

LES PSYCHOTHERAPIES

Louis Guérette M.D.
Département de Psychiatrie
Hôpital Notre-Dame

- A- Les grands modèles de thérapie en psychiatrie
- B- Les thérapies comportementales
- C- Le modèle existentiel
- D- Les facteurs non-spécifiques en psychothérapie
- E- La thérapie de soutien

A- LES GRANDS MODELES DE THERAPIE
EN PSYCHIATRIE

Bien qu'on puisse analyser la question de multiples façons, on s'accorde en général sur l'existence de cinq grands modèles:

<u>MODELE</u>	<u>LIEU DU PROBLEME</u>	<u>TYPES D'INTERVENTION</u>
<u>ORGANIQUE</u>	L'organisme, probablement au niveau de la formation réticulée et du système limbique	Psychopharmacologie
<u>DYNAMIQUE</u>	L'inconscient où sont refoulés les conflits	Interprétation en particulier du transfert
<u>SYSTEMIQUE</u>	Le système dans son entier	Modification de tout le système, par la communication ou le paradoxe
<u>BEHAVIORAL</u>	L'apprentissage	Nouvel apprentissage
<u>EXISTENTIEL</u>	Le contact avec le vécu	Accentuation du contact

Ces modèles ne nécessitent pas une allégeance exclusive de ceux qui les pratiquent et, à l'exception des puristes et des fidèles fermement identifiés au modèle, la plupart des thérapeutes les combinent dans la mesure de leurs connaissances, développant ainsi une thérapie qu'on qualifiera d'**éclectique**.

Au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, les modèles organique et psychodynamique sont privilégiés et, avec un peu de chance, vous pourrez être exposés partiellement aux modèles systémique et behavioral mais vous n'aurez vraisemblablement

aucun contact avec le modèle existentiel. Dans d'autres milieux, cependant, les préférences jouent autrement.

Lors des prochains cours, vous serez exposés aux modèles organiques, psychodynamique et systémique. Nous verrons donc plus en détail ici les modèles existentiel et behavioral pour terminer avec le mode de psychothérapie le plus utilisé et le moins reconnu: la thérapie de soutien.

B LES THERAPIES BEHAVIORALES

I- Principes fondamentaux:

a) La grande majorité des comportements humains sont appris.

b) Par conséquent les comportements pathologiques sont aussi appris pour la plupart. Les patients consultent pour apprendre des comportements qui sont absents de leur répertoire (par ex. s'affirmer, se détendre, communiquer mieux) ou pour désapprendre des comportements fâcheux qui sont présents dans leur répertoire (par ex. pulsions sexuelles déviantes, phobies).

c) Les lois de l'apprentissage, démontrées et étudiées en laboratoire, peuvent permettre au thérapeute behavioral de modifier le comportement de ses clients.

II-Applications cliniques:

a) Le conditionnement classique, mis en lumière par les travaux de Pavlov et s'appliquant surtout sur le système nerveux autonome, est bien illustré par le principe d'inhibition réciproque: "Si une réponse contraire à celle qui provoque l'anxiété est émise en présence de stimuli anxiogènes de telle sorte qu'elle supprime totalement ou partiellement cette anxiété, l'association entre ces stimuli et l'anxiété sera affaiblie. De même, si une réponse anxiogène est provoquée en présence de stimuli appétitifs, l'attrait envers ces stimuli s'affaiblira" (J. Wolpe).

Application courante: le bruit du Bell-Boy près d'un résident qui n'est pas de garde.

Application clinique: le traitement d'une phobie par désensibilisation systématique. Mary Cover Jones. Le petit Albert de Watson.

Si vous avez vu le film "Clockwork Orange" (en français :L'orange mécanique"), vous avez pu assister à une démonstration futuriste (mais pas du tout impossible) de conditionnement classique appliqué au traitement de la délinquance.

b) Le conditionnement opérant, mis en lumière par les travaux de Skinner, s'applique surtout sur le système nerveux périphérique et s'exprime bien par la loi de l'effet qui dit à peu près que " les comportements récompensés ont tendance à se répéter et que les comportements punis ont tendance à disparaître" (Thorndike).

