

Les nouvelles psychothérapies

Hypnose, EMDR, méditation,
réalité virtuelle...

COMPRENDRE

QU'EST-CE-QUE
LE FANATISME ?

SOCIOLOGIE

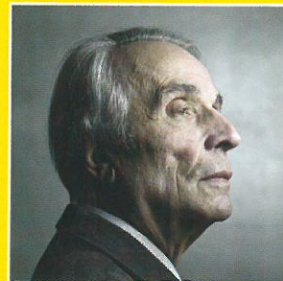
BOURDIEU,
LA SUCESS STORY

PSYCHOLOGIE

MUSCLER
SA VOLONTÉ,
UN LEURRE
SCIENTIFIQUE

HISTOIRE

ENTRETIEN AVEC
ALAIN CORBIN



« LE SILENCE EST
UNE RICHESSE »

Panorama des thérapies actuelles

De nouvelles formes de prise en charge psychothérapeutique ont fait leur apparition, souvent inspirées par les neurosciences.

Les thérapies cognitives et comportementales sont entrées dans leur troisième vague, les thérapies psychocorporelles ont pris de l'ampleur, tout comme les thérapies intégratives qui combinent plusieurs modes de prise en charge.

MARC OLANO

➤ Les thérapies cognitives et comportementales de la 3^e vague (TCC)

Après la vague comportementale qui avait jeté son dévolu sur nos comportements jugés inadaptés, puis la vague cognitive qui, elle, s'était plutôt préoccupée des processus de pensée, cette troisième édition des TCC se centre sur nos émotions, ou la façon dont nous gérons nos imperfections au quotidien. Les TCC de la troisième vague prônent un recentrage sur nos perceptions corporelles et utilisent entre autres des pratiques de méditation bouddhiste. Le but : comprendre l'origine de nos tiraillements internes, pour mieux en sortir.

Dans les années 1980, le médecin américain Jon Kabat-Zinn a été le premier à introduire les pratiques de méditation dans les hôpitaux auprès de patients souffrant de douleurs chroniques. Il a élaboré un programme intitulé réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR). Celui-ci comprend huit séances

de méditation et de discussions en groupe, suivies d'exercices à pratiquer à la maison. À travers la méditation, le patient est invité à remonter aux sources du stress, afin de trouver des pistes pour mieux le réguler. Chaque participant opère une analyse complète de son état mental en décortiquant ce qui relève du corporel, de l'émotionnel et du comportemental. Une récente méta-analyse (1) conclut à une efficacité forte du programme MBSR pour ce qui concerne la réduction du stress, modérée pour l'anxiété et la dépression, et faible pour le *burn-out*. Cette technique pourrait également améliorer la gestion des sensations de douleur dans certains cas. La MBSR n'est pas une psychothérapie proprement dite, mais plutôt un protocole de relaxation également utilisé dans les arts martiaux ou par des *coaches* en tout genre.

Dans les années 2000, trois professeurs de psychiatrie et de psychologie anglais et canadiens, John Teasdale, Mark Williams et Zindel Segal, vont élaborer la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (MBCT) en reprenant les travaux de J. Kabat-Zinn. Ils se basent également sur le modèle cognitif de la

dépression du psychiatre américain Aaron Beck, d'après lequel les personnes dépressives auraient une réactivité accrue face aux émotions négatives et une tendance à s'enfermer dans des ruminations mentales : l'objectif de sa thérapie cognitive est de stopper ce cercle vicieux qui les entraîne dans des rechutes interminables. La MBCT comprend, comme la MBSR, huit séances d'entraînement au contrôle attentionnel qui peuvent être complétées par un suivi thérapeutique en individuel. Ce programme est indiqué en priorité pour les personnes dépressives. Mais pour en bénéficier pleinement, elles doivent être en état de rémission. Une récente étude (2) a montré que le MBCT permettait de réduire de 34% le risque de rechute après une dépression. Elle serait particulièrement efficace après au moins trois épisodes dépressifs, autant qu'un traitement d'antidépresseurs selon une autre étude (3) qui a comparé ces deux modes de traitement. Les applications de la MBCT sont en train de s'élargir à d'autres pathologies, comme les troubles alimentaires ou les addictions, ou encore le déficit de l'attention avec hyperactivité.



Anélie Benoit/BSIP



Les thérapies en réalité virtuelle

Application de thérapie en réalité virtuelle dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) à Laval.

Les thérapies par réalité virtuelle ou réalité augmentée sont des applications des TCC qui plongent le patient dans un monde fictif, en apparence réel, projeté sur un grand écran ou visible à travers un casque spécifique. Elles permettent de soigner notamment les phobies, comme la peur du vide. Dans ce cas, on transpose virtuellement la personne sur le toit d'un gratte-ciel et on lui demande de se déplacer sur un plongeur. L'environnement évolue en fonction des déplacements, le patient a réellement l'impression d'être au-dessus du vide. L'idée est de confronter la personne phobique à ses peurs, afin de les apprivoiser. D'autres modules existent pour la peur des araignées, la peur de l'avion, la claustrophobie, les phobies sociales ou les troubles du stress posttraumatique. De nouveaux programmes tentent même de travailler sur les addictions en mettant les personnes en présence virtuelle avec l'objet de leur addiction, d'autant plus réel que l'on utilise aussi des *stimuli* olfactifs et tactiles. Pour ce qui est de la réalité augmentée, celle-ci fait le choix d'intégrer aussi l'image de la personne dans l'univers fictif: le sujet est filmé par *webcam* et se voit évoluer dans ce monde virtuel. Ce type d'applications permet

de traiter par exemple les distorsions de l'image du corps chez les personnes anorexiques ou schizophrènes.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

