Pour une méta-théorie de la psychothérapie

Colette CHILAND[1]

[1]Psychanalyste, Professeur honoraire à l'Université Paris-Descartes, 31, rue Censier, 75005 Paris, France.
cchiland@orange.fr

Résumé
La diversité des méthodes et des théories psychothérapeutiques entraîne la nécessite d'une réflexion épistémologique, d'une « méta-théorie » de la psychothérapie. Quelle que soit la profession d'origine, la psychothérapie requiert une formation, qui engage la personne du thérapeute : elle est un traitement qui s'adresse au psychisme et repose sur une relation intersubjective. La psychothérapie utilise des médiations diverses, faisant une place variable au corps, à la conscience, à l'émotion et la cognition pour atteindre ses buts d'alléger la souffrance et de permettre une meilleure gestion de la vie. Elle suppose qu'on croit à la réalité du psychologique comme distinct du neuronal et agissant sur lui, d'où une complémentarité des traitements biologiques et des traitements psychologiques. Elle comporte toujours une part d'imprévu, qui ne peut pas être consignée dans un manuel, qui demande une liberté créatrice au thérapeute et une ouverture à la culture du patient. Quelle que soit la volonté d'ouverture, il faut choisir : on peut constituer des équipes combinant les compétences, il est difficile de pousser l'éclectisme jusqu'à être un « psychothérapeute caméléon » et jusqu'à intégrer le parapsychologique, le « psychédélique », dans sa palette.
Mots clés : psychothérapie, formation, intersubjectivité, éclectisme, méta-théorie.

Towards a meta-theory of psychotherapy
Summary
The wide variety of psychotherapeutic methods and theories requires us to adopt an epistemological approach in our thinking, a "meta-theory" of psychotherapy. Whatever one's initial profession, psychotherapy necessitates a training process that involves the therapist as a person : it is a form of treatment that targets the mind and is based on an intersubjective relationship. Psychotherapy makes use of various mediation components, involving to a variable degree the body, consciousness, the emotions and cognition in order to reach its goal : alleviating suffering and facilitating a better approach to life and its difficulties. It presupposes a belief in the psychological reality, distinct from and acting upon its neural counterpart ; biological and psychological methods of treatment are, therefore, complementary. In psychotherapy, the unexpected is always present – something that cannot be set down in a textbook, something that requires the therapist to have creative freedom and openness towards the patient's culture. But no matter how strong the wish to remain open-minded, choices have to be made ; work-teams that combine various kinds of competence can be set up, but it is difficult to extend eclecticism to such a point that one becomes a "chameleon psychotherapist" or to integrate parapsychology and "psychedelics" in the smorgasbord.
Key words: *psychotherapy, training, intersubjectivity, eclecticism, meta-theory.*

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 323 03/10/2012 13:54:39

Commençons par une note d'humour : la définition de la psychothérapie de Raimy, citée par Perry London en 1964, que Nicolas Duruz évoque dans *Psychothérapie ou psychothérapies ?* (1994, p. 201) : « La psychothérapie est une technique indéfinie, appliquée à des cas non spécifiques avec des résultats imprédictibles et pour laquelle un training rigoureux est toutefois requis. »

En parlant de méta-théorie de la psychothérapie, je croyais avoir inventé un concept, je n'avais fait que le réinventer, il a déjà été utilisé par Nicolas Duruz (1994, *passim*), Olivier Chambon et Michel Marie-Cardine (1999) dans *Les bases de la psychothérapie-Approche intégrative et éclectique*, et sans doute par bien d'autres : le préfixe méta- est à la mode… La multiplicité des psychothérapies pose le problème d'une méta-théorie de la psychothérapie pour rendre compte de ce que, en dépit de théories différentes, chaque méthode de psychothérapie connaît des succès et des échecs.

Le psychiatre et le psychothérapeute

Le psychiatre est étymologiquement le médecin de l'âme, il s'occupe de l'âme au sens de psyché, psychisme (*mind*) ; le prêtre est dit « directeur de conscience », il s'agit de la « conscience morale », de l'âme au sens métaphysique (*soul*). Au psychiatre et au prêtre, on tient des discours comparables en révélant l'intimité de sa conscience, mais le psychiatre se place au niveau du fonctionnement psychique et non sous le signe de la faute, du péché.

