

Les nouvelles psychothérapies

Hypnose, EMDR, méditation,
réalité virtuelle...

COMPRENDRE

QU'EST-CE-QUE
LE FANATISME ?

SOCIOLOGIE

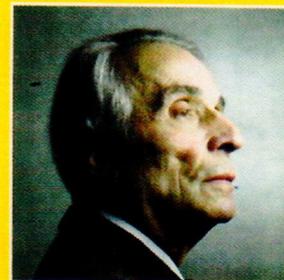
BOURDIEU,
LA SUCESS STORY

PSYCHOLOGIE

MUSCLER
SA VOLONTÉ,
UN LEURRE
SCIENTIFIQUE

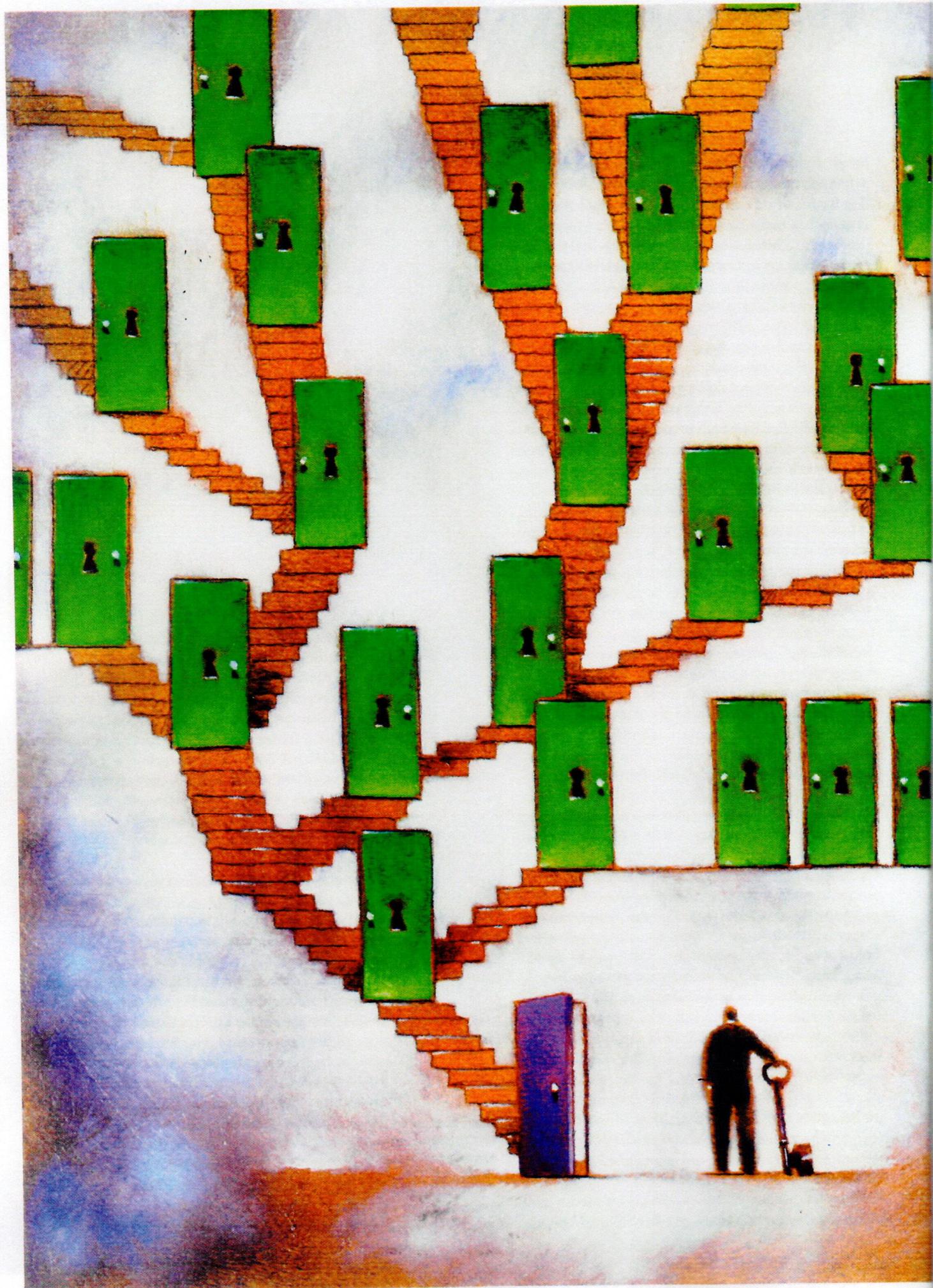
HISTOIRE

ENTRETIEN AVEC
ALAIN CORBIN



« LE SILENCE EST
UNE RICHESSE »