Cette TCC d'inspiration humaniste a été élaborée par le psychologue américain Steven Hayes à la fin des années 1980. L'acceptation vaut pour tout ce que nous avons tendance à rejeter ou éviter, comme nos souvenirs désagréables, nos pensées ou émotions négatives. Le patient est invité à prendre de la distance, à s'observer, y compris par la méditation. L'acceptation de ses failles est la prémisses de l'engagement qui constitue l'autre volet de cette thérapie. Ce terme est synonyme d'actions concrètes qui vont améliorer notre quotidien, comme

se recentrer sur ce qui est important à nos yeux, nos valeurs, nos projets. Une récente méta-analyse (4) reprenant 60 essais randomisés contrôlés conclut à une «*efficacité probable*» de cette thérapie pour la douleur chronique et les acouphènes, une «*efficacité possible*» pour la dépression, les symptômes psychotiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles anxieux, le stress au travail et la toxicomanie (p. 36).

La thérapie comportementale dialectique (TCD)

Cette démarche vise en premier lieu la diminution des comportements autoagressifs, comme l'automutilation ou les tendances suicidaires. Inventée par la psychologue américaine Marsha Linehan dans les années 1980, elle ►

► intègre les notions d'acceptation et de pleine conscience au sein d'une TCC. Les techniques de pleine conscience sont utilisées pour se décentrer de ses émotions négatives et apprendre à mieux réguler ses excès émotifs. L'idée centrale de la TCD est de faire la synthèse entre deux propositions *a priori* contradictoires qui sont « s'accepter tel que l'on est » et « changer ». Accepter ses défauts pour en faire des atouts en quelque sorte. Cette thérapie comprend des séances individuelles combinées à des séances hebdomadaires en groupe. Elle est surtout utilisée pour des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité *borderline*. Son efficacité a été démontrée (5) pour ce qui concerne la diminution des comportements suicidaires et des abandons thérapeutiques.

► La thérapie des schémas

Elle fait partie des thérapies intégratives, tout comme la thérapie par mouvements oculaires EMDR (p. 40). Ces thérapies ont la particularité d'intégrer des théories d'écoles différentes au sein d'une même démarche thérapeutique. Pour ce qui est de la thérapie des schémas, son instigateur, le psychologue Jeffrey Young, s'inspire de la théorie de l'attachement et de la *Gestalt-thérapie*. Selon cette approche,

lorsque nous grandissons dans un environnement insécurisé ou que nous sommes confrontés à des expériences traumatiques, nous développons des schémas comportementaux inadaptés. J. Young en a identifié 18, par exemple le schéma de méfiance qui consiste à croire systématiquement que les autres vont mentir, tricher ou abuser de nous. Si ce type de comportement s'est installé durant l'enfance, il risque de se répéter à l'âge adulte à chaque fois que la personne rencontre des situations similaires. L'objectif est de sortir de ces automatismes et de modifier les schémas. Cette thérapie s'adresse plus particulièrement aux personnes souffrant de troubles de la personnalité et d'autres troubles chroniques, tels que l'anxiété ou les troubles de l'humeur. Les études (6), même si elles sont à l'heure actuelle encore peu nombreuses, semblent confirmer la validité de la théorie de J. Young et plaident en faveur d'une amélioration des symptômes dans le trouble de la personnalité *borderline*.

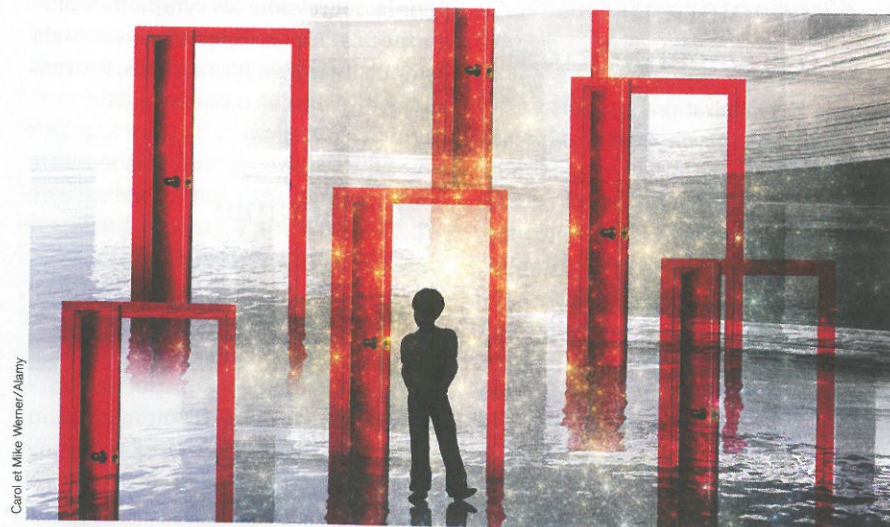
► Brainspotting

Le *brainspotting* est une toute nouvelle forme de prise en charge élaborée par le psychothérapeute américain David Grand, à la suite d'un travail avec les victimes des attentats du 11 septembre 2001. En maintenant le regard sur certains

points de fixation, on peut permettre au cerveau d'évacuer nos traumatismes, affirme D. Grand. Nos yeux et notre cerveau seraient étroitement liés : « *La direction de votre regard influence la façon dont vous vous sentez (7).* » Si l'on porte notre regard sur la gauche, on n'aura pas la même perception d'un événement stressant que si on le porte sur la droite. « *Le brainspotting utilise le champ visuel pour ramener l'attention sur l'individu et guider le cerveau, afin qu'il trouve les informations internes qui ont été perdues (8).* » Cette technique s'appuie sur les facultés d'autoguérison de l'organisme humain. Sa particularité est d'allier un travail relationnel autour de la parole avec l'utilisation d'une technique axée sur les processus cérébraux (les fixations oculaires). Le *brainspotting* a été testé pour le trouble de stress posttraumatique, les troubles psychosomatiques, les phobies, les troubles anxieux et les addictions. Mais la technique étant toute récente, sa validité scientifique reste à démontrer.