Psychiatre et psychothérapeute sont presque des termes doublets. Mais certains psychiatres sont plus à l'aise pour lire des IRM et prescrire des médicaments que pour faire une psychothérapie, et tout psychothérapeute n'est pas médecin. Le médecin a eu une expérience clinique, « au lit du malade », de la souffrance physique et de la mort, ce qui a une grande importance, mais la psychothérapie nécessite, même pour lui, une formation spéciale.

Définition de la psychothérapie

« Psychothérapie » est entendue comme « traitement par des moyens psychologiques ». Jaspers (1954) dans *De la psychothérapie : étude critique,* un chapitre de sa *Psychopathologie*, ajoute, de manière intéressante et inhabituelle, « traitement qui s'adresse au psychisme », il précise que la psychothérapie exige « que le malade collabore et veuille guérir ». Il écrit encore : « Ni technicien pur, ni autorité pure, le médecin est une existence au service d'une autre, un être humain éphémère, avec son semblable ». Le psychothérapeute n'utilise pas de moyens surnaturels, ne se prend pas pour un gourou, le psychothérapeute n'est lui-même qu'un être humain comme son patient. La psychothérapie suppose la rencontre de deux personnes.

Le candidat à une formation de psychothérapeute est placé devant plus de 400 psychothérapies. Comment choisir ? Nous ne ferons ni l'inventaire des psychothérapies (Collectif, 2009 ; Marc, 1981 ; Marc, 1987 ; Duruz et Gennart, 2002), ni l'étude méta-analytique de « ce qui marche pour qui », *What works for whom* (Roth et Fonagy, 1996), nous essaierons de trouver un fil conducteur pour y voir clair, de poursuivre une réflexion épistémologique, telle celle de Nicolas Duruz dès 1994. Comme pour les religions, chacune a tendance à se présenter comme *the best*, voire *the only one* ; je me mets à parler anglais parce que l'anglais dit « *best practice* » là où le français dit « bonne pratique », avec fausse modestie parce qu'on pense « la meilleure, la seule ». Il y a 50 ans, aux USA, tout psychiatre se devait d'avoir fait une psychanalyse ; aujourd'hui l'acronyme CBT (*Cognitivo-Behavioral-Therapy*) est le schibboleth de la reconnaissance scientifique, qui se prononce TCC en français (Thérapie Cognitivo-Comportementale).

Faut-il être dogmatique ou œcuménique ? Dans le domaine des religions, l'œcuménisme a bonne réputation, il témoigne d'une ouverture d'esprit, mais il atteint vite ses limites : on veut bien parler avec l'autre au lieu de le brûler vif… à condition que les croyances propres de tout un chacun ne soient pas entamées. En termes de psychothérapies, pour offrir la même ouverture d'esprit, on parle d'éclectisme et d'intégration. *Le Trésor de la langue française* définit ainsi l'éclectisme : « Méthode intellectuelle consistant à emprunter à différents systèmes pour retenir ce qui paraît le plus vraisemblable et le plus positif dans chacun, et à fondre en un nouveau système cohérent les éléments ainsi empruntés. […] Attitude, disposition d'esprit portant à choisir sans exclusive parmi des catégories de choses ou de personnes très diverses ; qualité d'un ensemble de choses révélant cette disposition. » S'il me paraît possible et même recommandable d'être éclectique au sein d'une équipe ou d'un service, où seraient offertes différentes psychothérapies par différentes personnes, je m'interroge sur la possibilité d'être éclectique

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 324 03/10/2012 13:54:39

dans sa personne propre, ce que Chambon et Marie-Cardine préconisent sous le nom de « psychothérapeute caméléon ». Je me sens « bon teint », incapable de changer de couleur. Autant on doit être « informé de », autant il me semble difficile d'être « formé à » de multiples psychothérapies. Pourtant, on recommande d'être formé à plus d'une psychothérapie, à des psychothérapies d'horizon théorique différent.

