les thérapies psychocorporelles – Jeune étudiant en médecine, Reich rencontre Freud et la psychanalyse en 1919. C'est d'emblée l'enthousiasme. Médecin, il devient le

premier assistant de la polyclinique psychanalytique fondée par Freud. Attiré aussi par le marxisme, il adhère au Parti communiste autrichien et tente une synthèse entre ces deux démarches.

Ses recherches l'orientent vers l'exploration des relations entre corps et psychisme. Il pose le principe d'un fonctionnement unitaire de l'organisme, alliant processus psychiques et fonctions biologiques et physiologiques. Il met l'accent sur le point de vue énergétique, déjà présent chez Freud, et émet l'hypothèse d'une énergie spécifique de la matière vivante : la bioénergie.

Il souligne aussi l'importance d'une sexualité génitale épanouie qui se manifeste dans l'orgasme ; et c'est pour lui la répression sexuelle et les perturbations qui l'accompagnent qui sont à l'origine des différentes névroses.

Son apport majeur est d'établir que les troubles névrotiques qui se traduisent par des symptômes psychologiques provoquent aussi des symptômes somatiques : troubles des systèmes neurovégétatifs, blocages énergétiques, somatisations, tensions et rigidités (ce qu'il appelle la « cuirasse musculaire »). Dès lors, à la démarche classique de la psychanalyse, il ajoute un travail plus corporel sur la respiration, les tensions musculaires et la circulation de l'énergie.

En 1934, Reich est exclu du mouvement psychanalytique, effrayé par ses positions politiques et ses avancées théoriques et pratiques. En 1939, les persécutions nazies l'obligent à émigrer aux États-Unis, où l'un de

ses disciples, Alexander Lowen (1910-2008) prolonge ses recherches et fonde une nouvelle démarche thérapeutique : l'analyse bioénergétique, qui est la source de la plupart des thérapies psychocorporelles actuelles (biodynamique, somatothérapie, *rebirthing*, analyse primale...).

Ludwig Binswanger (1881-1966) et l'analyse existentielle – Binswanger est un psychiatre suisse qui côtoie Jung et Freud (qu'il rencontre en 1907) et se forme à la psychanalyse. Il applique cette démarche à la clinique psychiatrique de Bellevue, dont il est le directeur. Mais il se passionne aussi pour la philosophie et fréquente les représentants du courant phénoménologique et existentiel allemand : Karl Jaspers, Edmund Husserl, Martin Heidegger... Sous leur influence, il s'éloigne quelque peu de la psychanalyse, lui reprochant de trop mettre l'accent sur les aspects inconscients du psychisme et de négliger la conscience sur laquelle se fondent la liberté, la responsabilité et le vécu existentiel du sujet.

Il élabore une démarche thérapeutique originale : l'analyse existentielle (*Daseinanalyse*), qui conçoit avant tout la relation thérapeutique comme une rencontre authentique et intersubjective entre deux personnes ; rencontre dans laquelle le thérapeute adopte une attitude de compréhension empathique pour approcher l'univers existentiel du patient¹.

1- L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*, Minituit, 1989.

L'analyse existentielle va rencontrer un retentissement très important aux États-Unis, dans les années 1960, à travers notamment la publication d'un ouvrage-manifeste, *La Psychologie existentielle*, auquel participent des psychologues reconnus comme Carl Rogers, Abraham Maslow et Rollo May.

C'est le point de départ d'un courant majeur de la psychothérapie qui prend l'appellation « psychologie humaniste » et se définit comme une « troisième force » entre la psychologie béhavioriste (comportementale) et la psychanalyse. C'est à ce courant que se rattachent la plupart des thérapies qui fleurissent à cette époque aux États-Unis (approche centrée sur la personne de C. Rogers, Gestalt-thérapie, analyse transactionnelle, etc.). Le psychologue C. Rogers (1902-1987) est l'un des leaders de ce mouvement. Il met l'accent, dans la pratique thérapeutique, sur le primat de l'expérience « ici et maintenant », la capacité de développement de chaque personne, la liberté et la responsabilité de chacun. Il conçoit la relation thérapeutique comme une relation authentique entre deux personnes dans laquelle le thérapeute adopte une attitude d'écoute empathique et non directive, d'accueil inconditionnel et de congruence. Il cherche à favoriser l'autonomie, les potentialités, la croissance de la personne (appelée aussi « client » pour se démarquer du « patient » des approches psychiatrique et psychanalytique). Pour la thérapie existentielle humaniste, « c'est la relation qui soigne » (Irvin Yalom).

