

La thérapie comportementale

Entretien avec Christophe André

Claire Granier, Pierre-Henri Castel

DANS **JOURNAL FRANÇAIS DE PSYCHIATRIE** 2001/1 (N^o12), PAGES 32 À 35
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1260-5999

ISBN 2-86586-797-8

DOI 10.3917/jfp.012.0032

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2001-1-page-32.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La thérapie comportementale

Entretien avec Christophe André

Claire Granier - Pierre-Henri Castel

Claire Granier : Permettez-nous de commencer en vous interrogeant sur le recrutement de vos patients.

Christophe André : Les patients qui viennent nous voir sont le plus souvent ceux qui ont lu dans la presse ce que nous faisons, la presse de proximité, la presse de service. Ils viennent pour les troubles dont parlent ces articles, des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur, qui sont le domaine d'excellence des TC. Chez l'enfant, ce sont les troubles du comportement au sens large. Dans les troubles anxieux j'inclus les phobies, notamment les phobies sociales structurées, le trouble panique, et je mets la dépression dans ceux de l'humeur. Sur le stress post-traumatique, les TC sont très efficaces aussi, mais nous avons moins de demandes parce que cela a été moins médiatisé, et aussi sans doute parce que le différentiel d'efficacité avec d'autres thérapies est moins grand. Je pense aux thérapies pratiquant la catharsis, l'abréaction.

Pierre-Henri Castel : Mais vous pratiquez des thérapies comportementales (TC) ou bien des thérapies cognitivo-comportementales (TCC)¹ ?

C. A. : Il faut savoir qu'en France, ce n'est pas comme dans d'autres pays. Pour des raisons historiques, la plupart des thérapies sont des TCC, cognitivistes donc ; il n'y a pas comme ailleurs des thérapeutes skinneriens qui font du comportemental pur et dur. Et puis nous n'avons pas encore éclaté, comme les psychanalystes, en écoles ; les pratiques sont relativement homogènes.

P.-H. C. : Parmi tous les gens qui viennent vous voir, avez-vous le sentiment qu'une partie de leurs demandes se comprend bien dans un contexte sociologique ou même politique particulier ?

C. A. : Je ne sais pas si je comprends bien votre question, mais enfin, je crois que nous sommes tout

à fait en phase avec ce qui est en train de se passer au niveau de notre société, où les gens qui viennent demander des soins sont beaucoup moins demandeurs qu'autrefois d'un habillage idéologique. Ils sont demandeurs de changements concrets. Il faut voir que les TC sont des thérapies qui rentrent vraiment dans le cadre médical, et elles visent à réduire la souffrance, si possible en ayant compris d'où elle vient, mais avec d'abord le souci d'apporter des solutions. Aussi, dans un premier temps du moins, les gens qui sont venus nous voir n'appartenaient pas aux élites. En France, les élites étaient beaucoup plus attirées par la psychanalyse, avec son accompagnement idéologique beaucoup plus séduisant, et qui était une thérapie qui renforçait le sentiment d'appartenir à l'élite. Aussi ces gens venaient-ils soit de milieux plus populaires, soit de milieux plus pragmatiques. Quand j'ai commencé les TCC, j'avais très peu d'intellectuels, et ils étaient très critiques : « Oui, on est restés à la surface... Ce ne sont que des substitutions de symptômes, etc. » Et puis là, depuis je dirais cinq à dix ans, on sent que ça a « switché », des gens viennent après que d'autres formes de psychothérapie ont échoué, d'autant que l'on assiste à l'effondrement des grands systèmes, religieux, sociologiques, etc. Mais on n'a pas d'études précises sur la question, et ce

*Il faut voir que les TC
sont des thérapies
qui rentrent vraiment
dans le cadre médical,
et elles visent à réduire
la souffrance*

1. De façon schématique, une thérapie rigoureusement comportementale ne fait appel qu'aux conditionnements. Dans la tradition de Skinner, on ne s'intéresse pas aux cognitions, ni donc aux représentations, aux calculs ou aux inférences qui prennent place entre l'*input* et l'*output* (le stimulus et la réponse) ; c'est là une « boîte noire » au contenu impossible à objectiver. Rectifier les cognitions pour modifier les réponses définit la thérapie cognitivo-comportementale.