La prescription d'une psychothérapie se fait en fonction de ce dont le patient souffre et de sa personne. La pratique de la psychothérapie se fait en fonction de la personne du thérapeute, de ses convictions, de son expérience ; on ne peut bien pratiquer que ce en quoi on croit et qu'on maîtrise, même si, de par l'investissement du patient, un certain effet magique se produit : guérison d'un symptôme sur le chemin pour se rendre chez le thérapeute, par exemple, et plus généralement l'*effet placebo*. Balint a pu dire que le médecin se prescrivait lui-même ; d'où l'utilité des « groupes Balint » pour éclairer le médecin organiciste sur l'aspect psychologique de son travail.

Mais attention à ne pas se prendre pour un magicien. Chambon et Marie-Cardine poussent l'éclectisme jusqu'à intégrer dans la psychothérapie le « transpersonnel », le paranormal, ce qu'on appelle en anglais le *psychic*, ce que j'appelle le « psychédélique », le chamanisme, le dialogue avec les morts ; et ils citent Carl Gustav Jung comme un prédécesseur (Jung rapporte dans son autobiographie, *Ma vie*, qu'il parle avec les morts). Pour Chambon et Marie-Cardine (2010, p. 242), « il semble qu'actuellement l'hypothèse d'une survie de la conscience après la mort soit scientifiquement plus solide et étayée que celle, matérialiste, d'un arrêt total de son fonctionnement après la fin biologique du corps ».

Un autre danger : on dit aussi qu'il n'y a pas de formation à la psychothérapie sans en avoir fait l'expérience comme patient ; c'est vrai et, si le médecin avait éprouvé sur lui-même les effets des médicaments qu'il prescrit, il serait peut-être plus tempéré dans ses prescriptions. Mais, à faire authentiquement l'expérience de toutes les psychothérapies possibles, on deviendrait fou, je crois ; les expériences dans lesquelles on s'engage ne sont pas anodines, il faut jouer le jeu, ce qui n'est pas sans danger : voir la remarquable de Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts, La Sorcellerie dans le Bocage*, ou le travail réalisé par Stephen Appelbaum, *Out in Inner Space, A Psychoanalyst Explores the New Therapies*. On pourrait tenter de prendre la position d'observateur-participant, ce que fait souvent l'anthropologue, ce qui n'est possible que jusqu'à un certain point, ce que j'ai moi-même fait à Esalen, la Mecque des thérapies dites nouvelles ou humanistes, à Big Sur, sur la côte californienne, où sont passés Gregory Bateson, Fritz Perls et bien d'autres. Jean Cottreaux aussi a fait l'expérience d'une semaine à Esalen ; ce qu'il en rapporte dans *Choisir une psychothérapie efficace* n'est pas inexact, mais est limité ; j'ai compris des éléments importants de ces thérapies là où il dit n'avoir rien appris.

Formation à la psychothérapie

Il va donc falloir choisir et comment va-t-on choisir ?

Je vais développer plus loin des idées-forces sur la psychothérapie. Mais quelques remarques préliminaires s'imposent.

Si la personne du thérapeute est impliquée dans la psychothérapie, on ne pourra pas aller loin dans le cadre universitaire, où l'on n'est pas fondé à apprécier la personnalité des candidats, mais seulement leurs capacités intellectuelles à travers leur acquisition du savoir. On ne pourra donc enseigner que certaines psychothérapies qui se prêtent à un enseignement court, avec des bases générales et quelques recettes. Ce qui est une des raisons du succès des TCC, plus faciles à enseigner et à pratiquer, mais à objectifs limités.

Comment savoir ce qu'est une psychothérapie, telle psychothérapie, avant d'en avoir fait l'expérience personnelle ? Les dénominations sont trompeuses. Prenons l'exemple des TCC. À la différence des pures thérapies comportementales, loin de s'occuper seulement du comportement, on explore « la boîte noire », c'est-à-dire ce qui se passe entre le stimulus et la réponse, tant du point de vue cérébral que du point de vue psychologique. On a renoncé à la thérapie aversive, qui prenait parfois un tour effroyable, tel l'apogée atteint par Lavin *et al*. avec un transvesti qu'on a maintenu éveillé par des amphétamines pendant six jours et six nuits en lui administrant des émétiques toutes les deux heures pour provoquer des vomissements tandis qu'on lui projetait ses photos dans ses travestissements : on a été satisfait, le patient ne s'est pas travesti pendant les six mois du suivi catamnestique. Mais certains traitements purement comportementaux demeurent un dressage, peut-être utile si l'on ne peut rien faire de mieux, il ne s'agit pas alors d'une psychothérapie s'adressant au psychisme.