► Les thérapies psychocorporelles

Elles existent depuis fort longtemps, mais semblent vivre une seconde jeunesse ces dernières années avec l'apparition de plus en plus d'applications nouvelles. Elles ne font généralement pas l'objet d'évaluations scientifiques. Pour les thérapeutes psychocorporels, corps et esprit sont étroitement liés. Selon le concept du « *bodymind* », notre corps garde en lui les traces de l'héritage familial et des traumatismes vécus au cours de notre vie. Pour libérer l'esprit de ces éléments souvent inconscients, les thérapeutes proposent de passer par une approche corporelle. Un des premiers à explorer cette voie a été Wilhelm Reich dans les années 1930, disciple de Freud, qui inventa la végétothérapie, une thérapie analytique à médiation corporelle se focalisant notamment sur la respiration et le système végétatif. De là ont découlé



Carol et Mike Werner/Alamy

d'autres techniques, comme la bioénergie d'Alexander Lowen, la thérapie du cri primal d'Arthur Janov, le massage psychologique d'Ida Rolf ou encore l'intégration posturale de Jack Painter. Plus connues, les thérapies à médiation comme l'artthérapie, la dansethérapie ou encore la musicothérapie se servent, elles aussi, de certaines parties du corps pour accomplir un travail thérapeutique. Toutes ces techniques ont pour but d'apaiser les tensions internes qui se manifestent essentiellement à travers la rigidification des muscles. Que ce soit par la relaxation, le cri, les larmes, des techniques de respiration, des exercices corporels ou encore le toucher, les thérapies psychocorporelles associent une démarche physique à la thérapie verbale. Ces techniques sont souvent indiquées pour les troubles psychosomatiques (migraines, mal de dos, troubles du sommeil ou de la libido), mais également pour les troubles de l'humeur, l'anxiété, le stress ou certaines phobies.

L'haptopsychothérapie

Il s'agit d'une démarche psychothérapeutique qui intègre le toucher. Elle s'inspire de l'haptonomie, plus connue pour ses applications auprès des femmes enceintes et de leur bébé. L'haptopsychothérapeute se sert du toucher dit « affectif » pour redonner confiance à des personnes en manque de sécurité affective. Le contact physique est codifié pour éviter tout malentendu. L'haptopsychothérapie peut s'adresser aux adolescents en échec scolaire, aux personnes dépressives, phobiques ou avec des troubles *borderline*.

La thérapie par le rire

Elle s'appuie sur les enseignements des neurosciences et les théories de la psychologie positive qui s'intéresse plus particulièrement à tout ce qui peut



The Commercial Appeal/Zuma/REA

épanouir l'être humain. Son concept principal est de reconnecter la personne à sa joie de vivre, afin de surmonter les souffrances. Pour cela, le rire ne doit pas être forcé, mais bien naturel. Les séances de rigolothérapie ne comportent pas uniquement les fameuses séquences de fous rires collectifs, mais aussi des exercices de relaxation, des jeux de rôle, des « câlins rieurs », du clown ou de la danse. Selon les défenseurs de cette technique, la thérapie par le rire serait notamment indiquée pour diminuer la perception de la douleur ou du stress et pour lutter contre des troubles du sommeil ou du fonctionnement organique.

Emotional freedom technique (EFT) ou technique de libération émotionnelle

Créé par Gary Craig, un ingénieur américain dans les années 1990, l'EFT a été popularisée en France par Jean-Michel Gurret, un psychothérapeute qui a consacré plusieurs ouvrages grand public à ce sujet (9). Il s'agit d'une tech-

nique de stimulation corporelle comparable à l'acupuncture. Mais au lieu des fameuses aiguilles, on va utiliser ses doigts pour stimuler des points précis situés sur le visage, le torse et les mains. En effet, la grande particularité de l'EFT, c'est d'être un traitement que tout un chacun peut s'autoadministrer, en tout cas pour des problèmes de la vie courante, comme le stress, la colère ou des peurs. Pour ce qui concerne les troubles plus sévères, les praticiens conseillent toutefois de faire appel à un thérapeute pour guider le processus. Au total, l'EFT a répertorié 15 points sensibles à stimuler. D'après la médecine traditionnelle chinoise, ces stimulations permettront de rééquilibrer les flux énergétiques qui circulent le long des méridiens. Pour les praticiens de l'EFT, ces impulsions pourraient également déconditionner des réactions cérébrales automatiques face à l'adversité. La thérapie se déroule en quatre phases. Au départ, le patient identifie un problème à traiter, comme une situation stressante qu'il vient de vivre. Puis, il va verbaliser ses ressentis associés à cette situation tout en affirmant sa confiance en ses propres valeurs. Il va formuler une phrase qu'il répétera plusieurs fois et presser en même temps son point karaté (point tranchant de la main entre le poignet et l'auriculaire). Il ►

► dira par exemple: «*Même si j'ai un bouton sur le front ce matin et que ce n'est pas le jour, car j'ai un entretien, je m'aime et je m'accepte inconditionnellement* (10).» Puis, il va successivement tapoter les 15 points de contact tout en repérant les émotions désagréables associées à la situation stressante. En dernier lieu, il fait un bilan pour évaluer si son niveau de stress a baissé, puis recommence alors les stimulations en partant du point karaté jusqu'à ce qu'il ne ressente plus de stress face à la situation décrite. L'EFT a pour objectif de soulager les douleurs physiques et émotionnelles, phobies et autres troubles anxieux, les problèmes de dépendance et troubles alimentaires ou encore le stress post-traumatique. Les recherches menées sur l'EFT sont encore trop peu nombreuses pour affirmer sa validité scientifique. Certaines études (11) semblent indiquer un effet positif de cette technique sur la diminution des symptômes liés au stress posttraumatique ou aux troubles anxieux.