Application courante: le système de punitions et de récompenses à l'école; le film d'Arthur Penn:"The Miracle Worker".

Application clinique: l'éducation d'un déficient mental ou d'un enfant autistique. Education des enfants en général. Vie conjugale. L'impuissance apprise (Seligman). L'économie de jetons.

Notons en passant que l'application contre toute attente du conditionnement opérant au système nerveux autonome par Neil Miller a donné lieu à l'une des thérapies les plus étonnantes du siècle: la rétroaction biologique.

c) L'apprentissage social que l'on doit aux travaux d'Albert Bandura, considère les comportements sociaux (tels que s'affirmer, défendre son point de vue, parler en public, négocier, etc...) comme des comportements qui peuvent s'apprendre par imitation, feedback, renforcement positif et pratique fréquente.

Application courante: un étudiant qui se pratique devant ses amis pour la présentation de son séminaire.

Application clinique: le traitement d'un timide qui développe des migraines plutôt que d'exprimer son mécontentement.

d) L'apprentissage cognitif considère les pensées exactement comme des paroles ou des actes, c'est-à-dire comme des comportements susceptibles d'être modifiés par les lois de l'apprentissage.

Application courante: la "pensée positive", le "gros bon sens", le raisonnement juste, le stoïcisme en philosophie.

Application clinique: la restructuration cognitive, l'entraînement à la solution de problèmes, l'auto-verbalisation, les théories de l'attribution.

Les thérapies dites cognitives dont on fait de plus en plus état aujourd'hui, ne font appel en fait qu'à un seul type d'apprentissage cognitif: la restructuration cognitive, alors que les possibilités du modèle sont en réalité beaucoup plus riches.

C LES THÉRAPIES EXISTENTIELLES

1) Principes fondamentaux:

a) Le réel, c'est ce qui est vécu ici même et en ce moment. Même des perceptions touchant des éléments passés ou futurs, tels les souvenirs, projets, regrets, craintes, sont des phénomènes présents et constituent la réalité du moment.

Par exemple, prenez un instant de réflexion pour devenir conscient des multiples stimulations qui vous envahissent en ce moment même et à plusieurs niveaux de votre organisme.

b) L'être humain peut choisir d'être attentif ou non à cette réalité, c'est-à-dire d'éprouver ou non la charge de sensations, d'émotions, de cognitions que le présent lui apporte. S'il choisit de ne pas l'être et d'annuler ainsi un réel qu'il perçoit comme désagréable (par honte, crainte, colère, etc...), il paiera parfois le soulagement temporaire ainsi obtenu d'un prix assez élevé: d'une part la partie problématique de la réalité deviendra vague ou pratiquement absente, rendant ainsi improbable toute possibilité de solution et de croissance; d'autre part cette portion occultée du réel ne disparaît jamais complètement et s'insinue toujours plus ou moins dans les autres expériences que nous éprouvons et les contamine.

Par exemple, si en m'écoutant présentement, vous êtes envahis par une perception impérieuse (soif, ennui, envie d'uriner, angoisse en pensant à un problème), vous pouvez soit agir en fonction du nouveau besoin qui surgit, soit refuser le contact avec celui-ci et faire comme s'il n'existait pas. Dans le premier cas, vous pouvez être amené à devoir poser un geste qui demande une certaine détermination (quitter la salle peut-être); dans le second cas, la

réalité incomplètement réprimée pourra continuer à vous influencer de façon insidieuse.

c) Dans le modèle existentiel, c'est cet état de refus du réel et les conséquences qui en découlent qui constituent la pathologie. Les thérapeutes existentiels ont tenté de comprendre pourquoi les individus cherchaient à nier certains aspects de leur réalité propre et par quels moyens ils y parvenaient. Ils ont aussi pu démontrer les conséquences pour l'existence de cet état d'aliénation que l'on s'impose à soi même.

