

Les psychothérapies contraires

Daniel Widlöcher

Citer ce document / Cite this document :

Widlöcher Daniel. Les psychothérapies contraires. In: Raison présente, n°83, 3e trimestre 1987. Le besoin de psychiatrie. pp. 25-35;

doi : <https://doi.org/10.3406/raipr.1987.2611>

https://www.persee.fr/doc/raipr_0033-9075_1987_num_83_1_2611

Fichier pdf généré le 15/03/2019

Les psychothérapies contraires

D. WIDLOCHER

En septembre 1918, se tient à Budapest le Cinquième Congrès Psychanalytique. C'est le premier après la grande fracture de la Première Guerre Mondiale. Fracture sociale d'abord, qui oblige chacun à réfléchir sur un avenir en complète rupture avec la structure bourgeoise libérale de la fin du dix-neuvième siècle. Freud, à l'occasion, trace les grandes lignes de ce que pourrait être une pratique psychothérapique appliquée à une large échelle. Il discerne les limites de la technique psychanalytique, même dans ses applications à d'autres névroses que l'hystérie. Chez les agoraphobes, par exemple, ce que la psychothérapie peut opérer dans les cas graves, c'est de leur permettre d'affronter la situation génératrice d'angoisse, c'est-à-dire « en les amenant à sortir seuls et à lutter contre leur angoisse durant cette tentative ». Dans ce cas, comme dans celui des obsessions, la psychanalyse n'efface pas, par enchantement, l'angoisse névrotique ; elle offre au sujet les mobiles et la force de lutter activement contre les symptômes.

Bien plus, en admettant même que croisse sensiblement le nombre des psychanalystes, « l'immense misère névrotique répandue sur la terre » nécessitera des dispositifs de soins qui ne reposeront plus seulement sur la cure psychanalytique, longue et coûteuse. « Tout porte ainsi à croire », ajoute-t-il, « que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe ».

Cette dernière phrase, souvent citée, figure dans la traduction française de cette conférence de 1918 « Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique », publiée au chapitre XII d'un ouvrage rassemblant un ensemble d'articles et intitulé « La Technique Psychanalytique » (Presses Universitaires de France, 1953). Or la traduction comporte une faute. Le texte allemand original mentionne le cuivre de la suggestion et non le plomb. L'or et le cuivre constituent un alliage résistant, largement utilisé dans l'industrie. Le mélange de plomb et d'or, en revanche, ne constitue pas un alliage. Il évoque au contraire le contraste entre le métal noble par excellence et un métal de peu de valeur. « Comment en un plomb vil l'or pur s'est-il changé ? » déplore Joad, le grand prêtre dans « Athalie ».

Le lapsus n'est donc pas sans intérêt. A l'image d'un alliage efficace, la traduction française substitue celle d'une contamination, voire d'une souillure.

Le champ de la psychothérapie a toujours été un lieu d'affrontement idéologique. La fin du dix-neuvième siècle a connu un aigre débat entre les tenants de la suggestion hypnotique et ceux de la psychothérapie morale. Ces derniers reprochaient aux premiers de faire violence à la liberté du patient, de faire fond sur sa passivité pour lui imposer des croyances et des intentions, bénéfiques certes, mais venues de l'extérieur. Ils préféreraient convaincre, obtenir l'adhésion active du patient, le réconcilier avec ses propres valeurs morales, coopérer sur un plan d'égalité ; en un mot, partager une commune conviction plutôt que de dicter des conduites.

La situation présente donne amplement raison aux prévisions de Freud. La place de la psychothérapie dans les soins apportés aux désordres mentaux n'est plus contestée. Les progrès considérables obtenus grâce à l'effet des médicaments sur les structures cérébrales, loin de nous en dispenser, l'a rendue encore plus nécessaire ; qu'il s'agisse d'une action complémentaire ou du seul traitement applicable à des systèmes complexes de pensée dont les mécanismes cérébraux de production échappent, du moins pour l'instant, à toute action de nature chimiothérapique. Réconcilier le sujet avec ses projets de vie, donner sens à ses actions, l'aider à se dégager de certaines contraintes et des conflits qui altèrent sa liberté de choix et de jugement demeurent des nécessités incontournables.