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 325 03/10/2012 13:54:39

Dans la TCC, il ne s'agit pas seulement de comportements et de cognition *stricto sensu*. La TCC pour une phobie, par exemple, après un inventaire minutieux des symptômes, va, dans la période de désensibilisation, s'appuyer sur la *relaxation*, *vécu corporel* et travail sur la *conscience*, dans une *relation* avec un thérapeute dont les *qualités personnelles* sont loin d'être indifférentes ; le travail sur les *cognitions* élargit le sens traditionnel de cognition comme connaissance vraie, acquisition du savoir, en *représentation, fantasmes, imagination, croyances et émotions*, avec un accompagnement par le thérapeute dans le réel à la phase d'immersion, donc une extension du cadre (qui va dans les thérapies de Masters et Johnson jusqu'à fournir une thérapeute comme partenaire sexuelle aux hommes, mais non un thérapeute comme partenaire sexuel aux femmes en raison de la différence entre la sexualité masculine et la sexualité féminine, disent-ils).

Idées forces pour une métathéorie de la psychothérapie

Je ne peux ici qu'ébaucher, sur onze points, des réflexions sur les facteurs ou composantes à en prendre en considération pour une métathéorie de la psychothérapie ; ces composantes sont modulées et paramétrées différemment dans chaque type de psychothérapie.

1. La psychothérapie est une *relation intersubjective* entre deux personnes, avec une *implication* plus ou moins grande du thérapeute, un rôle plus ou moins important de la personne du thérapeute, une importance de l'*appariement* patient-thérapeute. Nous doutons que l'objectivation totale soit souhaitable, qu'on puisse obtenir les mêmes résultats en mettant le patient devant un ordinateur, si bien construit que soit le programme. Nous pensons que le choix du thérapeute compte à côté du choix de la thérapie. *L'alliance thérapeutique* est un concept qui s'est imposé.
La relation existe et joue un rôle. La relation est constamment utilisée : le médecin se prescrit lui-même, joue un rôle dans la *compliance* et a un *effet placebo*. Dans certaines psychothérapies, la relation est analysée : le psychanalyste, non seulement, s'appuie sur le transfert, mais l'analyse, et analyse son contre-transfert ; dans certaines écoles, le psychanalyste fait part de son contre-transfert au patient.
Carl Rogers a parlé à l'origine de « *client-centered therapy* », ce qu'on transcrit maintenant pudiquement « thérapie centrée sur la *personne* ». La relation implique *compréhension*, *empathie*. Empathie est devenu un maître-mot, on peut l'étudier sous le double aspect : *neuronal* des neurones miroirs et *psychologique* avec deux conceptions différentes, l'une qui la réduit à la théorie de l'esprit conçue comme décentration intellectuelle (Alain Berthoz), l'autre qui met l'accent sur le ressenti pour lesquels certains veulent parler de « sympathie » ou de « compassion », nous avons là trois termes aux connotations différentes.

2. *Le médiat utilisé* varie : la seule parole, une expression autre (dessin et jeu chez les enfants, mise en scène dans le psychodrame et les jeux de rôle) ; une activité partagée, qui rapproche la psychothérapie de la pédagogie, de la pédagogie curative, des rééducations diverses, de l'art thérapie.

3. La place du *corps* varie aussi. Elle est centrale : relaxation, *mindfulness*, effets psychiques secondaires de techniques corporelles qui ne visent pas à faire plus vite et plus fort comme la gymnastique et le sport, mais à donner un certain contrôle du corps, une meilleure gestion du corps (yoga, Feldenkrais, etc.)
Ou il y a une mise hors circuit du corps sur le divan et le *Noli me tangere*, le tabou du toucher.
Ce qui contraste avec le toucher dans le *soin*, qui a un effet psychologique, sans s'adresser au psychisme.

4. Le s*tatut de la conscience* varie de l'hypnose et de la sophrologie à la relaxation, de la prise de conscience des conflits inconscients (*insight*) à la centration sur la conscience de soi et du moment présent (*mindfulness*).