En guise d'exercice, essayez d'imaginer et même, si possible, de ressentir à quelle réalité un individu passif dépendant tente d'échapper, comment il le fait et quelles en sont les conséquences pour lui.

Les écrivains et philosophes de l'existence ont décrit de façon privilégiée quatre caractéristiques de la vie humaine qui ne peuvent pas ne pas confronter l'être humain à une angoisse telle que la tentation de les nier est presque irrésistible. Ces quatre caractéristiques de notre existence sont la liberté, la solitude, l'absurde et la mort; vouloir les nier est impossible, vouloir y faire face est angoissant; c'est cette angoisse qu'on a appelé l'angoisse existentielle et que l'homme cherche à fuir par toutes sortes de moyens pathologiques ou non.

d) La thérapie, c'est la reprise du contact avec le réel qui ramène avec elle la perception claire des besoins et les énergies qui s'y rattachent. Les méthodes privilégiées pour effectuer cette reprise varieront avec les diverses écoles de thérapie existentielle dont nous étudierons maintenant quelques unes.

II-Applications cliniques:

a) La psychothérapie rogéienne (Carl Rogers) est fondée sur le principe que dans un climat d'acceptation inconditionnelle d'autrui créé par l'attitude bienveillante du thérapeute, le patient peut alors accepter de considérer une réalité intérieure qui le menaçait auparavant. La relation thérapeutique, toujours cruciale, joue ici un rôle plus fondamental encore que dans les autres thérapies.

b) La thérapie de Gestalt (Perls) tente, par des exercices imaginés par le thérapeute, d'amplifier pendant les sessions de thérapie les éléments du vécu du patient avec lesquels ce dernier se refuse d'entrer en contact. La technique dite de "la chaise vide" en est un exemple.

c) La bio-énergie (Reich, Lowen) considère que les résistances que l'individu exerce envers certaines parties de son vécu sont inscrites dans son physique même; des exercices physiques sont utilisées pour libérer ces résistances contenues dans "l'armure caractérielle".

d) La psychothérapie existentielle (Yalom) vise, par des moyens verbaux, à ramener le patient en contact avec les quatre conditions existentielles énumérées plus haut (liberté, solitude, absurde, mort) et à lui faire prendre à cet égard un engagement constructif et pleinement assumé.

D- LES FACTEURS NON SPECIFIQUES DE LA

PSYCHOTHERAPIE

Jusqu'ici, nous avons étudié cet instrument clinique qu'est la psychothérapie du point de vue de chaque modèle et en acceptant sans les discuter les principes qui semblent expliquer leur efficacité. Mais il demeure quand même possible et nécessaire de se demander, puisque toutes les psychothérapies semblent être dans une certaine mesure efficaces, si elles ne puisent pas leur efficacité non pas dans les principes spécifiques que chacune défend, mais plutôt dans certains éléments qu'elles partagent toutes sans vraiment les reconnaître. Il s'agirait alors de facteurs non spécifiques et ce sont ceux que nous allons maintenant tenter de décrire.

On peut chercher les facteurs thérapeutiques non spécifiques dans l'attitude du thérapeute envers son patient ou encore dans ses techniques.

Au niveau des **attitudes**, on s'accorde généralement à reconnaître la nécessité de trois qualités précises chez le thérapeute:

- 1) l'empathie appropriée
- 2) l'authenticité
- 3) la chaleur non possessive

Au niveau des **techniques**, un certain nombre de facteurs semblent jouer quel que soit le modèle dans lequel on opère:

- 1) la possibilité d'exprimer suffisamment des émotions, autrement dit la catharsis. Exemple.
- 2) une entente entre les deux partenaires sur le sens du problème et le sens du traitement apporté (un "mythe" commun). Exemple.
- 3) l'apport par le thérapeute de nouvelles informations sur le problème. Exemple.
- 4) la possibilité pour le patient de faire de nouvelles expériences qui lui sont étrangères. Exemple.
- 5) le renforcement des attentes positives du patient par le thérapeute. Exemple.