Trois grandes formes de psychothérapie sont actuellement pratiquées. La première, dont nous ne nous occuperons pas, repose sur l'efficacité thérapeutique de la simple liberté d'expression. Il s'agit d'aider le sujet à manifester ce qu'il ressent. De nombreuses techniques et écoles relèvent de ce principe, depuis le psychodrame de Moreno jusqu'à la thérapie non directive de Rogers ou au cri primal. Ces méthodes, que l'on peut rassembler sous le terme de Psychothérapies Cathartiques, débordent très largement le champ de la médecine et de la psychologie clinique. Elles s'adressent à une population beaucoup plus étendue et leur efficacité sur des troubles mentaux caractérisés demeure d'ailleurs très contestable. Nous sommes en présence d'un « fait de société » intéressant à plus d'un titre mais qui ne touche pas directement le champ de la santé mentale.

La seconde forme de psychothérapie, la plus ancienne des trois en réalité, trouve son origine dans la psychanalyse qui a supplanté, du moins dans notre société occidentale, la suggestion hypnotique et la psychothérapie morale. A la première, elle a opposé le fait que l'efficacité de l'hypnose tenait plus à la remémoration d'événements oubliés qu'aux effets de la contre-suggestion. A la seconde, elle a substitué à l'argumentation rationnelle une autre rationalité, de nature inconsciente,

dont la mise en évidence réduit le pouvoir et l'assujettit à la rationalité consciente. Cette forme de psychothérapie, que nous qualifierons d'interprétative, a donc pour ressort fondamental l'interprétation du sens inconscient de pensées et d'actions en apparence non motivées (fondées sur l'illusion et la toute-puissance) pour les articuler avec l'ensemble de la vie mentale et les réduire ainsi au statut de désirs soumis à l'ordre du jugement.

La troisième forme de psychothérapie a retenu de la contre-suggestion le principe que l'on peut aider un sujet à se libérer de pensées et de conduites contraignantes en lui proposant des règles de pensées et de conduites pouvant progressivement neutraliser l'influence des premières. Cette méthode, à laquelle se rattachent les psychothérapies comportementales et cognitives, trouve son origine dans la connaissance des mécanismes qui contrôlent la formation des conduites, et par là-même qui permettent de substituer à des habitudes inopportunes des habitudes plus conformes aux intentions générales du sujet.

Curieusement l'invention des deux dernières formes de psychothérapie est, à peu de choses près, contemporaine. C'est à l'extrême fin du dix-neuvième siècle que Freud pose les principes techniques et théoriques de la psychanalyse. Dès 1909, Prince déclarait « La psychothérapie ... est le même processus qui, chez le chien de Pavlov, conduit à la sécrétion du jus gastrique et de la salive par réaction apprise à l'environnement. »

C'est pourtant en 1920 que Watson et Rayner démontrèrent qu'il était possible d'induire chez l'enfant une phobie d'animal par conditionnement, et en 1924 que Jones montra que le même mécanisme permettait de guérir des phobies infantiles spontanées.

L'écart va d'ailleurs se creuser entre un mouvement psychanalytique principalement orienté vers la thérapeutique et une démarche comportementaliste soucieuse avant tout d'expérimentation. Le mouvement psychanalytique s'organise en groupes cohérents soucieux de maintenir de manière rigoureuse une théorie et des pratiques identiques et particulièrement préoccupés de générer de nouveaux psychanalystes. Ces institutions sont certes des lieux d'échange scientifique, mais plus encore des centres de formation où la psychanalyse personnelle du candidat joue un rôle essentiel. Ce mouvement, tout en restant souvent marginal, s'inscrit avant tout dans le champ de la médecine.