5. *Émotion versus cognition* ? Ni l'un sans l'autre, le voudrait-on. Mais le danger est : trop peu de l'un ou de l'autre.
La recommandation de « neutralité bienveillante » peut conduire, si la neutralité l'emporte sur la bienveillance, à une thérapie trop intellectuelle, froide, dont on pourrait dire ce que Charles Péguy disait de Kant : « Kant a les mains propres, mais il n'a pas de mains ».
L'abréaction émotionnelle, la catharsis, ne suffit pas non plus. J'ai assisté à une répétition à l'identique des pleurs, cris, vomissements, etc. dans des séances successives de *Gestalttherapie*.

6. La *cognition*. On s'intéresse au *contenu des représentations* :

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 326 03/10/2012 13:54:39

– *ciblées sur un problème*, le symptôme : TCC ;
– *associations libres* : la psychanalyse ; *récit d'une vie*, construction d'une *identité narrative* et non pas, comme au début, quête d'un souvenir inconscient refoulé dont la prise de conscience guérirait. *Plus que la vérité historique compte ce que le sujet a fait de ce qu'on lui a fait*. On fournit une *matrice symbolique* au sujet pour l'aider à penser sa vie, ses faiblesses (que Freud comparait aux lignes de fracture du cristal) et prévenir ses rechutes, matrice symbolique derrière laquelle on ne peut éviter que se profile une philosophie de l'existence, de l'optimisme américain au tragique freudien centré sur le conflit entre vie et mort.

Le rôle de l'*interprétation* est évident quand on compare une séance de *Gestalt* et une séance d'analyse.

Comme le disent Fonagy *et al.* (2002) et Allen *et al.* (2008), la *mentalisation* est au cœur de la psychothérapie. Avant eux, l'école de psychosomatique de Marty *et al*. avait utilisé le même terme de mentalisation au sein d'une théorie générale de l'économie psychique où l'individu est compris comme réagissant aux conflits et aux vicissitudes de son existence à trois niveaux : biologique, comportemental et mental ; la capacité de mentaliser joue un rôle protecteur par rapport aux troubles somatiques et réduit l'agi comportemental.

Il y a une part de *suggestion* et de *persuasion* dans toute intervention ou interprétation. Seule la méthode Coué, qui a encore ses adeptes, se réduit à la seule suggestion. Les ravages causés par les « faux souvenirs » (Sandler et Fonagy, 1997) attirent l'attention sur le rôle dangereux de certains psychothérapeutes qui effacent la distinction entre fantasmes et réalité et font croire à des patients qu'ils ont été victimes d'attentats sexuels ; il faut prendre au sérieux la distinction fondatrice de la psychanalyse entre fantasme et réalité dans la séduction, distinction que fait Freud au moment de l'abandon de sa *neurotica*, il ne croit alors plus à la séduction réelle, agie par les parents comme phénomène omniprésent (*Lettre à Fliess* du 16 mai 1897).

7. *Les buts* : buts thérapeutiques, buts analytiques, buts de vie selon une distinction de Ticho (1972), reprise par Widlöcher.

a) La disparition des symptômes est importante comme la TCC le montre, au contraire des formulations chères à certains analystes de la « guérison de surcroît », ou de l'analyse qui ne serait pas une thérapie. Améliorer la *self-assertiveness*, l'affirmation de soi, l'estime de soi par des moyens divers : cathartiques « *Get out of my life* » en tapant sur un coussin, ou par la prise de conscience des conflits, ou par la « pleine conscience » bienveillante (bouddhisme).

b) Prévenir les rechutes en donnant au sujet un meilleur contrôle sur lui-même, en le rendant capable d'auto-contrôle, d'auto-analyse.

c) Si le but de vie est d'être débarrassé d'une phobie et de pouvoir conduire sa voiture sur l'autoroute, c'est plus accessible qu'un changement radical de la personne et de la vie, et ce n'est pas le même type de travail psychologique qu'il faut faire. Mais tous les buts de vie ne se réalisent pas seulement par un changement personnel ; il y faut le hasard des circonstances, le hasard défini par Augustin Cournot comme la rencontre de séries causales indépendantes.

