

Les thérapeutes

Un panorama

Voici quelques-uns des psys qui, depuis deux siècles et chacun dans son propre style, ont imprimé leur trace, de l'asile au divan.

■ JEAN-FRANÇOIS MARMION ■



■ **Philippe Pinel**
(1745-1826)

À tout seigneur, tout honneur. Contrairement à la légende, inventée par l'un de ses fils, Scipion, il ne brise pas les chaînes des fous dont il a la charge à l'hospice de Bicêtre. C'est plutôt le surveillant de l'endroit, Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), qui s'y risquera progressivement. Néanmoins, à Bicêtre en 1793 et 1794, puis à la Salpêtrière de 1795 à 1826, Pinel développe l'idée d'un « traitement moral » de la folie : apprendre l'histoire personnelle du patient, comprendre son délire pour tenter de le ramener à la raison... Une perspective inédite.



■ **Jean Martin Charcot**
(1825-1893)

Ce neurologue officiant à la Salpêtrière à partir de 1862 conquiert une gloire internationale en montrant que l'hystérie n'aurait pas de cause physiologique, comme on l'avait toujours cru. La preuve, il est possible de déclencher des crises sous hypnose, et d'utiliser la suggestion pour les surmonter. L'école de Nancy réunie autour d'Hippolyte Bernheim (1840-1919) accusera Charcot non

pas de révéler, mais de provoquer les symptômes à son insu en présence de patientes impressionnables. L'hystérie telle qu'il l'a décrite, la « grande hystérie », ne sera d'ailleurs jamais observée qu'en sa présence, et disparaîtra après sa mort.



■ **Sigmund Freud**
(1856-1939)

Stagiaire de Charcot, le médecin viennois retient l'idée que les symptômes névrotiques peuvent être la conséquence de troubles psychologiques et non organiques, et seraient donc réversibles par la parole. Il finit par renoncer à l'hypnose pour élaborer la psychanalyse, à la fois appareil conceptuel, méthode d'exploration de l'inconscient et pratique thérapeutique. Si la pensée psychanalytique irrigue encore abondamment la psychologie clinique, surtout en France, les succès thérapeutiques de Freud sont largement mis en cause par les historiens depuis trois décennies.



■ **Pierre Janet**
(1859-1947)

Psychologue, philosophe, médecin, professeur au Collège de France, il bénéficie

d'une renommée mondiale tant pour sa pratique éclectique de thérapeute que pour la finesse de ses théories, attribuant notamment des pensées et comportements automatiques à un «subconscient». Le succès de l'inconscient freudien, concurrent, vaudra le purgatoire à Janet jusqu'à la fin du xx^e siècle.



■ **Émile Coué**
(1857-1926)

« Tous les jours, à tous points de vue, je vais de mieux en mieux. » Sa méthode d'autosuggestion vaut au pharmacien Émile Coué, durant les années folles, un succès gigantesque dans toute l'Europe et jusqu'aux États-Unis, où il est reçu par le Président. Freud et consorts ont alors fort à faire pour éviter que la psychanalyse, qui lutte pour être prise au sérieux par la médecine, soit mise dans le même sac que la méthode Coué.



■ **Melanie Klein**
(1882-1960)

Cette théoricienne des relations précoces défend l'idée d'une cure psychanalytique pour les enfants, basée sur l'analyse non du langage, mais du jeu. Ce qui lui vaut des débats épiques avec Anna Freud, soucieuse de circonscrire la psychanalyse pour enfants à un volet éducatif. Le point fort de leurs échanges, pendant la Seconde Guerre mondiale, est resté dans l'histoire comme « les grandes controverses », qui ont déchiré la Société britannique de psychanalyse.



■ **Fritz Perls**
(1893-1970)

Psychiatre et psychanalyste allemand émigré aux

États-Unis, il fonde, avec sa femme Laura, la *Gestalt-therapie*, au début des années 1950. Cette pratique, qui s'inscrit dans la mouvance humaniste, entend faire du patient l'acteur de son changement, en se concentrant sur son mode relationnel et en l'encourageant à explorer de nouveaux possibles.



■ **Milton Erickson**
(1901-1980)

L'hypnose est délaissée depuis la fin du XIX^e siècle, accusée de reposer sur la sugges-

tion et la directivité du thérapeute. Erickson s'efforce de la réhabiliter dans une version non directive, à partir des années 1930: grâce à elle, et durant un nombre de séances limité, le patient doit mobiliser les aspirations et les ressources intérieures qui lui demeurent encore dissimulées. Une idée qui traversera toute la psychologie humaniste ou existentielle.