Le comportementalisme, au contraire, se développe dans les universités, essentiellement dans les laboratoires de psychologie expérimentale. Son succès est marqué par la notoriété de ces chercheurs et l'élaboration progressive d'une théorie générale de l'acquisition des conduites. Jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale, les applications thérapeutiques demeurent rares, des expériences de laboratoire et nullement des innovations médicales.

C'est après la guerre que, assez soudainement, se développent les thérapies comportementales. Elles le font d'ailleurs dans les pays de langue anglaise qui connaissent déjà une implantation psychanalytique solide. Elles sont le fait de médecins mais surtout de psychologues cliniciens non médecins. Les méthodes utilisées sont rapidement diversifiées, le pragmatisme inspire ces innovations. Il s'agit de modifier des comportements précis. Tout procédé qui se montre efficace doit être retenu. En raison des critères objectifs de guérison, il est d'ailleurs facile de mettre au point des méthodes permettant d'évaluer, et même de mesurer, cette efficacité. L'enseignement des thérapies comportementales est facile et ouvert. Les procédures relativement simples peuvent être enseignées selon les voies traditionnelles, à l'université, dans les hôpitaux mais surtout dans les instituts de psychologie.

Dès lors, une compétition aigüe va se développer entre les deux écoles. Selon les centres de soins, c'est l'une ou l'autre de ces méthodes qui sera proposée aux patients. Mais c'est surtout sur le plan des idées que cette compétition va se transformer en polémique. Celle-ci est d'ailleurs entretenue des deux côtés. Les comportementalistes ne manquent pas de critiquer les résultats souvent décevants des cures psychanalytiques, leur longueur, l'imprécision des critères d'évaluation des résultats. Ils contestent une théorie qui décrit et explique des mécanismes mentaux, jugés d'après les principes mêmes du béhaviorisme de Watson, inaccessibles en réalité à toute approche objective et scientifique. Comment faire foi à une méthode qui repose si largement sur l'introspection dont les psychologues ont depuis longtemps dénoncé le caractère trompeur ?

Face à un mouvement psychanalytique généralement mieux implanté, ils s'appuient sur les échecs, les déceptions et les abandons pour se poser en champions d'une voie thérapeutique nouvelle. Ils opposent leur pragmatisme à ce qu'ils dénoncent comme un dogmatisme entretenu par le système institutionnel.

Les psychanalystes, pour leur part, n'ont pas manqué de réagir vigoureusement et souvent très agressivement au développement des thérapies et des théories comportementalistes. Ils leur ont surtout opposé la nécessité de s'attaquer moins aux symptômes qu'à leurs causes. A quoi sert de réduire une habitude si l'on ne sait pas pourquoi cette habitude s'est créée ? Réduire le symptôme dans ces conditions, c'est s'exposer au risque de voir d'autres symptômes apparaître pour exprimer le même trouble. Il s'agit presque, ici, d'un conflit éthique. Vouloir à tout prix supprimer le symptôme apparent, n'est-ce pas vouloir adapter le sujet à son environnement, fut-ce au risque d'étouffer les potentialités de vie qui ne trouvent leur issue que dans les fantasmes inconscients ?

Sur le plan théorique, l'opposition est tout aussi vive. Les psychanalystes récusent le postulat béhavioriste selon lequel seul le comportement visible est objet de connaissance. La méthode des associations de

pensée et l'invitation à tout exprimer de ce qui se pense dans la « tête » du patient leur apparaît une méthode d'investigation tout aussi appropriée pour étudier l'esprit humain. Réduire la formation de la personnalité à l'édification progressive d'habitudes conditionnées par des renforcements dus aux effets du comportement sur le milieu leur apparaît une simplification outrancière. Enfin, ici encore, le débat prend un aspect éthique. Cette dépendance du comportement aux influences du milieu leur paraît justifier tous les conformismes, les pressions sociales. L'homme n'est plus un « projet » qu'il s'agit de rendre aussi accessible à la conscience que possible mais un objet façonné par la société.