► Les nouvelles thérapies analytiques

La psychanalyse aussi a tenté de développer de nouvelles thérapies en élargissant ses bases théoriques à d'autres approches. Nous ne ferons que citer quelques auteurs marquants ici. Victor Frankl, psychanalyste autrichien, inventeur de la logothérapie dans les années 1970, une thérapie centrée sur le besoin de sens. Paul Diel, un philosophe et psychologue autrichien qui créa la psychothérapie de la motivation, approche humaniste d'inspiration psychanalytique axée sur l'introspection et la question des «*délibérations intimes*» en lien avec nos désirs et motivations. Nicolas Abraham et sa femme Maria Török, psychanalystes français qui développeront la psychanalyse transgénérationnelle, une méthode analytique qui met l'accent sur les transmissions inconscientes d'une génération à l'autre.

Enfin, Antonio Mercurio, anthropologue italien qui créa la Sophia-analyse. Cette méthode qui intègre les principes de la psychologie humaniste et existentielle au sein de la psychanalyse s'est surtout développée en Italie et en Belgique

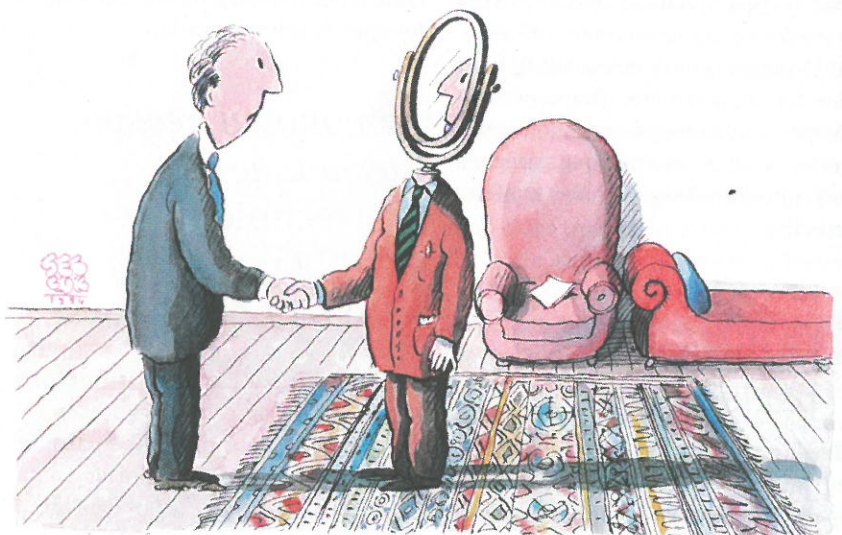
► La psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle (TIP), développée par le psychiatre américain Gerald Klerman dans les années 1970 auprès de personnes dépressives, commence à faire son apparition en France. Il s'agit d'une thérapie brève (12 à 16 séances) qui se fonde notamment sur la théorie de l'attachement. Elle met l'accent sur le contexte interpersonnel dans lequel apparaissent les troubles psychiques. G. Klerman a identifié trois facteurs qui peuvent y contribuer: les deuils, les conflits (couple, famille, travail...) et les changements de statut social suite à un divorce ou la perte d'emploi par exemple. Dans une première phase de diagnostic, la personne est amenée à identifier ce type de facteurs déclencheurs et à faire des liens avec son état actuel. Dans un deu-

xième temps, un travail pragmatique de recherche de solutions aux situations conflictuelles va se mettre en place. Comme pour les thérapies comportementales, les TIP comportent souvent des tâches à réaliser à la maison. Cette thérapie peut être pratiquée en individuel, en groupe, assistée par le conjoint ou en couple. Au-delà des dépressions classiques, elle s'intéresse plus particulièrement aux dépressions postnatales et autres problématiques périnatales (fausses couches, infertilité, deuil périnatal), aux troubles des conduites alimentaires et aux troubles bipolaires. Des études scientifiques ont confirmé son efficacité pour le traitement de la dépression (12) et plus particulièrement la dépression postnatale (13).

► Les techniques de stimulation cérébrale

Ces dernières années, de nouvelles techniques de stimulation cérébrale ont fait leur apparition en psychiatrie. Il s'agit de techniques non invasives et indolores. Dans la stimulation magnétique transcrânienne, le patient est équipé





Les 15 points de l'EFT

Cette nouvelle thérapie, qui a aussi recours à la verbalisation, vise à prendre en charge divers symptômes psychiques ou douleurs corporelles. Elle rencontre un succès certain, d'autant que l'on peut apprendre à se l'administrer seul. Mais elle attend toujours une validation scientifique...

d'une bobine posée sur son crâne. Celle-ci induit un champ magnétique, qui à son tour stimule les neurones à la surface du cerveau. Par ailleurs, il existe aussi la stimulation transcrânienne à courant direct : dans ce cas, ce sont des électrodes posées sur le crâne qui vont soit exciter, soit inhiber les neurones en fonction des fréquences envoyées. En France, ces techniques n'ont toujours pas été officiellement reconnues et sont utilisées uniquement dans un cadre de recherche. Les études montrent toutefois des résultats encourageants pour le traitement des dépressions résistantes, des hallucinations auditives, des addictions ou de la fibromyalgie. Quant aux électrochocs, ils existent encore, mais cette méthode a beaucoup évolué depuis sa première utilisation dans les années 1930. Aujourd'hui, l'électroconvulsivothérapie est pratiquée sous anesthésie générale et ne peut être mise en place sans le consentement libre et