DOSSIER

Les nouvelles psychothérapies

DOSSIER COORDONNÉ PAR JEAN-FRANÇOIS MARMION

Freud n'y reconnaîtrait pas ses petits! Le paysage français des psychothérapies s'est complètement reconfiguré depuis le début du 21^e siècle. La psychanalyse était la référence incontournable, elle est en voie de marginalisation. Les thérapies cognitives et comportementales tentaient de se faire une place, elles sont aujourd'hui bien installées... mais les plus récentes d'entre elles revisitent complètement leurs fondements. L'hypnose faisait rire sous cape, la médecine l'a réhabilitée. L'EMDR était inconnue au bataillon, la voici recommandée par les autorités sanitaires. Les praticiens se revendiquaient d'une chapelle ou d'une autre, ils sont désormais de plus en plus nombreux à se former à des techniques réputées inconciliables, avec pragmatisme. Ce dossier vous propose d'analyser ces lignes de force, en gardant bien à l'esprit qu'en psychologie, rien n'est jamais acquis: d'ici une dizaine d'années, les tendances de 2016 paraîtront peut-être fort archaïques... ■

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.



Amélie Benoit/ESJP



Les thérapies en réalité virtuelle

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

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

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 en individuel 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 insécure 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*.

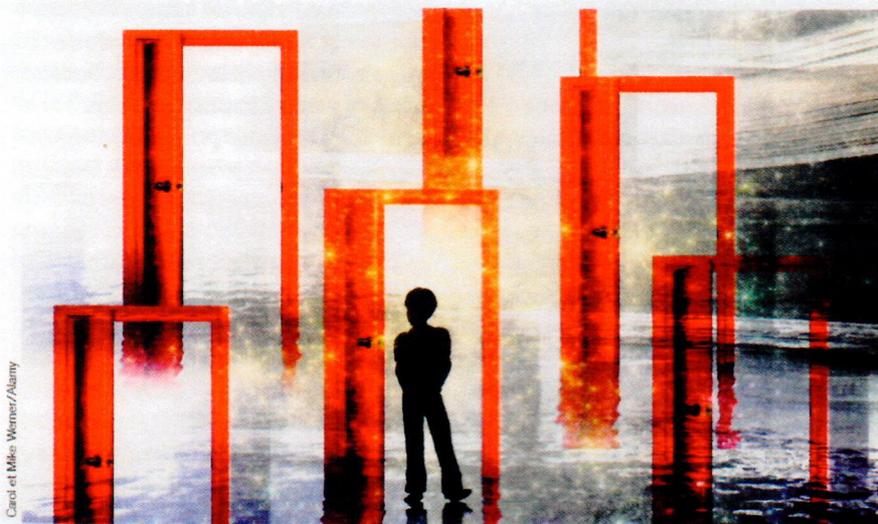
Brainspotting

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.