Comme souvent l'agressivité est à la mesure de la peur. Il s'agit d'ailleurs plus d'une polémique que d'un débat, dans la mesure où chacun choisit les points faibles de l'adversaire pour en majorer l'effet. Débattre voudrait dire que l'on se place selon le même point de vue, que l'on considère les mêmes faits et que l'on essaye de comprendre les différences.

Car il est vrai que les psychothérapies psychanalytiques et comportementales sont à plus d'un titre antinomiques. Un patient, après avoir connu une panne de voiture dans un tunnel routier, développe une phobie de la conduite automobile qui s'étend bientôt à tous les moyens de transport. Oui, mais il faut se rappeler que cette panne est survenue peu de temps après son mariage qui compensait mais activait à nouveau le deuil d'une mère morte alors qu'il était encore enfant. A quelle explication s'en tenir ? Faut-il conseiller à ce patient une psychanalyse qui lui ferait découvrir que, enfant, il en a voulu à cette mère de le quitter trop tôt et que cette haine, parfaitement irrationnelle bien sûr, fait surface à nouveau vis-à-vis de sa femme et l'angoisse ? Il découvrirait tous les bénéfices secondaires qu'il tire de sa phobie, le fait que grâce à elle il tyrannise sa femme, l'oblige à ne pas le quitter et, finalement, lui permet d'exercer sur elle une surveillance jalouse.

On peut toutefois l'aider très efficacement en lui conseillant de faire de petits trajets répétés en voiture, en lui fixant avec précision la distance qu'il doit parcourir, juste suffisante pour déclencher une anxiété légère, vite maîtrisée. Il s'agira ensuite, en fonction des résultats, de lui fixer des distances de plus en plus grandes, qui seront parcourues sans plus d'angoisse que celle qui accompagnait les premiers essais.

Ce qui constitue en effet la force des thérapies comportementales n'est pas le simple fait que l'on dit au sujet ce qu'il doit faire ; c'est que les prescriptions qui lui sont faites se fondent sur une analyse minutieuse des symptômes. Le comportementaliste ne se contente pas de constater qu'il existe une phobie des transports, ni même que cette phobie s'applique à la conduite automobile ou au voyage en avion. Il note avec précision dans quelles conditions précises l'angoisse se développe : à la pensée de monter dans le véhicule, à l'évocation d'une

immobilisation forcée ou durant le transport ? C'est cette analyse qui permet de déterminer les circonstances et le seuil exact de déclenchement de l'angoisse ; la prescription en tiendra compte. Elle ne consistera pas en un conseil général mais indiquera dans quelles situations très précises le patient devra forcer son appréhension et accepter une certaine quantité d'angoisse. Pour lutter contre l'intoxication tabagique, on fera l'inventaire des circonstances et des moments qui conditionnent l'acte de fumer, et c'est en fonction de cet inventaire qu'une lutte fractionnée et progressive sera indiquée. L'exception d'ailleurs confirme la règle quand, dans certains cas, on choisit d'exposer le sujet à la situation dangereuse, de l'« immerger » ; car cette décision s'inscrit également dans une stratégie progressive (ne serait-ce que par la présence du thérapeute) et une connaissance très précise de cette situation.

Cette approche est en effet parfaitement antinomique de celle du psychanalyste. Pour ce dernier, le symptôme n'est qu'un indice et toute attention portée à sa matérialité ne saurait que nous détourner de la tâche qui consiste à découvrir son sens, c'est-à-dire sa fonction — on devrait dire son intentionnalité — tant dans les rapports avec l'environnement social que comme expression des désirs et des conflits inconscients du sujet lui-même. Ce principe dépasse d'ailleurs très largement le champ de la psychanalyse puisqu'on le retrouve dans toutes les formes de psychothérapie qui traitent de la relation du sujet avec son milieu, en particulier son milieu familial.