Après le mouvement de mai 1968, les thérapies humanistes se sont très largement répandues en Europe, et notamment en France, changeant complètement la physionomie de la psychothérapie.

Les autres paradigmes: TCC et systémique – Évoquons les plus importantes

Il s'agit d'abord des TCC (thérapies comportementales et cognitives), qui s'appuient sur la psychologie expérimentale et, notamment pour les thérapies comportementales, sur les lois du conditionnement (Ivan Pavlov) et de l'apprentissage (Burrhus Skinner, Joseph Wolpe...). Les thérapies cognitives font appel à la psychologie cognitive expérimentale (qui porte sur les processus et les schémas de pensée, les croyances, les erreurs de raisonnement...). Les deux démarches se sont aujourd'hui réunies à partir de la même inspiration méthodologique et du partage de certaines techniques communes. On assiste actuellement à une « troisième vague » au sein des TCC. En l'occurrence, un ensemble d'approches qui cherchent moins à éliminer les symptômes dont souffre le patient qu'à changer sa relation à ces symptômes. On peut citer, par exemple, l'ACT (*acceptance and commitment therapy*) du psychologue américain Steven Hayes. La thérapie d'acceptation et d'engagement vise, plutôt que l'évitement ou le rejet des facteurs perturbants (pensées, émotions, sentiments...), leur acceptation à partir de techniques de méditation et de pleine conscience qui

sont de nouveau en vogue depuis quelques années en France.

Les thérapies systémiques, elles, reposent sur la théorie des systèmes et de la communication développée par l'anthropologue Gregory Bateson (1904-1980) et par le psychologue Paul Watzlawick (1921-2007). Ce courant, connu sous l'appellation « école de Palo Alto », est notamment à l'origine des thérapies familiales. Il représente une révolution dans la conception de la psychopathologie car, au lieu de situer, comme les autres démarches, l'origine des troubles dans le fonctionnement de l'individu, il l'impute au « système » dans lequel l'individu est placé; le premier de ces systèmes étant le système familial. Pour cette école, ce n'est donc pas l'individu qui est malade, mais le réseau de communication familial qui est pathogène. Dès lors, c'est sur ce réseau qu'il faut agir. L'école de Palo Alto a notamment montré que la schizophrénie pouvait être mise en lien avec un mode de communication particulièrement toxique: la communication paradoxale. Elle est à la base de la théorie du *double bind* (double contrainte), qui a entraîné une compréhension nouvelle et originale de cette psychose. Elle a inspiré une méthode (la thérapie familiale) qui a ouvert une nouvelle perspective de soin, largement utilisée aujourd'hui. Bien sûr, cette démarche n'exclut pas d'autres approches car l'étiologie de ce trouble majeur est loin d'être totalement élucidée.

Voilà les principaux courants qui ont nourri la psychothérapie d'aujourd'hui. Cette perspective historique permet de tracer des lignes cohérentes, de mettre de l'ordre et du sens dans la jungle foisonnante des thérapies actuelles.

Cela dit, il faut prendre en compte un autre phénomène qui complexifie encore le tableau : les différentes familles thérapeutiques se sont affrontées mais aussi rapprochées et croisées ; des mariages ont eu lieu qui ont vu la naissance de nouveaux enfants métissés.

Croisements, métissages et hybridations

La Gestalt-thérapie, fondée par Fritz Perls (1893-1970), est au carrefour de plusieurs démarches. F. Perls était psychanalyste et c'est vers la cinquantaine qu'il prend ses distances à l'égard du freudisme et fonde peu à peu une démarche « intégrative », mêlant à certains éléments psychanalytiques la théorie de la forme (Gestalt-Theorie), l'analyse existentielle, l'approche corporelle et la technique du psychodrame du psychiatre Jacob Moreno (1892-1974).