éclairé du patient lui-même. Son principe : provoquer une crise d'épilepsie à l'aide d'un choc électrique susceptible d'induire des effets thérapeutiques au niveau cérébral. C'est un traitement qui reste exceptionnel pour traiter certaines dépressions résistantes, des hallucinations ou états maniaques. Actuellement, les chercheurs en psychiatrie travaillent aussi sur des stimulations cérébrales profondes qui nécessitent une intervention chirurgicale. Dans ce cas, on va carrément implanter des électrodes dans des régions précises du cerveau. Un stimulateur enfoui sous la peau envoie le courant électrique. Le système est contrôlé par un boîtier externe. Cette technique s'est surtout montrée efficace pour lutter contre la maladie de Parkinson. Des recherches sont actuellement en cours pour le traitement des troubles obsessionnels-compulsifs ou des cas de dépression et d'anorexie très résistantes. ■

1) Bassam Khoury *et al.*, «Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals. A meta-analysis», *Journal of Psychosomatic Research*, vol. LXXVIII, n° 6, juin 2015.

2) Jacob Piet et Esben Hougaard, «The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder. A systematic review and meta-analysis», *Clinical Psychology Review*, vol. XXXI, n° 6, août 2011.

3) Willem Kuyken *et al.*, «Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT). A randomised controlled trial», *The Lancet*, vol. CCCLXXXVI, n° 9988, 4 juillet 2015.

4) Lars-Göran Öst, «The efficacy of acceptance and commitment therapy. An updated systematic review and meta-analysis», *Behaviour Research and Therapy*, n° 61, octobre 2014.

5) Patrick Panos, John Jackson, Omar Hasan et Angelea Panos, «Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT)», *Research on Social Work Practice*, vol. XXIV, n° 2, 2014.

6) Gabriela Sempértegui, Annemiek Karreman, Arnoud Arntz et Marrie Bekker, «Schema therapy for borderline personality disorder. A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities», *Clinical Psychology Review*, vol. XXXIII, n° 3, avril 2013.

7) David Grand, *La Thérapie brainspotting. Pour vous libérer de vos traumatismes et de vos somatisations*, Guy Trédaniel, 2015.

8) *Ibid.*

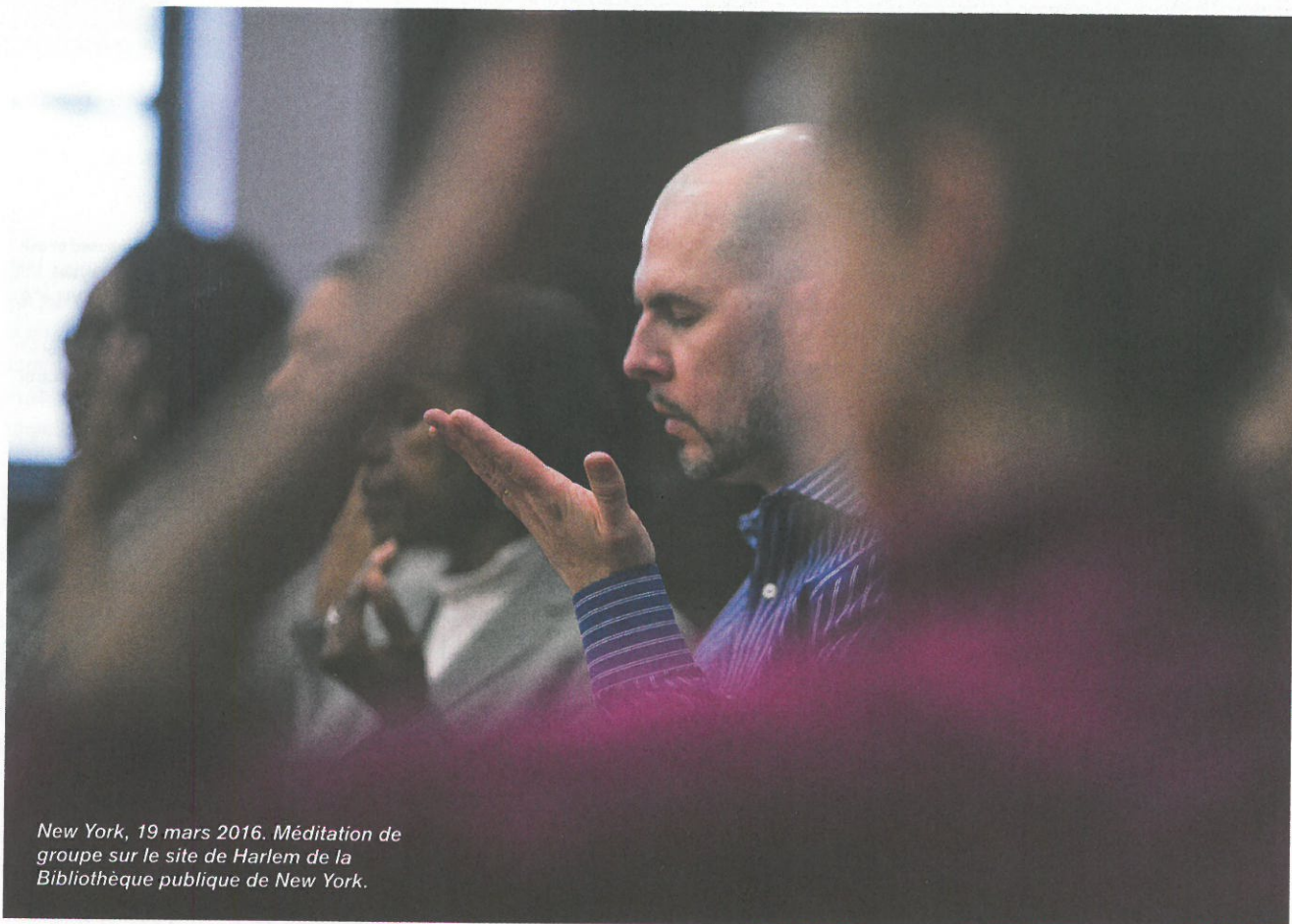
9) Jean-Michel Gurret (dir.), *Le Petit Livre de l'EFT. Techniques de libération émotionnelle*, First, 2016, ou Helena Fone et Jean-Michel Gurret, *Découvrir l'EFT (technique de libération émotionnelle) pour les nuls*, First, 2015.