que je dis là est vraiment subjectif. Mais nous avons eu au début des guerres de religion terribles avec les psychanalystes, qui nous considéraient comme les plus menaçants, les plus suspects idéologiquement. Enfin quelques-uns, les plus intelligents d'entre eux, nous envoyaient des patients, par exemple : « Oui, je vous envoie ce patient qui au fond n'est pas assez "cortiqué" pour faire une analyse » ! Ils pensaient que si les patients n'étaient pas assez intelligents, n'avaient pas de capacités de mentalisation assez élevées, ils pouvaient faire par défaut une TCC, et cette indication par défaut a longtemps prévalu.

P.-H. C. : Dans le milieu analytique, l'un des reproches les plus courants consiste à dire que les TCC sont des psychothérapies qui visent la réadaptation des individus, et qui répondent donc aux demandes explicites formulées par les gens. Qu'en pensez-vous ? Et que faites-vous, par exemple, quand les gens sont pris dans des situations tout à fait tragiques, ou paradoxales, où justement, il n'est pas possible de leur donner ce qu'ils demandent ? Et quand ces demandes, au-delà de ce qu'elles ont d'explicite, concernent la personne, son histoire, voire son passé politique ? Quel rapport au tragique, quand on se situe dans un cadre médical strict ?

C. A. : Je crois qu'il y a deux choses dans ce que soulevez. Il y a d'abord l'aspect réadaptation, rééducation, et je crois qu'effectivement, c'est un des points les plus légitimement discutables des TCC. Mais au fond, les praticiens des TCC se situent dans un cadre médical, et leur but est de remettre l'individu dans le circuit, à sa demande. Mais ce qu'il faut voir, c'est que ce n'est pas seulement ou simplement un inféodation aux idéaux sociaux, c'est aussi une vision de l'homme. Je pense que la liberté, c'est le choix. Par exemple, un phobique social qui ne peut pas aller à un entretien d'embauche, qui ne peut pas regarder les gens dans les yeux, c'est quelqu'un qui n'a pas le choix. Alors je lui redonne ce choix, même si c'est pour qu'il dise, une fois qu'il a eu ce choix : « Eh bien non, c'est une société que je refuse », ou tout ce qu'on veut ; mais tant qu'il ne sera pas passé par la possibilité du choix, ce refus ne pourra pas être un rejet. Moi, je me sens assez en règle avec le souci des gens d'être insérés socialement, parce que, en leur en donnant les moyens, je leur donne aussi les moyens de recuser la société. Ils peuvent très bien se désocialiser avec tout un habillage discursif, etc., qui masque l'absence de choix. Alors maintenant, la deuxième partie de votre question...

P.-H. C. : Oui, c'est une question que des psychanalystes se posent à propos de dépressions que les gens traversent pour des raisons fondamentales, qui font sens.

C. A. : Je vois... mais les choses ne se passent pas tout à fait comme certains analystes prétendent qu'elles se passent. Quand on est devant un patient, on lui demande son avis, on ne se jette pas sur son symptôme comme on se jetterait sur un adversaire au judo. On écoute le patient, et puis on lui dit : « Voilà ce que l'on peut faire, et voilà ce que l'on ne peut pas faire. » Ce qui caractérise les TCC, c'est une relation que l'on veut *égalitaire*. Je demande : « Est-ce que ce que je vous propose a un intérêt pour vous ? » C'est une intervention négociée avec le patient à qui l'on dit ce que l'on peut faire et ce que l'on ne peut pas faire. Ce n'est pas quelque chose qui se fait sous la contrainte, et c'est ce qui nous rend à l'aise avec cette pratique. Évidemment, à quelqu'un dont la personnalité a gravement été mise à mal, on ne propose pas de ranger tous ces bouleversements dans le passé, au contraire, on examine les répercussions qu'ils ont dans sa vie, au quotidien, et on lui demande si, parmi nos stratégies thérapeutiques, certaines lui semblent pouvoir alléger sa souffrance. Et puis ensuite on a une démarche expérimentaliste, on explique que cela a pu aider des gens dans des circonstances similaires ; on fait un bilan au bout de 6 mois, un an, et puis on voit. Ce qu'il ne faut pas oublier quand on critique les TCC, qui sont critiquables comme toutes les thérapies, c'est que les comportementalistes ont fait de grosses erreurs de communication. Ils ont communiqué beaucoup trop sur leurs techniques, qui ne sont ni attirantes ni élaborées, et pas assez sur ce qui fait leur force, à mon avis la qualité de l'alliance, du lien thérapeutique avec le patient. Parce qu'il faut voir ce qu'on leur fait faire ! Quand on traite un phobique en le faisant se confronter à ce qu'il redoute, on le fait marcher sur des braises, avec la souffrance et la trouille que ça inspire. Pourtant les gens le font, et ils s'en trouvent mieux. On a un lien très fort avec eux, qu'on essaie de cadrer en lien thérapeutique ; on leur dit voilà ce que l'on va faire, pourquoi ça va marcher, et voilà ce que l'on fera si ça ne marche pas.