8. La *durée* de la thérapeutique.
– Courte, avec un contrat fixé à l'avance (nombre de séances).
– Indéterminée, voire très longue. Comparaison entre les analyses du temps de Freud et aujourd'hui. Problème des analyses longues, des traitements longs, des accompagnements au long cours (de même que certains patients ne peuvent pas vivre bien sans thymorégulateurs ou neuroleptiques). Jusques à quand ? « *Quousque tandem abutere, Catilina, patientia nostra ?* » (Chiland, 1974 ; Chiland, 1991). L'abus vient-il du thérapeute ou du patient ?

9. Les *modalités d'application* quelles que soient les théories ; *au singulier* : traitement d'un patient par un thérapeute ; ou *au pluriel* : traitement d'un ou plusieurs patients, formant un groupe naturel (couple, famille) ou un groupe thérapeutique, par un plusieurs thérapeutes. Lorsqu'un groupe de participants est là, un effet thérapeutique intéressant survient où les patients jouent un rôle thérapeutique en plus de celui du thérapeute « en titre » ; par exemple, dans un groupe de parents, des parents s'adressent les uns aux autres, communiquent leur expérience aux autres parents, et c'est remarquablement efficace ; ou encore dans une séance de *Gestalt*, le leader s'adresse à ceux qui sont présents et les fait intervenir comme le chœur dans la tragédie antique pour dire ce qu'ils ressentent.

10. La *prise en compte de la culture d'origine* du patient amène à moduler de manière *transculturelle* le travail psychothérapeutique

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 327 03/10/2012 13:54:39

en prenant en compte ce que l'anthropologie enseigne et en s'adjoignant des co-thérapeutes de cultures autres.

11. Le soutien d'un *manuel* est une exigence formulée pour reconnaître une psychothérapie comme scientifique, un manuel *versus* la *créativité*, la *liberté de pensée*, d'« associer ».
En psychanalyse, il ne peut pas y avoir un manuel avec toutes les interventions possibles. Mais il pourrait y avoir un enseignement de situations types auxquelles on risque d'être confronté : que fait-on si le patient enfant ou adulte veut voir les seins de son analyste ? ou plus généralement devant les passages à l'acte ? ou si un patient exprime crûment son Œdipe. On se contente des supervisions faites et entendues par le candidat. On abandonne trop le candidat psychanalyste à son génie personnel sans garde-fou et, du génie, tout le monde n'en pas.
En psychothérapie transculturelle, on voit mal comment on pourrait rédiger un manuel intégrant toutes les cultures.

Comment une psychothérapie agit-elle ?

Comment une psychothérapie agit-elle ?
Faut-il parler de facteurs communs et de facteurs spécifiques, comme on le fait souvent ? On constate plutôt, me semble-t-il, que les facteurs agissants sont présents dans chaque psychothérapie, mais sous des modalités différentes.
Prescrire une psychothérapie, c'est croire en la réalité psychique, une réalité psychique irréductible au neuronal, en même temps qu'elle ne peut pas advenir sans le neuronal, du moins je le pense : nous ne sommes pas dans le parapsychologique, le « *psychic* » des anglophones, le surnaturel, le psychédélique, etc., rien de psychologique ne peut advenir sans le cerveau, « Tout passe par le cerveau et rien par l'auréole », comme le disait Julian de Ajuriaguerra.
La connaissance neuroscientifique étudie la circulation de l'influx nerveux, les phénomènes électriques et la biochimie au niveau des communications synaptiques. Elle repère les zones du cerveau qui sont en activité pour chaque type d'accomplissement psychologique. Dans l'expérimentation seulement, on peut exciter directement des groupes de neurones par des électrodes implantées lors d'une intervention neurochirurgicale et constater quels phénomènes se produisent. Dans la vie quotidienne, on ne déclenche le fonctionnement de ces zones cérébrales ni par les équations qui permettent les calculs, ni par l'excitation directe des cellules, mais par la mise en œuvre d'un circuit cérébral lié à l'activité psychique qui déclenche l'activité des circuits sous-tendant cette activité psychique. Les mots prononcés ou pensés le sont en suivant une phonologie, une sémantique, une syntaxe apprises au cours du développement et non pas inscrites dans les gènes, les protéines, etc. Il y a deux niveaux de fonctionnement qui sont liés et interagissants, mais non pas isomorphes.
Ce qui se passe au cours d'une psychothérapie peut être compris comme permettant une réorganisation autre des circuits cérébraux par une action sur certains circuits neuronaux, une action différente de celles des médicaments. Ces deux actions peuvent être complémentaires l'une de l'autre, et un certain nombre d'études montrent que les résultats les plus durables sont obtenus en combinant les deux voies d'abord.