10) Jean-Michel Gurret (dir.), *op. cit.*

11) M. Clond, «Emotional freedom techniques for anxiety. A systematic review with meta-analysis», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. CCIV, n° 5, mai 2016; Dawson Church *et al.*, «Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques. A randomized controlled trial», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 201, n° 2, février 2013.

12) Jürgen Barth *et al.*, «Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression. A network meta-analysis», *PLoS Med*, vol. X, n° 5, mai 2013.

13) M. Miniati *et al.*, «Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. A systematic review», *Archives of Women's Mental Health*, vol. XVII, n° 44, 2014.



New York, 19 mars 2016. Méditation de groupe sur le site de Harlem de la Bibliothèque publique de New York.

Emon Hassan/The New York Times/Redux/REA

TCC: ce que change la nouvelle vague

Avec les nouvelles thérapies cognitives et comportementales, on ne supprime plus les symptômes, on vit avec. On ne cherche pas la guérison, mais le mieux-être. Et on cherche du sens.

JEAN-LOUIS MONESTES

Professeur de psychologie à l'université Grenoble-Alpes, il a publié, entre autres, *La Thérapie d'acceptation et d'engagement ACT* (avec Matthieu Villatte, Elsevier Masson, 2011) et *Libéré de soi! Se réinventer au fil des jours* (Armand Colin, 2013).

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) se fondent sur une approche scientifique. Puisque, soucieuses de l'évaluation de leur efficacité, elles ont toujours été intimement liées à la recherche, elles sont en perpétuelle évolution. À la suite d'une « 1^{re} vague » comportementale, basée sur les mécanismes d'apprentissage, puis d'une « 2^e vague » incarnée par la « révolution cognitive », la recherche et la pratique clinique en TCC sont entrées, depuis environ le début du 21^e siècle, dans une période de « science extraordinaire » au sens de Thomas Kuhn: c'est-à-dire que les TCC ont suffi-

samment fait la preuve de leur efficacité pour que l'on s'intéresse aux exceptions au modèle, aux anomalies. Ce sont ces exceptions qui ont conduit à la formulation de nouvelles approches en TCC, parfois rassemblées sous le label « 3^e vague »: thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), thérapies de pleine conscience (MBCT et MBSR), thérapie

analytique fonctionnelle (FAP), thérapie dialectique comportementale (DBT), thérapie métacognitive, thérapie centrée sur la compassion, et bien d'autres!

1) Pas besoin de changer les cognitions

Parmi les « anomalies » du modèle des TCC avant l'apparition de la 3^e vague, différentes recherches ont mis en évidence que le travail sur le contenu des cognitions, notamment l'évaluation de leur véracité et leur modification (ce que l'on appelle la restructuration cognitive), n'apportait pas d'amélioration en comparaison d'un travail strictement

centré sur les comportements. Devant de telles découvertes, le statut causal des cognitions et la façon de les appréhender devaient être repensés. La proposition actuelle est que le devenir des pensées (l'augmentation de leur fréquence d'apparition par exemple) et leur capacité à engendrer des émotions difficiles, sont déterminés par ce que l'on cherche à en faire, par les réactions que nous avons en leur présence. Si nous réagissons de façon stéréotypée, en cherchant toujours à nous en débarrasser, nous sommes centrés sur elles et leur accordons une place de choix. Aucune chance alors qu'elles nous laissent tranquilles. De nombreux travaux ont ainsi montré le caractère paradoxal d'une recherche de contrôle des pensées, qui finissent souvent par être encore plus envahissantes! Le travail direct sur le contenu des cognitions au sein des TCC a permis des avancées notables dans la variété des

difficultés prises en charge. Cependant, l'hypothèse est maintenant que ce n'est pas tant le fait de discuter le contenu des cognitions qui permet une diminution des émotions négatives associées. C'est plutôt le fait de se distancier des pensées en les considérant comme un matériel d'étude, quelque chose que l'on peut observer de l'extérieur, qui est déterminant. La proposition de la 3^e vague des TCC est donc de généraliser cette distanciation. On ne cherche plus à discuter le contenu des pensées, mais simplement à prendre connaissance de leur présence (c'est la proposition des approches de pleine conscience, ou *mindfulness*). Ou encore, on cherche à développer une approche «consumentiste» des pensées, c'est-à-dire à ne prendre en considération que celles qui sont utiles pour atteindre les buts fixés (c'est la proposition de la thérapie d'acceptation et d'engagement, l'ACT). Les pensées ne

sont alors plus considérées comme dysfonctionnelles mais comme trop souvent prises au sérieux... La démarche est de les appréhender comme des informations qu'il est possible d'entendre sans les écouter, comme on laisserait allumée une chaîne d'information en continu en ne prêtant attention qu'aux reportages nous intéressant réellement. Le travail des cliniciens est actuellement de créer un grand nombre d'exercices visant ce but (la «défusion»), et de les tester expérimentalement.