P.-H. C. : Au sujet du lien avec le patient, justement, quelle position prendriez-vous à l'égard de l'idée, essentielle à la psychothérapie depuis le XIX^e siècle, de suggestion ? Et, question subsidiaire, que vous inspire comme réflexion la notion de transfert ?

C. A. : Pour ce qui regarde la suggestion, je suis profondément persuadé que chaque psychothérapie est impure, et que dans le sillage de ces techniques, il y a tout un tas d'autres choses qui se produisent, ne serait-ce qu'à cause de l'attente du résultat. Par exemple, je pense que dans les thérapies psychanalytiques, le conditionnement est très important. Le patient s'aperçoit vite que les interventions de son analyste ne se font jamais au hasard et, rapidement, il comprend sur quoi on peut le faire soupirer, ou réagir. Et je crois aussi que dans les TCC, il y a des phénomènes abréactifs. Des amis analystes à qui je montrais des vidéos sautaient sur leurs chaises en disant : « Mais attends, c'est de l'abréaction, tu ne t'intéresses pas à cela ? » Non, une psychothérapie est multidimensionnelle, on s'attache à des choses précises et limitées, on ne capte pas tout. De même, je ne crois pas que le transfert explique tout. Mais si l'on renonce à la vision bête des TCC comme des thérapies computerisées, où le cerveau est un ordinateur, on s'aperçoit qu'elles s'approchent de la maïeutique socratique. On voit alors surgir la dimension de suggestion, mais en un sens noble.

C. G. : Pourriez-vous donner un exemple ?

C. A. : Prenez par exemple les attributions des patients paniqueurs. Vous avez les phobies des situations et les phobies de sensations, notamment les sensations corporelles. Un patient présente un éveil sympathique. Cet éveil va être l'objet de lectures diverses (« je sais que je vais faire un infarctus »), cette pensée va augmenter les pulsations cardiaques, et la spirale monte. On l'explique au patient et on lui dit : « Voilà, maintenant que vous savez ça, les choses ne peuvent plus se passer comme avant. Pour avoir un trouble panique, il faut ne pas avoir compris ce phénomène. » Alors on lui fait monter les escaliers à toute allure pour déclencher les palpitations, et l'on essaie. Quand les patients vont ensuite prendre le métro, je ne sais ce qui opère : l'intelligence que j'ai mise à les convaincre ou la suggestion ?

P.-H. C. : Est-ce que vos patients vous apprennent quelque chose sur vous-même ?

C. A. : Honnêtement, je pense que c'est plutôt à sens unique, mais enfin, certains patients avec qui on entre dans des rapports interpersonnels pro-

*Leur but est
de remettre
l'individu
dans le circuit,
à sa demande.
Mais
ce qu'il faut
voir,
c'est que ce
n'est pas
seulement
ou simplement
un inféodation
aux idéaux
sociaux,
c'est aussi
une vision
de l'homme*