On peut, bien sûr, se demander si cette différence dans le traitement des symptômes ne tient pas à la nature de ceux-ci. Il serait logique de penser que selon la nature des troubles, on peut ou on doit adopter l'une ou l'autre approche. Malheureusement, tel n'est pas le cas. Du côté des psychanalystes, on a vu le champ d'application de la méthode non seulement s'étendre des névroses vers des troubles plus graves (troubles graves du caractère, psychoses), mais se déplacer. L'intérêt des psychanalystes et leur pratique ne concernent plus guère actuellement le domaine des névroses. Du côté des comportementalistes, si dans les faits ils s'intéressent à des domaines relativement limités, en théorie ils revendiquent le principe de pouvoir développer leur méthode dans tous les champs de la pathologie mentale.

Si l'on regarde de plus près ce qui se pratique de fait sur le terrain, on voit que ce sont les mêmes troubles qui sont susceptibles des deux formes de traitement. Les deux terrains d'élection du comportementalisme sont actuellement le champ des phobies et celui des conduites symptomatiques isolées. Dans le premier cas, il s'agit d'analyser et de modifier le rapport du sujet avec l'espace, dans le second de traiter de la même manière un comportement précis, qu'il s'agisse d'un trouble sexuel, d'une dépendance alcoolique ou tabagique, d'une compulsion à voler (kleptomanie) ou à mentir (mythomanie). On comprend d'ailleurs bien pourquoi ces troubles se prêtent à l'analyse comportementale. Il

Il y a dans tous ces cas un comportement objectif que l'on peut identifier et sur lequel on peut agir.

Mais ces domaines, comme on l'a vu pour l'exemple clinique de la phobie de l'espace, sont aussi des anomalies qui se prêtent bien à l'investigation et au traitement psychanalytiques. Non seulement parce que le symptôme clairement montré révélera plus facilement son sens que des conduites complexes, mais surtout parce que, en général, il s'inscrit chez des personnalités qui se prêtent mieux que d'autres au travail psychanalytique. Le caractère relativement isolé du trouble témoigne en effet d'un rapport au monde et à soi-même suffisamment assuré pour tolérer le caractère régressif de l'expérience psychanalytique (attention portée plus sur la vie intérieure que sur les faits de l'existence, acceptation du transfert et de la réactivation d'une sensibilité issue de l'enfance). La nature de ces troubles témoigne en outre de l'importance des conflits intra-psychiques inconscients dont nous savons qu'ils constituent l'objet privilégié du traitement psychanalytique.

L'antinomie fondamentale entre psychanalyse et thérapie comportementale s'exprime également dans la place accordée au mental. A l'origine du behaviorisme et dans l'esprit des grands théoriciens de la thérapie comportementale, il y a une exigence d'exclure radicalement toute référence au mental. Il existe d'un côté une situation et de l'autre un comportement. Entre les deux, ce qui se réalise échappe à l'observation et ce que peut en dire le sujet n'est pas crédible. Chez notre phobique, il y a une situation anxiogène, déterminée au départ par un événement particulier, être en voiture loin de chez soi et privé d'une réelle autonomie de mouvement, et de l'autre un comportement, ne se déplacer que dans une zone étroite et connue, en évitant tout encombrement par un choix d'horaire, qui vient singulièrement compliquer l'emploi du temps, et des excès de vitesse qui ne relèvent évidemment pas de l'imprudence ni de la volonté de puissance. Le clinicien demande à son patient de lui décrire avec exactitude les situations déclenchantes. Il lui prescrit des conduites précises.

Pour le psychanalyste au contraire, ce qui importe ce sont les opérations mentales qui se déroulent entre le stimulus et la réponse. Il ne croit d'ailleurs pas beaucoup à l'objectivité de la situation ni du comportement. C'est le sens de l'événement et le sens de la conduite qui lui importent. Il conviendrait d'ailleurs de dire les sens car une situation ne comporte pas qu'une seule signification, et une conduite ne répond pas à une seule motivation. Chez notre patient, être isolé en voiture c'est être loin de chez lui et c'est réveiller l'angoisse infantile qui fut la sienne quand il fut brutalement séparé de sa mère. Ne plus s'éloigner de chez lui c'est rester proche de sa femme, mais aussi la surveiller et finalement la tourmenter. C'est aussi faire comme si sa mère vivait encore. Bien entendu, une grande partie de ces pensées n'ont pas spontanément accès à la conscience du sujet, d'autant plus