2) Les émotions négatives ne sont pas problématiques

Selon la même logique, la proposition des nouvelles approches en TCC est de ne plus considérer les émotions dites négatives (tristesse, peur, anxiété, honte, colère...) comme intrinsèquement nocives, donc de ne plus nécessairement chercher à les faire disparaître. C'est avant tout l'observation de leur très grande fréquence qui a conduit à les envisager comme faisant partie de l'expérience humaine normale. Chaque être humain aura à subir des pertes, des échecs, sera confronté à des problèmes insolubles, à des situations impliquant une part d'inconnu. Chacun d'entre nous aura donc à ressentir la tristesse, la peur, le doute, le découragement, la colère, etc. À l'instar de ce que l'on observe dans le domaine de l'épigénétique (le patrimoine génétique s'exprime différemment en fonction du contexte et rien n'est totalement prédéfini), les émotions ne sont pas intrinsèquement bonnes ou mauvaises pour l'individu, mais ont des répercussions différentes en fonction du contexte psychologique dans lequel elles apparaissent. Ce serait la signification que l'on accorde aux émotions qui serait déterminante. Si l'on pense qu'être anxieux ou triste par exemple est dangereux ou honteux, ces émotions premières peuvent être à l'origine d'encore plus d'anxiété, ou de culpabilité. Les problèmes psychologiques apparaîtraient quand les émotions négatives prennent le pas sur tout le reste et ▶

Au-delà du diagnostic

Comme les TCC dans leur ensemble, les approches thérapeutiques de la 3^e vague se rangent dans le courant de la médecine basée sur les preuves et sont soucieuses d'évaluer leurs démarches. Ce qui est nouveau en revanche, c'est qu'elles incluent dans cette évaluation celle des processus psychologiques supposément mobilisés : on ne cherche plus uniquement à découvrir ce qui fonctionne, on souhaite également savoir pourquoi une démarche thérapeutique est efficace, afin d'en généraliser les éléments actifs et d'abandonner ceux qui seraient moins déterminants. Aussi, les approches de la 3^e vague centrent une part importante de leurs recherches sur les processus psychologiques impliqués dans les troubles. Elles reviennent ainsi à la tradition qui prévalait dans la 1^{re} vague, à savoir de tester expérimentalement, en

laboratoire, les processus psychologiques ciblés en thérapie. À la faveur de ce travail, certains processus ont été observés dans plusieurs troubles psychologiques, comme les ruminations ou l'attention sélective par exemple. D'autres sont supposés présents dans tous les troubles, comme la perte de flexibilité psychologique. Progressivement, des propositions théoriques apparaissent vers une approche transdiagnostique qui dépasserait les catégories diagnostiques actuelles. Un tel abord des difficultés psychologiques conduit à des prises en charge cliniques centrées sur les processus psychologiques, plutôt que sur le contrôle direct des émotions et des cognitions problématiques pour le patient. La route est encore longue pour parvenir à une conceptualisation exhaustive des difficultés psychologiques, mais le travail est déjà bien engagé. ■ J.-L.M.

La théorie des cadres relationnels

À la faveur d'un cadre théorique élargi au langage et à la cognition, l'approche comportementale a apporté des démonstrations expérimentales d'un mécanisme à l'origine des activités proprement humaines comme la déduction, la créativité, le symbolisme. En effet, la théorie des cadres relationnels développée notamment par Steven Hayes, professeur de psychologie à l'université du Nevada (sur laquelle il fonde l'ACT et qui apporte un éclairage sur l'efficacité des approches de pleine conscience) a mis en évidence que l'être humain est capable d'apprendre sans expérience directe, car il est sensible aux relations entre les *stimuli*. Si vous avez déjà subi une tempête, et que je vous informe qu'un cyclone est pire qu'une tempête, vous serez inquiet à l'annonce d'un cyclone, sans jamais l'avoir directement expérimenté. Vous pourrez même commencer à ressentir de la peur simplement en entendant parler d'un cyclone, car les propriétés de l'événement climatique pourraient se

transférer au mot utilisé pour le désigner. Ce mécanisme prenant le pas sur les autres mécanismes d'apprentissage chez l'être humain, il s'ensuit que l'homme interagit avec le sens qu'il donne au monde plutôt qu'avec les *stimuli* de son environnement eux-mêmes. L'attrait pour un aliment peut diminuer si l'on apprend qu'il a voyagé 10 000 km jusqu'à notre assiette ; effectuer une tâche pénible peut devenir encourageant lorsqu'on sait que c'est pour une bonne cause, etc. Ce mécanisme de modification des propriétés des *stimuli* au travers du langage, aussi simple qu'il paraisse, n'avait jamais été démontré expérimentalement. Sa découverte ouvre la porte à un abord rigoureux de la question du sens en psychothérapie. ■ J.-L.M.

À lire

• **Advances in Relational Frame Theory. Research and application**
Simon Dymond et Bryan Roche, Context Press, 2013.

symptômes principaux des troubles psychologiques. Les approches thérapeutiques de la 3^e vague des TCC considèrent que ces événements psychologiques ne sont pas problématiques, mais que les difficultés apparaissent en fonction de la façon dont les émotions et les pensées sont accueillies. Une redéfinition de la notion de « symptôme » est donc proposée. Pour cette 3^e vague, les symptômes à prendre en compte sont la perte de la variété des comportements (la personne étant centrée de manière inflexible sur la recherche de moyens de faire disparaître ses émotions et ses pensées négatives), ainsi que la disparition des comportements qui revêtent une importance aux yeux du patient, qui font sens pour lui.