■ **Jacques Lacan**
(1901-1981)

Le plus célèbre et le plus controversé des psychanalystes français mêle psychiatrie,

structuralisme, linguistique, philosophie et mathématiques au fil d'une œuvre hermétique au profane, mais inépuisable pour l'initié. Il occupe une place centrale, provoquant diverses scissions et inspirant une nuée de disciples qui pratiquent l'émulation intellectuelle autant que les guerres picrocholines. Comme analyste, ses séances brèves et totalement imprévisibles (il va jusqu'à gifler ses patients) lui valent l'ostracisme ou l'adulation de ses pairs. Il remet en question les vertus psychanalytiques de l'analyse, considérant que la guérison ne peut venir que «*par surcroît*».



■ **Carl Rogers**
(1902-1987)

Figure centrale des psychothérapies humanistes,

Rogers défend une «*approche centrée sur la personne*» où le thérapeute privilégie l'empathie et la non-directivité pour aider le patient à trouver en lui-même les ressources dont il a besoin. Le thérapeute n'est pas là comme détenteur d'un savoir ou technicien, mais comme partenaire inconditionnel pour aider le patient à s'épanouir, et se déterminer seul.



■ **Françoise Dolto**
(1908-1988)

Cette psychanalyste proche de Lacan s'attire une notoriété inattendue dans les années 1970 par ses émissions de radio.

D'abord vilipendée par bon nombre de psychanalystes qui lui reprochent son exposition médiatique, écoutée avec respect par le grand public, souvent accusée d'avoir poussé au laxisme en matière d'éducation, l'étude dépassionnée de son parcours de théoricienne et de clinicienne n'est toujours pas d'actualité. Une chose est certaine: elle aura contribué à faire reconnaître l'enfant non comme un simple brouillon d'adulte, mais comme une personne à part entière.



■ **Éric Berne**
(1910-1970)

Ce psychiatre canadien émigré aux États-Unis se détourne de la psychanalyse pour élaborer l'analyse transactionnelle, un jeu de régulation des «*états du moi*» (parent, enfant, adulte) manifestés par chaque interlocuteur en situation de communication, ou «*transaction*».

Cette pratique, dont la complexité se dissimule derrière un vocabulaire faussement simple, s'inscrit dans le courant des thérapies humanistes, et n'exclut pas un travail sur le corps et les émotions.



■ **Paul Watzlawick**
(1921-2007)

C'est au Mental Research Institute de Palo Alto que Watz-

lawick fonde le Brief Therapy Center, en 1967. Ses thérapies familiales systémiques s'emploient non à changer le patient, mais les modes de communication dont il souffre, le contexte relationnel se trouvant au cœur des réflexions menées par l'école de Palo Alto. Le patient doit également prendre conscience que ce qui lui arrive dans l'existence dépend de sa vision de la réalité, qui n'est qu'une construction.



■ **Aaron Beck**
(né en 1921)

Ses travaux portent principalement sur la dépression et les troubles anxieux. Ce

psychiatre est une figure de proue des thérapies cognitives, qui proposent de débusquer et reprogrammer les pensées automatiques qui au mieux accompagnent, et au pire déterminent, nos comportements. Revendiquant une validité scientifique, les thérapies cognitives sont complémentaires des thérapies comportementales.



■ **Francine Shapiro**
(née en 1948)

Passionnée par les

relations entre corps et esprit depuis qu'elle a surmonté un cancer, cette Américaine commence sur le tard des études de psychologie et découvre fortuitement en 1987 les bénéfices de certains mouvements oculaires sur ses pensées les plus anxiogènes. Elle teste et promeut l'EMDR (désensibilisation et retraitement de l'information par mouvements oculaires, voir p. 57), qui bouleverse la prise en charge du stress posttraumatique mais dont les mécanismes demeurent obscurs. ●

Les grandes familles de psychothérapies

En France, plus de 8% des plus de 15 ans suivent ou ont suivi une psychothérapie. Il existe à ce jour plus de 400 types de psychothérapies. Mais leur multiplicité peut être ramenée à quelques «familles». Panorama.

■ SARAH CHICHE ■

■ Les thérapies familiales

Elles renvoient à des inspirations théoriques diverses, psychanalytiques, cognitivo-comportementales ou systémiques et reposent sur le repérage des influences de chaque membre de la famille sur l'autre et sur l'ensemble du groupe familial. L'action du thérapeute ne porte donc pas sur le sujet isolé mais sur les dysfonctionnements de son système familial.