qu'elles sont en contradiction avec ses sentiments conscients et ses principes moraux. Il n'a rien d'un jaloux ni d'un sadique. C'est dans le transfert au cours de la cure et par un travail d'interprétation des actes et des pensées que le sujet apprendra à reconnaître qu'il est, aussi, habité par de pareils sentiments. La situation psychanalytique elle-même est faite pour « laisser la parole » à ce monde des significations. C'est une situation où il n'y a rien de précis à faire, où tout récit d'événements, tout raisonnement logique, ne conduit à rien. Rêver, observer les mouvements de ses pensées, donner priorité au souvenir, à l'infantile, à l'irrationnel en soi-même ouvrent la voie à cette priorité donnée au mental sur le comportement.

La situation réelle est pourtant moins tranchée qu'il n'y paraît. Nombreuses sont les psychothérapies psychanalytiques où, sans méconnaître le poids de l'activité mentale, le psychothérapeute prête une certaine attention aux conduites de son patient et s'en entretient avec lui. Mais c'est surtout du côté du comportementalisme que l'exclusive jetée contre le mental est moins assurée que les théoriciens veulent bien le dire. Tout d'abord, et dans tous les cas, le clinicien est bien obligé de se fier à l'observation du sujet pour définir les situations génératrices de symptômes. En outre, les cliniciens se sont depuis longtemps aperçus que pour agir sur les conduites (et les modifier) il n'était pas nécessaire que celles-ci s'accomplissent dans la réalité, mais qu'il suffisait de les faire évoquer mentalement par le patient. Une des techniques les plus utilisées dans le domaine des phobies consiste à provoquer chez le patient un état de relaxation corporelle (dont on sait qu'il est difficilement compatible avec un état anxieux) et de l'inviter à imaginer les situations anxiogènes. C'est ainsi mentalement, par « désensibilisation » progressive, que le patient apprend à dominer les événements. Il lui reste, bien entendu, à transposer cette maîtrise mentale dans la vie réelle, mais l'expérience prouve que cette transposition se réalise généralement. A partir du moment où il était admis que l'on pouvait traiter le comportement par représentation mentale interposée, l'interdit porté sur l'étude du mental perdait toute consistance.

Le retour du mental se fit de manière explicite quand les comportementalistes admirent qu'il existait des thérapies cognitives. Ce mouvement date des années soixante. Le but ici n'est plus de modifier des comportements mais des systèmes de pensée. On pourra conseiller à un phobique, par exemple, de s'interdire systématiquement de penser à une certaine situation qui lui fait peur ou, à l'inverse, de penser systématiquement à une situation agréable et rassurante chaque fois que sa pensée se dirige vers la situation générative d'angoisse.

Ce type de psychothérapie garde bien les principes du comportementalisme (le rôle du conditionnement, le caractère directif et précis de la prescription) mais s'applique à un objet mental. Elle connaît un succès appréciable dans le traitement des obsessions et dans celui d'états

dépressifs. Dans les deux cas en effet, l'aspect « mental » du trouble est évident et les comportements visibles n'en expriment qu'une faible partie.

Face à ce retour du mental, l'attitude des comportementalistes n'est pas univoque. Certains le condamnent au nom des principes du behaviorisme, arguant en particulier du caractère subjectif et incontrôlable des opérations mentales prescrites, alors qu'une des forces du comportementalisme est précisément de pouvoir vérifier objectivement l'exécution du comportement prescrit. Nous avons vu que ces principes étaient déjà largement abandonnés dans les traitements de désensibilisation par imagination.