fonds... Par exemple, je pense que si je suis passionné par les phobies sociales, c'est sans doute parce que cela me renvoie à ma timidité de gamin, des choses aussi grossières que cela. Il y a aussi des choses qui sont subtiles, mais, en tout cas, notre technicité ne nous empêche pas d'être sensible à cet aspect-là, dans la mesure où elle implique d'accepter une certaine réceptivité, une certaine vulnérabilité. Mais bien sûr, la lecture que nous en faisons est moins élaborée que celle des analystes. Encore que... Vous parliez de transfert. Bien sûr, les TCC n'ont pas endossé les théories des psychanalystes à ce sujet. On a déjà tellement de mal avec ce qui est mesurable, objectivable. Mais surtout depuis que l'on a commencé à travailler dans les TCC sur les troubles de la personnalité, on redécouvre ce que l'on avait évité jusqu'à présent. Dans les séances de thérapie se rejouent des choses qui appartiennent à l'histoire du patient, et là, on est bien obligés de commencer à travailler sur ce mécanisme du transfert ! C'est avec nos outils, oui, mais nous sommes tout nouveaux, et l'on redécouvre en fait des phénomènes qu'avaient repérés les psychanalystes, lesquels existent depuis plus longtemps que nous.

P.-H. C. : Comment procédez-vous ? Et selon quelle grille de lecture ?

C. A. : Nous travaillons beaucoup plus dans l'explicite. Par exemple, quand on a l'impression qu'un patient, une personnalité histrionique, cherche à nous séduire, nous accumulons suffisamment de preuves dans ce sens, et on le lui dit, on lui propose d'y travailler dans les séances à venir. Cela paraît naïf, mais c'est aussi une façon de travailler avec le patient.

P.-H. C. : Diriez-vous que, au moins pour les gens de votre génération, depuis que les TCC s'intéressent aux troubles de la personnalité, voire aux *border-lines*, redécouvrant ce que furent les points de départ de la psychanalyse, les conflits avec elle sont moins brutaux ? Par exemple, le fait que le praticien des TCC découvre qu'il fait partie du tableau, ce n'est pas tellement incompatible avec la psychanalyse...

C. A. : Non, les choses évoluent. On en est à la troisième génération. La première, c'était celle de gens comme Cottreaux, et pour eux, c'était dur, il fallait se battre sans arrêt. Et puis il y a la deuxième génération, de gens comme moi, qui ont été élevés par des aînés qui leur ont transmis la méfiance à l'égard de la psychanalyse ; mais je n'ai pas été agressé moi-même. Et puis j'ai des

collègues analystes avec qui j'ai travaillé, et je n'ai pas pensé que c'était une escroquerie intellectuelle, comme on avait pu le dire. Le problème à l'égard des autres écoles, vous savez, c'est que l'on reçoit leurs échecs. Les premières années, je ne recevais que des plantages d'analystes... Mais maintenant, j'ai le réflexe de demander systématiquement à mes patients ce qu'ils ont fait avant, ça m'intéresse.

P.-H. C. : Vous ne le faisiez pas, avant ?

C. A. : Non, pas systématiquement, sauf quand on avait affaire à des choses catastrophiques, voire scandaleuses. Mais il y a aussi des patients qui nous disent : « Voilà, grâce à telle thérapie, j'ai avancé sur tel ou tel point, j'ai fait de grands progrès, mais pas sur celui-là, et c'est pourquoi je viens vous voir. » En fait, je suis persuadé que l'on va tout droit, aujourd'hui, vers une approche séquentielle des psychothérapies. Aucune psychothérapie n'a plus le droit de prétendre (je mets la psychanalyse à part parce qu'elle a d'autres fins que thérapeutiques) résoudre tous les problèmes d'un patient. Nous sommes bien placés pour voir que, dans bien des cas, des approches psychodynamiques ne suffisent pas pour nombre de symptômes, mais un patient peut très bien passer d'un niveau à l'autre. Je vois bien que certains patients ont besoin d'un travail psychodynamique après être passés chez nous.