■ Les thérapies de groupe

Les groupes thérapeutiques ont connu un essor considérable à partir des années 1960, notamment par l'intermédiaire de théoriciens comme Wilfried Bion, Didier Anzieu et René Kaës. On distinguera les thérapies «de» groupe, qui mettent l'accent exclusif sur les phénomènes collectifs, dynamiques et inconscients, des thérapies «en» groupe, continuation dans un cadre groupal des thérapies individuelles. Le groupe permet à certains patients qui ont des difficultés d'élaboration dans un cadre individuel ou manquent de repères pour se situer et évaluer la gravité de leurs troubles, de trouver, par le groupe, un cadre suffisamment contenant et étayant pour tenter de ne plus vivre ses symptômes dans l'isolement, la peur, la culpabilité ou la honte.

■ Les thérapies de couple

Les consultations conjugales voient le jour aux États-Unis dans les années 1930 et sont à l'origine destinées aux jeunes mariés connaissant des difficultés liées à la fécondité. On distinguera plusieurs sous-types de thérapies de couple: celles où la psychanalyse sert de référentiel, celles issues des prises en charge familiales systémiques, où il s'agit de réfléchir sur les interactions dans le «système couple», et celles calquées sur le modèle des cothérapies de Williams Masters et Virginia Johnson, où prime le décryptage des difficultés liées à un symptôme sexuel.

■ L'hypnose

L'hypnothérapie contemporaine cherche à susciter le changement en encourageant la reprise de confiance et le retour à l'initiative du sujet. Elle prend ainsi appui sur une tendance de l'être humain à manifester d'autant plus d'initiative, d'audace et d'indépendance qu'il dispose d'un environnement favorable et sécurisant.

■ La psychanalyse et les thérapies psychanalytiques

Il existe aujourd'hui de très nombreux courants psychanalytiques, se réclamant de Sigmund Freud, de Carl

G. Jung, de Melanie Klein, de Donald W. Winnicott ou de Jacques Lacan. Ces courants se sont différenciés les uns des autres, tant par leurs théoriciens que par leurs modalités pratiques. Leur travail thérapeutique a toutefois pour règles communes de s'intéresser aux processus inconscients, aux conflits issus de l'enfance et de donner un rôle central à la parole, au transfert et à l'interprétation.

■ Les thérapies psychocorporelles et émotionnelles

Bioénergie, analyse primale, psychodrame émotionnel, etc. Elles sont des dérivés de la psychanalyse et se sont développées à partir des travaux de William Reich sur les défenses corporelles. Elles reprennent l'essentiel de la démarche psychanalytique, mais en portant une attention particulière au langage du corps, à l'expression des émotions et aux symptômes de blocage musculaires et respiratoires.

■ Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les TCC sont des thérapies brèves, durant le plus souvent entre six mois et deux ans. Elles s'appuient sur la

mise en place volontaire de nouveaux apprentissages destinés à augmenter les capacités de bien-être et d'autonomie du patient. Ces thérapies visent moins à transformer l'ensemble de la personnalité qu'à éliminer les symptômes pathologiques. Elles agissent par déconditionnement et restructuration cognitive.

Les TCC ont connu trois générations successives: une première comportementale (1950-1980), une deuxième qui correspond à la révolution cognitive (1980-1990), enfin la vague «émotionnelle» des années 1990 à nos jours, caractérisée par l'acceptation plutôt que l'évitement des pensées pénibles, et qui s'inspire aussi de techniques de méditation.

■ Les thérapies de la communication

Analyse transactionnelle, *Gestalt-thérapie*, thérapies systémiques, etc. Elles cherchent à agir essentiellement sur la façon dont nous entrons en relation avec les autres, sur les difficultés de communication et sur les jeux pathologiques qui entravent nos interactions avec autrui.

■ Les thérapies humanistes

Pour ces approches thérapeutiques, une source essentielle des troubles psychologiques repose sur le manque de sens que l'on donne à son existence. Plutôt que de chercher à analyser le passé, elles visent à éclairer le présent et l'avenir, en mettant notamment l'accent sur les aspirations de l'individu et son engagement (logothérapie de Viktor Frankl, thérapie existentielle d'Irvin Yalom, thérapie centrée sur le sens de Paul Wong, groupes de parole de David Spiegel).

■ L'approche centrée sur la personne (ACP)

Ces thérapies reposent sur un postulat on ne peut plus optimiste: chacun détient en soi les clés de son bien-être. L'ACP, fondée par Carl Rogers, se fonde sur trois conditions pour que chacun



Phanie

puisse accéder à la connaissance de soi: le patient est celui qui est le plus à même de savoir quel est le chemin à emprunter; l'empathie du thérapeute permet de saisir le vécu émotionnel du patient et de lui transmettre cette compréhension comme un miroir; la thérapie est une rencontre entre deux êtres, différents mais égaux.