Il serait probablement difficile de trouver une psychothérapie efficace dans laquelle tous ces éléments seraient absents. Un bon soignant, consciemment ou inconsciemment, développe ces aspects et les utilise. Ceci n'invalide toutefois pas les facteurs spécifiques qui peuvent se révéler fort utiles dans certains cas.

E- LA PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN

La psychothérapie de soutien, comme son nom l'indique, se donne pour but de supporter le patient dans un niveau de fonctionnement adéquat mais sans viser de changements psychologiques profonds, du moins à court terme. Ces ambitions apparemment modestes sont justifiées ainsi:

- d'une part, le thérapeute présume que, sans ce soutien,

l'état du patient se détériorerait

- d'autre part, une forme plus ambitieuse de thérapie ne

paraît pas possible ou indiquée pour le moment.

Voyons maintenant quand se rencontrent ces conditions.

Indications de la thérapie de soutien:

- le patient vit une crise importante dans sa vie, il nécessite une aide actuellement mais on croit que, la crise passée, il n'aura pas besoin de thérapie (par exemple, un deuil non compliqué mais intense)

- le patient vit une crise importante, il aurait besoin d'une thérapie extensive, mais les circonstances actuelles de la crise l'empêcheraient d'en bénéficier pour le moment (par exemple, un deuil sévère chez un borderline)

- l'insuccès des efforts thérapeutiques antérieurs ou l'évaluation actuelle laisse croire que tout changement ultérieur est illusoire mais le patient continue néanmoins à nécessiter une aide pour continuer à fonctionner (par exemple, un trouble sévère du caractère)

- la thérapie antérieure a eu tout le succès escompté mais le patient nécessite un traitement d'entretien (par exemple, un schizophrène ou un maniaco-dépressif devenu asymptomatique grâce à une médication qu'il devra continuer à prendre toute sa vie)

Soulignons que les situations cliniques que l'on vient de décrire sont très fréquentes et représentent une très grande partie du travail psychothérapeutique du psychiatre. Elles exigent aussi de multiples qualités de la part du thérapeute. Il est donc regrettable que la thérapie de soutien soit parfois considérée avec condescendance dans certains milieux.

Comment faire la thérapie de soutien

Dans le contexte d'une thérapie de soutien, tout ce que nous avons exposé précédemment au sujet des facteurs spécifiques et des facteurs non spécifiques (les modèles) demeure tout à fait approprié. En effet, quel que soit le moment de la thérapie, les facteurs non spécifiques sont toujours essentiels et, d'autre part, on ne sait jamais si l'on n'aura pas à faire appel à certains facteurs spécifiques car un bon thérapeute ne laissera jamais passer l'occasion de favoriser la croissance intérieure de son patient lorsque l'occasion s'en présente; il ne faut pas oublier qu'une thérapie de soutien représente toujours une possibilité de

développement personnel, à la fois en vertu de la crise elle-même qui est toujours potentiellement génératrice de changements et en vertu du thérapeute constamment ouvert à cette éventualité.

Les attitudes nécessaires:

a) les attitudes non spécifiques décrites plus haut
b) savoir écouter: la plupart des débutants éprouvent des difficultés à écouter correctement, tellement l'envie d'intervenir aussitôt qu'ils croient avoir une bonne idée les tenaille. Des interventions verbales trop abondantes peuvent être un bon remède pour le thérapeute anxieux, mais pas pour le patient. Par ailleurs, le simple fait d'être écouté est un facteur thérapeutique très important.

c) savoir modérer ses ambitions: si le soutien s'avère être l'objectif le plus raisonnable dans les circonstances, il peut être préjudiciable au moral du patient comme du thérapeute que de s'embarquer dans une entreprise irréaliste qui ne pourra que décevoir les deux partenaires.

d) posséder une dose massive et imperturbable de bon sens

Les techniques et connaissances nécessaires:

a) Les techniques non spécifiques décrites plus haut.

b) les techniques spécifiques propres à chaque modèle

c) une connaissance raisonnable des problèmes courants de la vie (par ex. peine d'amour, deuil, échec professionnel, maladie).

d) une certaine familiarité avec les grandes étapes normales de l'existence (par ex. départ du foyer parental, vie conjugale, prise de responsabilités, vieillissement).