C. G. : Quand repérez-vous cela, dès la demande de soins ?

C. A. : Oui. Par exemple, les patients qui ont des phobies sociales graves, on les traite comme on fait ici, avec des thérapies de groupe assez intensives. Mais même après qu'ils ont surmonté leur angoisse, réussi à retisser un réseau de socialité, etc., ils viennent nous voir et disent qu'ils se sentent toujours affectés d'un certain malaise, sous le coup de leur éducation, etc. Là, on se rend bien compte que si l'on se contente de bavarder avec eux, on tourne en rond. C'est là une pathologie que, bien sûr, nous ne nous risquons pas à nommer, mais pour laquelle une thérapie psychodynamique serait indiquée. Il n'est pas rare qu'en libérant le patient de ses symptômes, on lui donne la possibilité de se construire lui-même, au-delà. On a aussi le cas inverse, des gens qui viennent de l'analyse, qui ont été apaisés sur le plan émotionnel, qui sont mieux avec eux-mêmes, leur famille, mais qui n'arrivent toujours pas à prendre le métro, et sont à la recherche de quelque chose de plus efficace. En tous cas, le principe de l'approche séquentielle, c'est que chaque thérapeute reste dans un cadre théorique très strict, très défini, très évaluable, et qui peut donc évoluer. Pour que l'on puisse les faire avancer, des techniques comme les nôtres ont besoin d'un cadre relativement pur. Il n'est pas fructueux de mélanger les thérapies.

P.-H. C. : Puisque vous évoquez ce cadre strict et scientifique, je voulais aussi vous interroger sur ce qui est fait en France, du point de vue de la recherche dans les TCC. L'essentiel de la littérature que je connais est anglo-saxonne, et je suis frappé du contexte intellectuel extrêmement riche de ces approches, philosophiques, neurobiologiques, anthropologiques, des choses sophistiquées auxquelles on se réfère, comme la théorie de l'attribution², des hypothèses évolutionnistes raffinées sur les cognitions et les émotions³, etc, ou la sociologie interactionniste. Avant de venir vous voir, je lisais par exemple *Shame*⁴, et je me demandais si c'était le même bouillonnement ici ?

C. A. : Ce qu'il faut savoir, c'est que le comportementalisme français est presque exclusivement

un courant de cliniciens ; il y a très peu de recherches fondamentales, de rares équipes, sauf à Lille, ou encore à Toulouse, mais il existe un courant belge très actif qui se pose des questions épistémologiques.

P.-H. C. : Est-ce un manque, à vos yeux ? À votre avis, un contexte intellectuel plus vaste modifierait les pratiques ? Aux États-Unis par exemple, les TCC s'efforcent de répondre à des besoins sociaux et même politiquement significatifs, la violence familiale, les abus sexuels contre les enfants...

C. A. : Évidemment, il y a un manque, et j'en suis désolé.

P.-H. C. : Mais êtes-vous représentatif de votre milieu de praticiens des TCC, de ce point de vue ?

C. A. : Oui, tout à fait. Je connais en gros tout ce qui se fait, et c'est un avis répandu parmi nous. Les comportementalistes ont un complexe évident et aspirent à enrichir leurs approches avec les apports que vous citez. Ce complexe vient du fait que ce qui est excitant sur le plan « psy », c'est évidemment, en France, la psychanalyse. Comme il y a en France un grand respect pour la recherche, cela aiderait sûrement les comportementalistes à rehausser leur image. Et puis cela aurait aussi une importance pour qu'on ne nous assimile pas à des gens à qui nous ne voulons pas être assimilés. Et c'est vrai que lorsqu'on écrit un livre, les références sont massivement anglo-saxonnes : on va chercher la théorie là où elle se trouve ! Mais, puisque vous parlez de représentativité, il faut savoir qu'il y a aujourd'hui deux sociétés pour les TCC. Ce sont l'AFTCC et l'AFORTEC.

P.-H. C. : Depuis que l'on dispose de tous ces travaux en anglais, si raffinés, votre compréhension des phénomènes auxquels vous avez affaire a été modifiée ?

C. A. : Honnêtement, je crois que pour la plupart des cliniciens, non. Des praticiens qui lisent couramment la littérature anglo-saxonne, il n'y en a pas beaucoup, je dirais, en France, une cinquantaine. Le clinicien moyen se forme aux séminaires de la SFCC, il lit Cottreaux, mais pas tellement la littérature anglo-saxonne, comme d'ailleurs le psychiatre français moyen. Il y a bien sûr le manque de temps, mais c'est aussi un problème lié à la formation universitaire en France : on n'a pas conscience de la nécessité d'une formation continue. D'où le manque de retombées sur les pratiques. Mais les retombées sont également rares pour ceux qui ont le privilège d'avoir accès à ces recherches. Simplement, je suis encore plus conscient que ce que je fais n'agit que sur une partie des variables, et qu'il y a un tas de choses

que je ne maîtrise pas. Globalement, d'ailleurs, il y a eu beaucoup moins de retombées de la recherche fondamentale sur les pratiques cliniques que l'on a voulu le faire croire à un moment donné...