■ Les thérapies de soutien et d'accompagnement

Elles se développent à partir des années 1980 en milieu institutionnel, mais aussi associatif pour permettre à des personnes confrontées à l'annonce d'une maladie grave ou du deuil d'un proche, de bénéficier d'un travail spécifique d'écoute et d'accompagnement. Il s'agit moins d'analyser les conflits inconscients que de pouvoir s'adapter au mieux à une réalité, si angoissante soit-elle.

■ L'EMDR

Découverte par hasard en 1987 par une doctorante américaine en psycho-

logie, Francine Shapiro, l'eyes movement desensitization and reprocessing (EMDR) postule qu'une anxiété d'origine traumatique peut disparaître grâce à des mouvements oculaires. Au fil des ans et des chocs vécus, certaines informations traumatiques ne sont pas traitées et donc pas mémorisées. L'objectif de l'EMDR consiste à favoriser le transfert de l'information entre les cerveaux émotionnel et cognitif pour faire cesser les troubles.

■ Les thérapies en réalité virtuelle

Très inspirées par les TCC, les thérapies en réalité virtuelle sont majoritairement utilisées pour le traitement des troubles anxieux, en particulier celui des phobies. Le patient interagit avec un environnement virtuel qu'il voit sur écran ou dans lequel il se trouve immergé grâce à un visiocasque. L'objectif est de l'aider à réduire son anxiété en l'exposant à des situations anxiogènes, pour le désensibiliser à l'objet de sa phobie. ●



Un cas particulier : l'EMDR

L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*, soit désensibilisation et retraitement [de l'information] par les mouvements oculaires) n'est pas une TCC proprement dite, mais s'avère emblématique des récentes thérapies à succès, notamment parce qu'elle aussi mise sur un travail de mise à distance de l'émotion et d'acceptation de la réalité. Découverte par hasard en 1987 par la doctorante en psychologie Francine Shapiro, elle est indiquée pour la prise en charge du stress posttraumatique. Son fonctionnement est faussement simple : le patient doit évoquer son traumatisme tout en accomplissant certains mouvements oculaires. Ceux-ci induiraient un hypothétique mécanisme neurologique permettant de dissocier le souvenir traumatique de l'émotion paroxystique qu'il véhicule. Au lieu de rester dans une mémoire émotionnelle trop douloureuse, l'événement passerait enfin en mémoire déclarative, celle qui permet un travail de verbalisation et d'attribution d'un sens à l'expérience vécue. L'indicible deviendrait pensé. L'explication mérite d'autant plus de prudence que l'EMDR fonctionne aussi sans mouvements oculaires, pour peu que le thérapeute tapote les mains ou les genoux du patient en suivant un certain rythme ! Aussi embrouillé que paraisse son mode d'emploi, des évaluations crédibles montrent que cette thérapie est efficace chez 80% des patients atteints de stress posttraumatique, souvent de façon étonnamment rapide et spectaculaire. Davantage de précisions sont attendues pour vérifier son efficacité pour d'autres troubles comme l'anxiété ou la dépression. ● J.-F.M.

les émotions ? Par la pratique d'une méditation dite de pleine conscience (*mindfulness*), venue du bouddhisme, et qui permet de se focaliser sur l'instant présent jusqu'à devenir un spectateur détaché de ses propres souffrances. Certes, dans les années 1960, Albert Ellis, professeur aux universités de New York et Rutgers et précurseur des thérapies cognitives avec sa « thérapie rationnelle-émotive », prônait déjà une acceptation plus sereine des aléas de l'existence, le refus irrationnel de notre imperfection étant considéré comme la source de nos désordres émotionnels. Mais cette théorie s'inspirait du stoïcisme, pas du bouddhisme. Et si, à la même époque, des courants rattachés au développe-

ment personnel, comme la méditation transcendantale, s'intéressaient à des pratiques orientales, c'était sans aucun souci d'adoubement par la communauté scientifique.

Or les TCC, elles, ont toujours affiché une exigence de crédibilité scientifique. Leur rapprochement avec une pratique spirituelle comme la méditation ne manque donc pas de piquant, surtout quand on sait que les thérapies comportementales sont en partie inspirées des travaux on ne peut plus matérialistes du physiologiste Ivan Pavlov sur le conditionnement. Pour autant, les TCC n'ont pas viré casaque au point de prétendre entraîner les patients sur les cimes de la béatitude. Si les nouvelles thérapies paraissent ►