On trouve une démarche comparable chez le psychiatre Éric Berne (1910-1970), fondateur de l'analyse transactionnelle (AT). Lui aussi commence par une formation de psychanalyste, mais il s'inspire également de l'egopsychologie, des théories de la communication, de la psychologie humaniste et des pratiques de groupe. L'AT connaît un vif succès aux États-Unis et atteint

l'Europe avec la psychologie humaniste des années post-68.

Un troisième exemple : la psychothérapie de groupe, dont C. Rogers soutenait qu'il s'agissait « de l'invention sociale qui a eu l'expansion la plus rapide du siècle et qui est sans doute la plus puissante, la plus féconde² ».

De la même façon, elle est née du croisement de plusieurs démarches : la psychothérapie de groupe par le psychodrame fondée par le psychiatre Jacob Moreno à la fin des années 1930 ; le *training group* du psychosociologue Kurt Lewin (1890-1947), inventeur de la dynamique des groupes, s'appuyant sur la Gestalt-Theorie ; le groupe d'inspiration psychanalytique, dont l'initiateur a été, en Angleterre, le psychiatre et psychanalyste Siegmund Foulkes (1898-1976), influencé, lui aussi, par la Gestalt-Theorie ; le groupe de rencontre de C. Rogers s'appuyant sur la psychologie humaniste et existentielle. Cette énumération montre que la thérapie de groupe, innovation méthodologique la plus importante de la seconde moitié du 20^e siècle, a intégré et associé les apports des principaux courants thérapeutiques. Elle en a tiré une démarche originale, particulièrement féconde, et adoptée aujourd'hui par presque toutes les écoles, avec des modalités variées.

Tous ces croisements et ces métissages expliquent la multiplication des démarches thérapeutiques. C'est une réelle richesse, à condition qu'aucune n'ait la

2- C. Rogers, *Les Groupes de rencontre. Animation et conduite de groupes*, Dunod, 2018.

prétention de s'autoproclamer meilleure que les autres, ou même la seule efficace.

En même temps, il faut être conscient que le champ de la psychothérapie est aussi un marché concurrentiel dans lequel chaque école cherche à imposer sa « marque ». Et, comme pour les médicaments, on trouve souvent sous des appellations diverses le même produit générique. Cependant, le marché a aussi pour effet d'opérer une sélection; et si l'on retient les démarches qui regroupent un nombre conséquent de praticiens et sont reconnues et organisées au niveau international, on approche alors le chiffre d'une quinzaine.

Vers une spécialisation de la pratique

On assiste depuis quelques dizaines d'années à une spécialisation croissante de la pratique et des thérapeutes en fonction des clients et des formes de trouble.

Le schéma classique de la psychothérapie était un individu en souffrance, consultant un psychothérapeute. Si cette configuration est encore la plus fréquente, d'autres modalités existent désormais: de plus en plus de praticiens ont développé des offres thérapeutiques qui s'adressent au couple ou à la famille dans son ensemble.

Une spécialisation s'opère aussi en fonction de l'âge du patient: certains praticiens soignent les bébés ou la relation mère-bébé, les enfants, les adolescents, les personnes âgées. D'autres travaillent sur la psychogénéalogie (les relations entre générations).

Un autre type de spécialisation concerne la nature du trouble. Certains thérapeutes traitent spécifiquement les troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie...), d'autres les dépendances et les toxicomanies (drogues, alcoolisme...), les troubles de la sexualité, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs, le burn-out, les victimes de violences ou d'abus sexuels, le stress posttraumatique...

Ainsi, comme dans le domaine médical, on trouve des psychothérapeutes « généralistes », recevant tout type de clients, et des « spécialistes », s'adressant à une clientèle spécifique ou à une pathologie particulière.

Là aussi, l'affiliation à une école ou une méthode s'efface en partie devant la spécificité du public ou du trouble concerné. Cette spécificité demande souvent une réponse « intégrative », puisant ses outils dans différentes approches et donnant la priorité à l'efficacité sur l'appartenance doctrinale. Ainsi, pour traiter des syndromes posttraumatiques, des techniques particulières ont été élaborées, comme l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) qui associe des techniques tirées de l'hypnose, des thérapies émotionnelles, des thérapies cognitives, des hypothèses neurophysiologiques. Ce qui a fait le succès de l'EMDR, c'est moins son étayage théorique que son efficacité pratique.