P.-H. C. : Néanmoins, dans un domaine auquel beaucoup d'études ont été consacrées, comme les TCC et la prescription conjointe d'antidépresseurs, il semble qu'il y ait une affinité épistémologique, une intrication étroite en tous cas de deux registres, celui dans lequel vous caractérisez les troubles mentaux et celui dans lequel ils sont définis comme des cibles neurobiologiques. Je pense aux échelles d'évaluation et aux hypothèses neurocognitives formulées pour les antidépresseurs récents. Cela vous paraît-il fécond scientifiquement, ou au contraire, n'est-ce pas plutôt un discours qui exprime ce que l'on voudrait qu'il y ait (emboîter le neurobiologique et le psychologique), mais qui en reste à un certain verbalisme ?

C. A. : Vous parlez des laboratoires ou des comportementalistes ?

P.-H. C. : De leur phraséologie commune.

C. A. : Je ne vois pas vraiment, en fait, qui tient sérieusement un tel discours. Non, je pense plutôt que cela n'a guère de consistance ; on en reste aux balbutiements pour ce qui concerne le lien entre les soubassements neurobiologiques et la psychologie.

C. A. : Je vous posais la question parce que j'ai été frappé d'entendre un neurobiologiste, Patrick Boyer d'une part, se servir de la notion d'action pour décrire des phénomènes d'initiation de l'action, d'amorçage de tâches dans le cerveau et d'autre part exploiter le même registre (de l'action) pour ensuite retrouver des descriptions psychologiques de l'inhibition, de la dépression, en termes explicitement cognitifs⁵.

P.-H. C. : Oui, mais là, c'est beaucoup plus clinique. De toute façon, à mon avis, les neurosciences rejoindront les concepts comportementalistes avant les concepts analytiques. C'est à mes yeux, je crois, une impasse de bien des débats actuels là-dessus. Je suis clinicien et non épistémologue, mais intuitivement, il me semble que c'est clair. Pour revenir à *Shame*, je suis fasciné en tous cas par l'émergence d'une psychopathologie évolutionniste, qui me paraît ouvrir des perspectives psychologiques étonnantes.

P.-H. C. : Mais justement, il existe de violentes réfutations philosophiques et épistémologiques de cette psychologie évolutionniste, et ce qui me frappe, c'est l'imperméa-

2. La théorie de l'attribution étudie notamment les biais cognitifs de l'attribution causale dans la dynamique des croyances. Issue de la psychologie sociale expérimentale, elle a trouvé des applications en psychopathologie. Un exemple fréquemment cité est le suivant : on présente à un patient insomniaque une pilule contenant un placebo inerte en lui expliquant que ce médicament, « extrêmement puissant », va dans un premier temps lui rendre le sommeil encore plus difficile, mais qu'après quelques jours, tout rentrera dans l'ordre. Le patient « attribue » à la pilule ses difficultés d'endormissement, et non plus à lui-même ; il tend du coup à corriger ses anticipations, et l'on observe un retour rapide du sommeil.

3. La question de la valeur adaptative dans l'espèce des réactions individuelles caractérisées comme pathologiques (comme les réactions dépressives) est de plus en plus posée aux États-Unis. On cherche à comprendre les raisons évolutives de certains circuits cérébraux impliqués dans des conduites plus subtiles que le stress, et qui sont des amplifications d'émotions innées. Les variations du taux de sérotonine, par exemple, sont comparées chez les primates et l'homme en fonction de situations éthologiques cruciales pour l'adaptation et la socialisation.

4. *Shame. Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, Paul Gilbert et Bernice Andrews (eds), Oxford University Press, 1998.