D'autres comportementalistes acceptent ce retour apparent du mentalisme en considérant que l'on agit en définitive sur des comportements verbaux. Penser ne serait que se parler à soi-même. Ce mode d'explication est toutefois moins satisfaisant qu'il n'y paraît. Une première impression est que l'on est en train de baptiser carpe un lapin. En allant un peu plus au fond des choses, on remarquera que ce qui est contesté par le behaviorisme ce n'est pas l'existence d'opérations mentales, c'est leur accessibilité à l'investigation scientifique. Le fait de l'expliquer par des actes de parole intériorisés ne change rien.

Aussi un grand nombre de comportementalistes acceptent-ils les deux approches, l'une traitant des comportements proprement dits, l'autre, selon les mêmes méthodes, traitant des opérations mentales. Mais on peut s'interroger sur l'avenir des psychothérapies cognitives. Pour l'instant, celles-ci ne prennent en considération que des représentations mentales explicites et tentent de les corriger par des actes mentaux antagonistes. La principale différence avec la vieille méthode de Coué étant que ces actes mentaux ne sont pas dirigés « tous azimuts » mais centrés sur des représentations mentales précises considérées comme la clef du système de pensée morbide. On peut imaginer que dans l'avenir, et instruits par l'expérience, les thérapeutes « cognitivistes » reconnaîtront que le conditionnement n'explique pas tout et que ce sont souvent des systèmes complexes qui sous-tendent les pensées morbides. On peut également imaginer qu'ils prennent en considération les raisons pour lesquelles ces pensées résistent au changement proposé et, même, qu'ils en viennent à supposer que certaines de ces pensées sont inconscientes. Bref, la thérapie cognitive redécouvrira peut-être un jour la psychanalyse. D'ailleurs, on peut considérer l'œuvre de Freud comme une tentative de construire une théorie du fonctionnement de type « cognitiviste », avant la lettre.

Mais la troisième source de l'antinomie est sans doute la plus grave. C'est celle qui tient à la nature de la relation entre le patient et le psychothérapeute. Le comportementaliste se fait de lui-même le portrait d'un scientifique, objectif, appliquant à son malade une thérapeutique précise, selon un modèle médical très traditionnel. Il s'agit là, en partie, d'une réaction contre une tendance à ne plus voir dans l'acte thérapeu-

tique que ce qui relève de la qualité de la relation affective entre clinicien et patient. Au-delà de ces excès, il ne faut pas toutefois oublier que la prescription d'une conduite ou d'une pensée (bien plus encore que celle d'un médicament) entraîne un mode de relation très spécial, en particulier une grande dépendance du malade. Cette dépendance peut être acceptée avec indifférence, elle peut inspirer résistance et rejet, elle peut aussi être acceptée avec enthousiasme par goût de la passivité et par idéalisation du médecin. Il ne fait pas de doute qu'en France, jusqu'à présent, la thérapie comportementale a bénéficié, aux yeux des patients qui acceptaient de s'y prêter, de l'aune d'une méthode rare et vigoureusement attaquée par l'idéologie ambiante se réclamant de la psychanalyse. Guéris, ils deviennent les témoins et les défenseurs d'une technique ignorée ou décriée. Il est probable que les débuts de la psychanalyse ont connu ce même effet de suggestion.

Mais une différence fondamentale demeure. Alors que, pour le psychanalyste, les relations affectives provoquées par la situation deviennent un moyen d'investigation et un ressort pour l'action thérapeutique, le comportementaliste n'y voit au mieux qu'un facteur favorable ou défavorable dans l'exécution du contrat thérapeutique. Cette différence comporte deux conséquences importantes, l'une à propos de la formation des praticiens, l'autre à propos de leurs motivations. L'importance des réactions affectives du thérapeute justifie en grande partie la nécessité d'une psychanalyse personnelle pour les futurs psychanalystes. C'est ainsi que ces derniers pourront mieux connaître leurs propres réactions et, à partir de là, poursuivre leur propre auto-analyse tout au long de leur carrière professionnelle avec leurs patients. Ces exigences justifient en grande partie la forme d'organisation que constituent les sociétés de psychanalyse.