L'exigence d'évaluation

Le souci d'évaluer les effets d'une psychothérapie et de ses facteurs agissants apparaît de plus en plus

légitime. Il s'agit de protéger les patients contre des démarches douteuses qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, et d'éclairer leur choix. L'évaluation est importante aussi pour les thérapeutes, dont la pratique comporte une part inévitable de subjectivité; elle leur permet de confirmer leurs intuitions ou leurs constats personnels par des méthodes visant à l'objectivité. D'ailleurs, de moins en moins de praticiens contestent cet intérêt, même s'ils soulignent les problèmes méthodologiques ardues d'une telle entreprise.

Les États-Unis ont été les premiers à favoriser des recherches dans ce sens, avec le soutien de la plupart des courants thérapeutiques; cependant, les TCC se sont particulièrement engagées dans ce travail parce que, visant souvent l'éradication d'un symptôme, il est relativement simple de constater si le symptôme a ou non disparu à l'issue de la thérapie et si l'effet se maintient dans le temps. Les psychanalystes, eux, ont été souvent plus réticents face à l'évaluation, arguant que les visées de la cure analytique sont beaucoup plus complexes et se prêtent mal à une évaluation objective.

Il ne faut pas sous-estimer les difficultés méthodologiques que celle-ci représente. On ne peut pas évaluer une psychothérapie comme on évalue un traitement médical. La quantification des facteurs, nécessaire au calcul statistique, est particulièrement problématique en raison de la multiplicité des variables susceptibles d'intervenir et de la difficulté à les contrôler; car nous ne sommes pas dans une démarche expérimentale

mais expérientielle. Comment appliquer les notions de placebo, de groupe homogène ou de groupe témoin à ce type de démarche? Cependant, si ces objections méritent d'être prises en compte et de susciter des réponses satisfaisantes, elles ne doivent pas décourager les efforts des chercheurs. Et, malgré les critiques qu'on peut à juste titre leur adresser, les résultats sont déjà riches et intéressants, même s'ils n'ont qu'une valeur relative et révisable.

Un premier résultat, assez solidement étayé, est que la psychothérapie a globalement un effet positif sur l'état des patients (le contraire aurait été très embarrassant pour la profession).

Autre constat important : il n'est pas possible d'établir la supériorité globale d'une psychothérapie sur les autres. En revanche, une forme de thérapie peut se révéler plus efficace pour un trouble particulier (par exemple, les TCC affichent le succès le plus important dans le traitement des phobies). Pour la dépression, la psychothérapie se révèle plus efficace que les médicaments si c'est une dépression modérée; mais si c'est une forme grave, c'est la combinaison médicaments plus psychothérapie qui apparaît la plus agissante.

Plusieurs enquêtes montrent qu'il n'y a pas de corrélation constante entre la méthode suivie et l'amélioration des patients. La corrélation la plus significative apparaît avec la qualité de la relation thérapeutique et avec la motivation du patient et du thérapeute. Il semblerait donc que des facteurs transversaux jouent un

rôle plus important que les facteurs spécifiques liés à la méthode. Ce qui devrait inciter chaque école à plus de modestie et à remettre en cause sa conviction qu'elle est meilleure que les autres.

L'ensemble de ces résultats, qui demandent bien sûr à être confirmés et approfondis, suggère une conclusion qui peut paraître surprenante : alors que les thérapeutes attachent beaucoup d'importance à leur appartenance d'école et à leur méthode de référence, il apparaîtrait plutôt que ce sont les qualités humaines de la relation, la motivation, l'implication des partenaires et la personnalité du praticien qui sont les facteurs les plus déterminants pour l'issue d'un parcours thérapeutique. Ce constat tend donc à relativiser la focalisation sur les différences entre écoles et à valoriser les notions de « facteurs transversaux » et de « base commune » à l'ensemble des psychothérapies³. Il permet d'introduire l'idée d'une unité potentielle de la psychothérapie au-delà de sa diversité, cependant bien réelle.