Le format de la thérapie de soutien:

N'importe quel format peut être employé, de cinq fois par semaine à une fois par année, de cinq minutes à deux heures par entrevue, en groupe ou en individuel; pour les thérapies de soutien à long terme, un bon modèle à suivre est celui des "cliniques de traitement continu" qu'on trouve dans beaucoup de milieux: la clinique se tient le même jour de la semaine, à longueur d'année, avec le même personnel stable; le patient connaît tous les membres de l'équipe et peut se présenter à son gré, même sans préavis ni

rendez-vous; il est certain d'être vu par quelqu'un qu'il connaît, pour une durée variable selon ses besoins. Le simple fait de la permanence de la structure explique beaucoup de l'efficacité de la clinique chez les patients chroniques qui, en général ressentent de moins en moins le besoin d'y faire appel en autant qu'ils savent qu'ils peuvent le faire en tout temps.

Que se passe-t-il en thérapie de soutien?

Le thérapeute écoute attentivement, facilite l'expression entière mais sécuritaire des émotions, manifeste une empathie appropriée, désamorce les perceptions et les appréhensions parfois exagérées du patient, utilise son bon sens et son expérience de la vie pour faire des suggestions pertinentes.

Parfois il va offrir du secours ou des ressources, mais toujours en prenant bien soin que son apport demeure légèrement en deçà des attentes du patient, ce qui permet à ce dernier de réaliser l'étendue d'un potentiel qu'il a en général tendance à minimiser et de mettre ses propres ressources à contribution.

L'expérience du thérapeute lui permet souvent de prévoir l'issue d'une crise avant le patient, ce qui l'aide à le rassurer ou à l'y préparer. De même, il n'hésitera pas à faire l'éducation psychologique de son patient pour qu'il devienne un meilleur parent, un meilleur époux, etc...

Au besoin, des éléments psychodynamiques (par ex: interprétation du déplacement), comportementaux (par ex: apprentissage social), systémiques (par ex: entrevue familiale), organiques (médication) ou existentiels (par ex: chaise vide) sont inclus dans la thérapie, en fonction de l'arsenal le plus familier du thérapeute et des nécessités du moment.

La dépendance du patient envers son thérapeute n'est pas nécessairement recherchée mais elle n'est pas non plus crainte; elle peut être, temporairement, un atout important au traitement et, la crise passée elle disparaît généralement facilement; si elle persiste, il existe bien des moyens de la dissoudre. On peut en dire autant de l'identification du patient au thérapeute à cette différence près que sa persistance n'est généralement pas un inconvénient.

On peut maintenant réaliser mieux ce que nous disions plus haut, à savoir qu'il y a très souvent un élément de croissance non négligeable dans la thérapie de soutien. La vieille

distinction trop souvent ressassée entre thérapie de soutien et thérapie d'insight apparaît finalement des plus fallacieuses: l'insight n'est pas essentiel à la croissance, les thérapies qui visent la croissance doivent nécessairement s'inscrire dans un contexte relatif de soutien et enfin, les thérapies de soutien peuvent très souvent favoriser la croissance. Et un bon thérapeute, c'est un soignant qui se préoccupe plus du patient qu'il traite que du type de thérapie qu'il utilise.

Et pour finir, trois choses à se rappeler:

Les théories existent trop souvent pour le plaisir intellectuel des thérapeutes et les patients pour la démonstration de ces théories.

Ce qui doit être scientifique en psychothérapie ce ne sont pas les théories, mais l'esprit empirique, exigeant et critique du thérapeute qui les utilise pour guider son action.

Un bon thérapeute se considère tenu de connaître tous les modèles, d'en pratiquer plusieurs et de n'en croire aucun.