Il n'en est évidemment rien pour les comportementalistes pour qui la formation s'inscrira dans un cursus beaucoup plus traditionnel de cours et d'exercices pratiques. Une société de thérapie comportementale ne peut être qu'une société scientifique de praticiens qui étudient les techniques et les méthodes d'évaluation. Elle n'a rien d'un mouvement, d'une école, au sens où Freud parlait de la « cause psychanalytique ». Rien n'empêche un clinicien d'autre formation (et ce fut le cas pour l'auteur de ces lignes, au grand scandale de certains de ses collègues psychanalystes) de présider une société scientifique qui traite des thérapies comportementales. Dans ce domaine, comme dans tout autre, ce qui est intolérable c'est l'interdit de penser, la condamnation ou l'exclusion.

Mais derrière le conflit et ces différences, c'est en définitive une question de motivation qui est en cause. Être psychothérapeute, c'est vivre un certain type d'expérience et de relation avec autrui. Selon ses goûts et ses dispositions personnelles, on comprend qu'un clinicien n'ait pas la même disponibilité en fonction de type de patients. Mais surtout,

il lui sera difficile de pratiquer avec un égal intérêt et un même talent toutes les formes de psychothérapie. De ce point de vue aussi l'antinomie est bien réelle. On imagine mal un psychanalyste tirer un égal intérêt de la thérapie comportementale. Mais on imagine mal aussi un praticien avisé de la thérapie comportementale qui pratiquerait avec bonheur des psychanalyses. Le terme de bonheur mérite sans doute un commentaire. Il ne s'agit ni d'affirmer qu'un psychothérapeute ne connaisse que des succès, ni qu'il prenne un plaisir constant à toute psychothérapie. Mais en revanche, il ne doit pas avoir un taux d'échec qui le décourage et le fasse douter de lui-même, ni s'ennuyer à accomplir sa tâche. Or les différences que nous avons soulignées montrent qu'il est difficile, et peut-être impossible, de pratiquer les deux méthodes. En ce sens, on peut ne pas être d'accord avec la formule de Freud citée au début de cet article. Le psychanalyste qui dans ses psychothérapies prodiguerait conseil et avis perdrait le fil psychanalytique de son travail. C'est sans doute à l'échelle d'une politique de soins que l'on peut mêler les thérapeutiques d'interprétation et les thérapeutiques directives, dont les thérapies comportementales et cognitives constituent l'expression la plus moderne et la plus efficace.

On peut ne pas s'intéresser à la thérapie comportementale. Le clinicien choisira une autre pratique, la psychanalyse par exemple ou la seule prescription des médicaments associée à une pratique « humaniste » et compréhensive. Il est par contre préférable que celui qui opère avec bonheur dans le champ de la thérapie comportementale ne se croit pas obligé d'explorer d'autres voies par souci de complétude. Un patient peut s'intéresser à la psychanalyse ou au contraire se trouver plus à l'aise dans le cadre de la thérapie comportementale. Ici encore son choix dépendra en grande partie de ses intérêts et de ses dispositions.

En conclusion, s'il n'y a pas à proprement parler complémentarité entre les deux méthodes, les antinomies évidentes qui les opposent ne justifient pas les exclusions réciproques. Le caractère éthique que semble prendre parfois le débat semble hors de propos. Il dissimule un refus d'ordre idéologique qui tient à la sensibilité individuelle des praticiens et des patients : ce que je n'aime pas faire doit être mauvais. Comme souvent, c'est l'acceptation de la différence qui fait défaut. Ce que je ne sais pas faire, ou ne veux pas faire, doit être mauvais. Il n'y a rien de ridicule à ce que de telles positions se rencontrent dans le domaine des psychothérapies, alors qu'elles semblent exclues des autres pratiques médicales (certaines indications chirurgicales, certaines décisions de ne pas intervenir ne sont-elles pas guidées par les goûts intellectuels et les mobiles affectifs des praticiens ?). Ce n'est pas à cause d'une insuffisance de critères scientifiques, comme on l'avance trop souvent. C'est en raison du caractère très spécial du travail psychothérapique et de l'implication personnelle qu'il entraîne.