3- O. Chambon et M. Marie-Cardine, *Les Bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*, Dunod, 2019.

UNE PROFESSION SPÉCIFIQUE

En France, la profession de psychothérapeute, apparue il y a un demi-siècle, est restée, jusqu'à une période récente, auto-organisée à travers des associations nationales ou internationales, des organisations syndicales et des instituts de formation fondés par les différentes écoles.

On comptait, il y a quelques années, environ 10 000 psychothérapeutes et 5 000 psychanalystes reconnus par les différentes associations psychanalytiques.

Ce n'est qu'avec le début du 21^e siècle que les pouvoirs publics ont décidé de réglementer le titre de psychothérapeute. Les débats ont duré de nombreuses années (2003-2012) en raison des profondes divergences entre psychiatres, psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes¹.

Cette législation ne concerne que l'usage du titre de psychothérapeute et ne définit ni la profession, ni la discipline, ni les méthodes qui la constituent.

L'usage du titre est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes. Cette inscription est subordonnée à une formation en psychopathologie clinique de 400 heures minimum et à un stage pratique de cinq mois minimum, effectué dans un établissement de soin agréé. L'accès à cette formation est réservé aux médecins, aux psychologues et aux psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations.

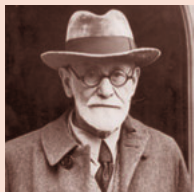
Depuis 2012, les psychiatres et les psychologues cliniciens ayant suivi un enseignement de psychopathologie durant leurs études et ayant accompli un stage pratique sont dispensés de la formation. Les médecins ont vu la durée de leur formation réduite de moitié, ainsi que les psychanalystes.

1- L. Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*, Minuit, 1989.

Cette réglementation a eu l'avantage d'encadrer l'usage du titre de psychothérapeute, mais elle a été, dans l'ensemble, jugée peu satisfaisante par les représentants de la profession et les praticiens en exercice. En effet, elle revient à conférer le titre à des professionnels (comme les médecins et les psychologues) n'ayant pratiquement aucune formation à l'exercice de la psychothérapie (qui n'est pas enseignée à l'université) et à le retirer à d'autres dûment formés dans des institutions privées, mais qui ne sont ni médecins, ni psychologues, ni psychanalystes. Ces derniers ont dû poursuivre leur activité sous la nouvelle appellation de « psychopraticien », largement inconnue du public.

On peut regretter aussi que le niveau d'exigence pour la formation ait été progressivement réduit, et n'assure ainsi pas une garantie suffisante de compétence aux détenteurs du titre. La pratique de la psychothérapie implique une expérience personnelle et des qualités humaines et relationnelles qui ne relèvent pas d'une formation académique. Le principe d'une thérapie personnelle pour les futurs praticiens n'a pas été retenu par le législateur.

Pour toutes ces raisons, la réglementation française actuelle paraît insuffisante et critiquable.



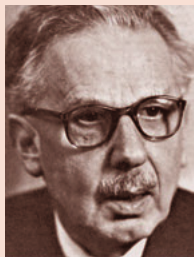
Sigmund Freud (1856-1939)

Médecin viennois, Freud est le principal théoricien de la psychanalyse. Le mot « psychanalyse » ne désigne d'abord qu'un mode d'exploration de l'inconscient. Il devient ensuite une technique thérapeutique, puis une nouvelle théorie du psychisme humain, fondée sur l'idée d'un inconscient dominé par la pulsion sexuelle.



Wilhelm Reich (1897-1957)

Né en Autriche-Hongrie, il meurt d'une crise cardiaque en prison en Pennsylvanie, où il purgeait une peine de deux ans pour outrage à la cour. Ce médecin devenu assistant de Freud est resté célèbre pour avoir désigné l'orgasme comme une énergie quantifiable, cumulable et omnipotente.



Ludwig Binswanger (1881-1966)

Inspiré par la phénoménologie et spécifiquement *Être et Temps* de Martin Heidegger, ce psychiatre suisse conçoit la *Daseinanalyse*, souvent traduite par « analyse existentielle », comme une méthode d'exploration du psychisme plus que comme une thérapie, et voulant répondre aux lacunes de l'analyse freudienne.