5. Patrice Boyer, « Une approche neurobiologique intégrée des états dépressifs », dans *La Dépression est-elle passée de mode ?* Patrice Boyer, Pierre-Henri Castel, Alain Ehrenberg, Pierre Fédida, Frédéric Pellion, Philippe Pignarre, Forum Diderot, PUF, 2000, pp. 10-18.

bilité des auteurs aux références contraires. Dans un livre comme *Shame*, l'incroyable, c'est de voir les articles qui ne sont pas référencés ! Quoi qu'il en soit, à votre avis, quelles grandes difficultés sont aujourd'hui sur la table de travail des comportementalistes ?

C.A. : Le grand obstacle aujourd'hui pour nous, c'est d'être sûrs que les gens font vraiment des TCC. De plus en plus, les TCC attirent des clients, et de plus en plus de gens se disent comportementalistes sans faire de TCC. Ils se contentent d'être directifs, chaleureux, et de donner des conseils. Ensuite, le problème technique majeur, c'est l'observance. Ce que l'on fait en consultation exige que les patients fassent des exercices très régulièrement. On a donc exactement le même problème qu'avec les médicaments.

C. G. : Que pensez-vous de cette résistance ?

C. A. : Le terme approprié n'est pas « résistance », c'est un concept trop compliqué, comme la « névrose ». Non, on l'envisage comme un problème technique, on essaie de réfléchir sur des notions comme celle de « motivations ». On fait une *check-list* : les exercices sont-ils trop difficiles ? Est-ce que je lui ai mal expliqué ? Est-ce un patient dont les processus cognitifs sont tels que... ? Et puis il y a la fatalité : mes thérapies ne peuvent pas guérir ce patient. C'est vrai que l'on travaille peu sur l'envie de guérir des gens.

P.-H. C. : Est-ce qu'il vous paraît stimulant que l'on commence à élaborer des TCC pour les psychoses ?

C. A. : C'est un bouleversement dont on perçoit mal la portée, mais dont on commence à voir les répercussions. L'une des choses qui m'a le plus bouleversé en tant que thérapeute est l'apparition des premières thérapies cognitives des hallucinations. Pour la première fois je lisais quelque chose où l'on décrivait une relation égalitaire avec un psychotique. On ne leur parle pas franchement. En tous cas, j'ai été souvent avec des psychiatres qui traitaient les psychotiques comme des sous-hommes, des handicapés. Dans la TCC des hallucinations, on présente l'hallucination comme un problème : « Je ne sais pas d'où viennent ces voix, ni ce qu'elles sont, mais je vois qu'elles apparaissent quand vous êtes stressé, etc. Vous vous souvenez, vous devez prendre des médicaments, vous êtes mal... Si l'on pouvait trouver un moyen, quand ces voix vous arrivent, de les gérer, d'y faire face, voyons si ça marche... » Mine de rien, parler à un patient psychotique comme ça, c'est une révolution. À mon avis, ce n'est pas non plus un hasard si l'on a en ce moment un débat sur l'annonce du diagnostic au malade. Cela s'inscrit dans un grand mouvement où les psychotiques vont, en tous cas à nos yeux, être reconsidérés comme de vrais partenaires de soins.

P.-H. C. : Le mot « égalitaire » revient plusieurs fois dans vos propos. C'est intéressant, dans la mesure où ces thérapies que vous promouvez sont peut-être liées étroitement à un certain contexte culturel, ou politique. Je parle d'autre chose que de la médiatisation, je fais allusion au fait que l'on a affaire à des « individus ». Y en a-t-il autour de vous qui réfléchissent à l'anthropologie associée aux TCC ?

C. A. : Pas à ma connaissance, et j'aimerais bien savoir effectivement ce qu'il en est. Mais je suis un clinicien, je ne suis pas au courant de ces questions.

P.-H. C. : Pourtant beaucoup d'Américains s'interrogent sur la nature des pathologies qu'ils soi-

gnent, et sur le type de société auquel elles sont liées...

C. A. : Non. Il me semble, et cela se vérifie de plus en plus, que la plupart des pathologies mentales, du moins celles sur lesquelles je travaille, ont une base tempéramentale très importante. Cela montre aussi que le rôle des parents dans l'éducation est différent de ce que l'on imaginait. Il y a bien des choses dont ils ne sont pas responsables. De la même façon, pour ce qui est du rôle déterminant des sociétés dans les maladies mentales, je le récuse. Je pense que pour certaines maladies, les sociétés jouent bien un rôle dans l'extériorisation, mais ce n'est sûrement pas la société qui est responsable ! Quand j'entends, à propos de la phobie sociale, que cette responsabilité est invoquée, c'est vraiment... Donc je reste dans un contexte médical.