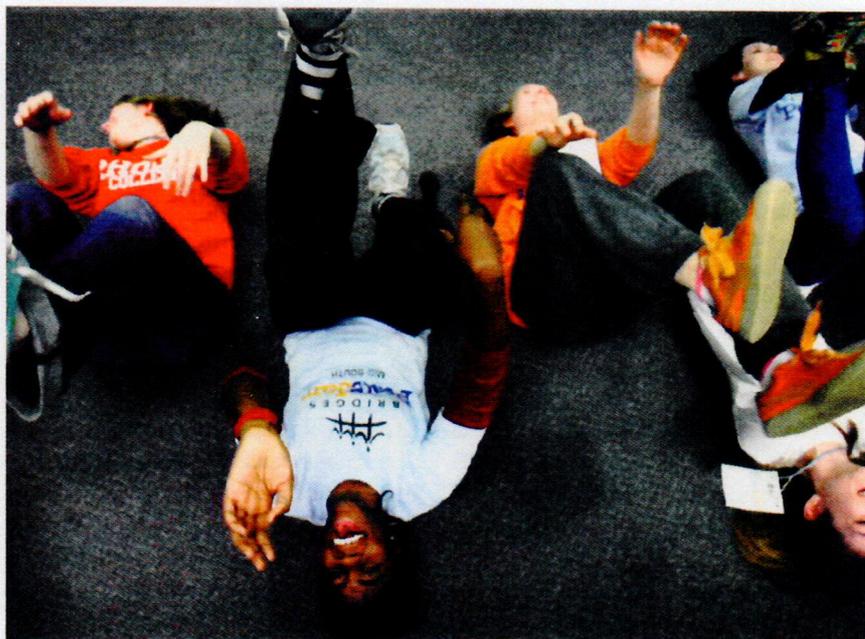
Les thérapies psychocorporelles

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



Card et Mike Werner/Alamy

d'autres techniques, comme la bioé-
nergie d'Alexander Lowen, la thérapie
du cri primal d'Arthur Janov, le mas-
sage 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 thérapeu-
tique. 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 thé-
rapies psychocorporelles associent une
démarche physique à la thérapie verbale.
Ces techniques sont souvent indiquées
pour les troubles psychosomatiques
(migraines, mal de dos, troubles du som-
meil ou de la libido), mais également
pour les troubles de l'humeur, l'anxiété,
le stress ou certaines phobies.



The Commercial Appeal/Zuma/REA

L'haptopsychothérapie

Il s'agit d'une démarche psychothé-
rapeutique qui intègre le toucher. Elle
s'inspire de l'haptonomie, plus connue
pour ses applications auprès des femmes
enceintes et de leur bébé. L'haptopsy-
chothérapeute se sert du toucher dit
« affectif » pour redonner confiance à des
personnes en manque de sécurité affec-
tive. Le contact physique est codifié pour
éviter tout malentendu. L'haptopsycho-
thérapie peut s'adresser aux adolescents
en échec scolaire, aux personnes dépres-
sives, 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

épanouir l'être humain. Son concept
principal est de reconnecter la per-
sonne à sa joie de vivre, afin de sur-
monter les souffrances. Pour cela, le
rire ne doit pas être forcé, mais bien
naturel. Les séances de rigolothéra-
pie 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 com-
parable 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 cou-
rante, 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 stimu-
ler. 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 pour-
raient également déconditionner des
réactions cérébrales automatiques face
à l'adversité. La thérapie se déroule en
quatre phases. Au départ, le patient iden-
tifie un problème à traiter, comme une
situation stressante qu'il vient de vivre.
Puis, il va verbaliser ses ressentis asso-
ciés 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

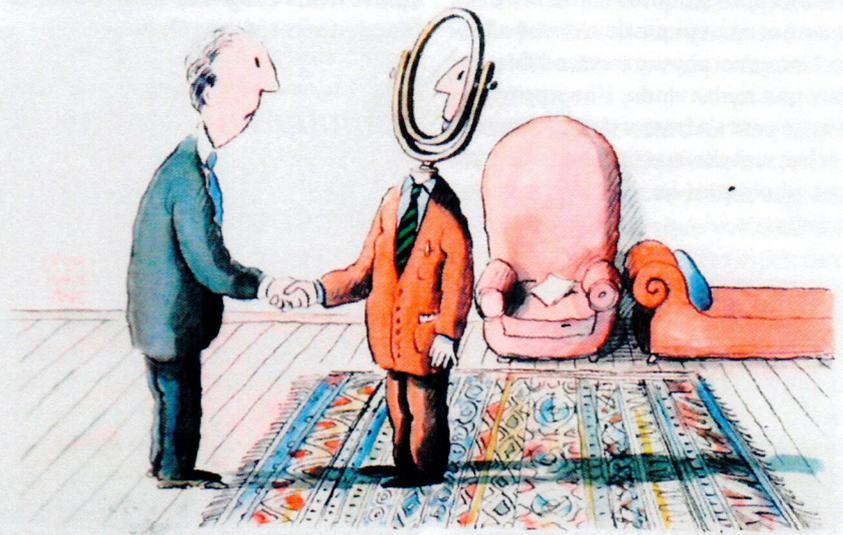
► La psychothérapie interpersonnelle

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

10) Jean-Michel Gurrett (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.