Conclusion

Je suis psychanalyste, ce n'est un secret pour personne. Je viens de défendre la nécessité d'une méta-théorie de la psychothérapie. Je ne peux pas conclure sans dire un mot de la situation actuelle de la psychanalyse.
On peut être psychanalyste sans être borné et en étant informé de ce qui se passe alentour, c'est-à-dire du nombre considérable de praticiens s'appuyant sur les théories de l'apprentissage ou les théories humanistes ou les théories systémiques, etc. Il y a bien des manières d'être psychanalyste, et l'on peut ne pas se reconnaître dans le discours et la pratique de tel autre psychanalyste. Mais on ne saurait ignorer le rôle qu'a joué la psychanalyse dans la transformation de la psychiatrie et le développement de la psychothérapie.
Or nous assistons à l'heure actuelle à un déferlement de haine contre la psychanalyse : *Le livre noir de la psychanalyse* (Meyer *et al*., 2005), le livre de Michel Onfray (2010), la polémique à propos de l'autisme. Jean Cottraux, l'un des auteurs du *Livre noir*, parle, dans un autre livre (Cottraux, 2011), *Choisir une psychothérapie efficace*, de résultats positifs obtenus dans certains cas par la psychanalyse et donne des adresses pour ceux qui voudraient s'informer ou se former, mais il se déchaîne ailleurs en parlant de la psychanalyse comme d'une supercherie.
Ces différents auteurs partent probablement d'une expérience négative de la psychanalyse, les concernant (Cottraux le reconnaît),

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 328 03/10/2012 13:54:39

ou concernant un de leurs proches, mais c'est une critique *ad hominem* et non une critique fondée, pertinente. La psychanalyse, comme toute approche scientifique, a besoin d'évoluer, mais son apport à la psychiatrie a été important par la prise en compte de l'histoire de l'individu et de son réseau relationnel dans le développement de la personnalité et de la pathologie, par l'affirmation de l'*Infantilismus*, une des pierres angulaires de la théorie psychanalytique (Freud, 1913, p. 210), à savoir l'importance des interactions précoces et de l'enfant qui demeure en nous. Le hasard a fait que j'ai été stagiaire en 1945 dans un service de l'Hôpital Sainte-Anne et que je suis retournée dans les mêmes murs seize ans plus tard comme psychothérapeute : le changement était drastique, ce n'étaient plus des « aliénées » agitées, parquées dans une salle où elles faisaient voler les assiettes d'aluminium, et les dossiers ne parlaient pas des seuls symptômes, mais de l'histoire de la vie ; étaient passés par là les premiers neuroleptiques, la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle (qu'on se souvienne de ce qu'a fait Tosquelles à Saint-Alban).

Où se situe la pierre de touche qui fait réagir si violemment, férocement, les adversaires de la psychanalyse ? Ce fut naguère la place accordée à la sexualité dans les pulsions de vie, mais aujourd'hui le sexuel a envahi la littérature, la rue, les écrans. Peut-être dans la dénonciation, par la psychanalyse, de la prétention du Moi à être maître de tout ce qui se passe en lui. J'avais dit, dans un de mes cours qu'on ne pouvait discuter ni avec un croyant, ni avec un marxiste, ni avec un psychanalyste : à nos opinions contraires à la *doxa*, le croyant nous dit que nous n'avons pas la grâce, le marxiste que nous sommes politiquement aliénés, et le psychanalyste nous renvoie à notre inconscient ; une de mes étudiantes fut étonnée de découvrir que j'étais psychanalyste. Je l'étais certes, mais dans mon cabinet avec mes patients, dont j'ai pu aider certains à une transformation radicale de leur vie ; je visais ceux qui interprètent les rêves de Freud « sans avoir ses associations » comme l'a dit Anna Freud, les « fouilleurs de poubelle », ou ceux qui interprètent les comportements ou les propos d'autrui sans le connaître et prêtent à autrui des fantasmes qui sont les leurs.