Les approches thérapeutiques de la 3^e vague jouent le jeu de l'évaluation de leur efficacité en s'appuyant sur les critères qui font actuellement consensus, c'est-à-dire la diminution ou la disparition des symptômes tels que décrits dans les classifications internationales. Pourtant, puisqu'elles définissent différemment les symptômes, la nouveauté est qu'elles mettent l'accent sur l'évolution de la qualité de vie au cours de la thérapie, et sur l'augmentation de la

▶ deviennent permanentes, parce qu'on les considère comme nocives et que l'on cherche à tout prix à ne pas les ressentir. À ce titre, les nouvelles approches en TCC privilégient le développement de l'acceptation des émotions négatives, entendue comme une démarche volontaire pour les laisser libres d'apparaître, en déclarer l'autonomie en quelque sorte, afin de consacrer son temps et son énergie à ce qui peut réellement être modifié dans notre existence.

3) La notion de symptôme redéfinie

Ne plus juger les émotions et les pensées négatives comme problématiques implique un changement radical dans la façon de définir les problèmes psychologiques. Les classifications actuelles considèrent en effet que les émotions et les pensées négatives constituent les



Sergey Nivens/Alamy

variété des comportements en direction de ce qui est important pour le patient. Les résultats obtenus montrent le plus souvent une amélioration nette de la qualité de vie et une augmentation de la variété et de la richesse des activités, sans nécessairement qu'il y ait de modification de la fréquence et de l'intensité des phénomènes habituellement qualifiés de symptômes.

4) La recherche de sens et du mieux-être

Les nouvelles approches en TCC s'orientent également vers une plus grande recherche de sens pour les patients. Il s'agit ici de mener la thérapie vers la définition de ce qui compte pour le patient, de ce qu'il pense important dans son existence, au-delà d'un travail ciblé sur les difficultés qu'il rencontre et qui le conduisent à la thérapie. Aborder le patient dans sa globalité et l'aider à replacer ses difficultés dans ce qui transcende son existence n'était pas conceptualisé jusqu'alors par les TCC. Les détracteurs les caricaturaient comme une approche froide et centrée sur le symptôme, ce qu'elles n'ont jamais été. Il est vrai pourtant que le corpus des TCC ne prévoyait pas de cibler la question du sens, dont l'abord était finalement dépendant de l'expérience et de l'intérêt du thérapeute pour replacer les symptômes dans l'histoire de l'individu, en lien avec ses aspirations profondes.

Ce qui a permis d'inclure la recherche de sens est que l'on dispose maintenant de modèles théoriques et d'arguments issus de la recherche expérimentale pour mieux comprendre le fonctionnement de la cognition et du langage, qui sont à l'origine de notre interprétation du monde et modifient notre évolution en tant qu'espèce (*encadré p. 38*). En fait, fidèle à leur tradition scientifique, les TCC ont avancé avec parcimonie. Elles ne se sont permis d'intervenir que dans les domaines pour lesquels elles disposaient de connaissances fiables. Cela a donné pendant longtemps l'image de thérapies pouvant paraître arides, mais efficaces dans le champ qu'elles

Rappel : les deux premières vagues de TCC



Joseph Wolpe.

Les thérapies comportementales sont développées à partir de la fin des années 1950 par Joseph Wolpe et Isaac Marks, d'abord pour le traitement des phobies. Elles consistent en des techniques de relaxation couplées avec des exercices de visualisation ou d'exposition progressive à l'objet redouté, pour se déconditionner des peurs réflexes et remodeler son comportement.

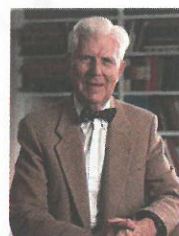


Isaac Marks.

Les thérapies cognitives, dont les pionniers sont Albert Ellis et Aaron Beck dans les années 1970-1980, consistent à identifier, puis atténuer ou restructurer les pensées automatiques qui provoquent ou accompagnent des troubles invalidants au quotidien. Par exemple, la dépression repose sur des croyances et des perceptions du monde irréalistes, qu'il est possible de corriger. ■



Albert Ellis.



Aaron Beck.

JEAN-FRANÇOIS MARMION

s'étaient fixé, en fonction des connaissances rassemblées. À l'inverse, d'autres traditions thérapeutiques font le choix d'une approche plus vaste, touchant à plus de symbolisme et à une forme de spiritualité, mais sans se soucier ni des démonstrations expérimentales de leurs hypothèses, ni de leur efficacité. De fait, ces approches semblent plus proches de l'expérience du sujet, mais elles sont aussi moins rigoureuses.

Au final, ces nouvelles TCC ciblent maintenant ce qui est central aux yeux du patient, ce qui fait sens pour lui, afin de l'aider à retrouver une variabilité comportementale. Avec ces nouveaux outils conceptuels, il est possible de proposer une démarche thérapeutique qui accorde une part importante au développement des actions qui font sens pour le patient, et qui dépassent le cadre strict de la disparition des émotions et des pensées problématiques. L'acceptation, dans ce cadre, est par exemple considérée comme un moyen de dégager de l'énergie pour agir en

direction de ce qui est important aux yeux du patient. Il ne s'agit plus alors d'aller moins mal, mais d'aller mieux, indépendamment de la présence d'une certaine souffrance.

Si les deux premières vagues des TCC tiennent encore le haut du pavé en raison de l'accumulation de preuves de leur efficacité, la richesse des nouvelles propositions, tant clinique que théorique, et les dernières découvertes expérimentales, tendent à changer le paysage des TCC et à ouvrir de nouvelles voies de recherche. La question qu'on peut alors se poser est de savoir si la 3^e vague des TCC, malgré les changements importants qu'elle introduit, fait toujours partie des TCC. La réponse est clairement positive : les TCC ne se définissent pas par une pratique, mais par l'application de principes psychologiques testés expérimentalement, permettant la prédiction et l'influence des comportements. À ce titre, la 3^e vague s'inscrit clairement dans les TCC, et nul doute que cette méthodologie scientifique conduira à de nouvelles avancées. ■