P.-H. C. : Vous parliez tout à l'heure des séminaires de formation de votre société. Qu'est-ce qu'on y apprend, combien de temps cela dure-t-il ? Quelles sont les garanties que vous considérez comme nécessaires, et quels sont les prérequis ?

C. A. : L'enseignement de l'AFTCC, qui à mon avis est le meilleur en France, dure 3 ans. Il y a 10 ou 12 séminaires d'une journée par an. La première année, vous avez les fondamentaux, la deuxième, des cas cliniques, et la troisième, vous êtes dans une logique de supervision. Il y a un débat en ce moment : certains disent qu'il faut réserver la formation aux médecins et aux psychologues cliniciens, mais d'autres pensent que des infirmières, par exemple, peuvent, sous contrôle médical, pratiquer des TCC, ce qui est le cas aujourd'hui. À la sortie, l'association retombe sur ses pieds de la façon suivante : arrivent de toute la France à l'AFTCC chaque semaine environ 500 lettres de demande de thérapie, mais les adresses fournies sont celles des médecins et des psychologues, à condition qu'ils assistent chaque année à un congrès ou un séminaire. Ce n'est pas parfait, mais il y a pire. C'est très différent selon les pays. Aux Pays-Bas, où les TCC sont en position d'hégémonie, la formation est beaucoup plus dense, et d'excellent niveau. En revanche, je trouve que ce qui nous manque, à la différence de ce qui se fait aussi dans d'autres pays, c'est un travail sur soi. C'est assez naturel, quand on fait une thérapie, de s'appliquer une grille de lecture, une grille de changement. Je trouverais sympa que chaque étudiant, en troisième année, sous la supervision d'un praticien plus expérimenté, essaie de pratiquer sur lui une modification comportementale,

même bénigne, comme arrêter de fumer, être meilleur orateur en public.

C. G. : Vous avez dit : « Ce serait sympa... »

C. A. : Oui, ce serait logique qu'il fasse l'expérience des difficultés...

P.-H. C. : Cela ressemble-t-il à l'exigence d'une analyse personnelle ?

C. A. : Mais les analystes n'ont pas tout faux ! Moi, je suis un admirateur de Freud clinicien. Beaucoup de concepts psychanalytiques me paraissent valides et passionnants, et je n'ai pas honte d'employer des termes comme « transfert » et « contre-transfert ». La différence, c'est que les psychanalystes existent depuis un siècle, nous depuis 30 ans, et que sur bien des plans, ils sont nos aînés.

P.-H. C. : Est-ce que vous attendriez quelque chose des psychanalystes ?

C. A. : Oui, sans doute un peu plus de respect pour ce qui n'est pas leur pratique et qu'ils se disent qu'au fond les comportementalistes sont des thérapeutes, qu'ils guérissent leurs patients, qu'ils arrivent à des résultats.

P.-H. C. : Et d'ailleurs, des sciences sociales, ou bien aussi du côté du monde médical ?

C. A. : Nous n'avons pas de problèmes du côté du monde médical, au contraire, les collaborations avec les somaticiens et les cardiologues, par exemple, sont faciles. En revanche, pour ce qui est de la sociologie, les chercheurs sont beaucoup plus attirés par la psychanalyse, et j'aimerais bien que davantage se tournent vers nous.

C. G. : Dernière question : comment se passe la fixation du cadre ? Vous indiquez aux patients combien de fois ils viendront ?

C. A. : Oui, dès le départ, on leur explique les principes : pour une thérapie de groupe la durée normale est de 6 mois, le nombre de séances par semaines, etc. Pour atteindre tel objectif, cela devrait prendre tant de temps, et de toutes façons, une fois ce temps écoulé, on fera une évaluation, un questionnaire que l'on fait remplir. C'est contractuel. ■

Le terme approprié n'est pas « résistance », c'est un concept trop compliqué, comme la « névrose »