On n'est pas scientifique si l'on ne demande pas une preuve, une *evidence*, mais l'*Evidence-Based-Medicine* définit un protocole qui ne peut pas s'appliquer à la psychothérapie sans aménagement. Notre navigation est difficile et dangereuse entre le Charybde du transpersonnel psychédélique et le Scylla de l'*Evidence-Based-Medicine* doctrinale… ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Allen J.G., Fonagy P., Bateman A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC, London : American Psychiatric Publishing.
2. Appelbaum S.A. (1979). *Out in inner space, a psychoanalyst explores the new therapies*. NewYork : Anchor Press, Doubleday.
3. Berthoz A., Jorland G. (2004). *L'empathie*. Paris : Odile Jacob.
4. Chambon O., Marie-Cardine M. (1999, 2003). *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*, 3e ed. Paris : Dunod, 2010.
5. Chiland C. (avec l'aide éditoriale de Paul Béquart) (1974). *Traitements au long cours des états psychotiques,* Toulouse : Privat. *Long-term treatments of psychotic states*. New York : Human Sciences Press, 1977.
6. Chiland C. (1984). Regard psychanalytique sur les thérapies autres. In : Chiland C., ed. *Les voies psychologiques de la thérapie. Psychologie Française,* 1984, 29 (2) : 116-122.
7. Chiland C. (1990). *Homo psychanalyticus*, Paris, PUF, 1990 : 285-296.
8. Chiland C. (ed.) (1984). *Les voies psychologiques de la thérapie, Psychologie française,* 1984, 29 (2) : 115-186.
9. Chiland C. (1991). Jusques à quand ? La maladie au long cours. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,* 39 (2-3) : p. 51-54.
10. Collectif (2009). *Les psychothérapies. Guide et bilan critique*. Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, n° 15, juin-juillet-août.
11. Cottraux J. (2011). *Choisir une psychothérapie efficace*. Paris : Odile Jacob.
12. Duruz N. (1994). *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*. Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.
13. Duruz N., Gennart M. (eds) (2002). *Traité de psychothérapie comparée*. Genève : Médecine et Hygiène.
14. Favret-Saada J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*. Paris : Gallimard.
15. Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York : Other Press, 2004.
16. Freud S. (1913), « On psycho-Analysis ». *SE 12* : 210.
17. Jaspers K. ([1954], 1955). *Wesen und Kritik des Psychotherapie*. München : Piper and Co Verlag. *De la psychothérapie : étude critique*, traduction par Hélène Naef. Paris : PUF, 1956.

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 329 03/10/2012 13:54:39

18. Jung C.G. (1962). *Erinnerungen, Träume, Gedanken, aufgezeichnet und herausgegeben von Aniela Jaffé*. Zurich : Rasher Verlag. *Ma vie, recueillis et publiés par Aniéla Jaffé*, traduction par Roland Cahen, Yves Le Lay, Salomé Burckhardt. Paris : Gallimard, 1966.
19. Lavin N.I., Thorpe J.G., Barker J.C., Blakemore C.B., Conway C.G. (1961). Behavior therapy in a case of transvestism. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 133 (Oct.) : 346-353.
20. Marc E. (1981). *Le guide pratique des nouvelles thérapies*. Paris : Retz.
21. Marc E. (1987). *Le processus du changement en thérapie*. Paris : Retz.
22. Masters W.H., Johnson V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston : Little Brown. *Les mésententes sexuelles*, traduction par Françoise Chazelas et Serge Zolotoukhine. Paris : Laffont.
23. Meyer C. (ed), Borch-Jacobsen M., Cottraux J., Pleux D., Van Rillaer J. (2005). *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris : Les Arènes.
24. Onfray M. (2010). *Le crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*, Paris : Grasset.
25. Perls F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*, compiled and edited by John O. Stevens. Lafayette, California : Real People Press. *Rêves et existence en gestalthérapie*, trad. fr. Paris : Epi, 1972.
26. Roth A., Fonagy P. (1996). *What works for whom,* 2nd ed. New York-London : The Guilford Press, 2005.
27. Sandler J., Fonagy P. (1997). *Recovered memories of abuse. True or False ?,* London : Karnac.
28. Ticho E.A. (1972). Termination of psychoanalysis : treatment goals, life goals. *Psychoanalytic Quarterly,* vol. 41, n° 3.

PPsy_2012_n4_Chiland.indd 330 03/10/2012 13:54:39