

<http://www.pseudo-sciences.org/IMG/pdf/TCC-Faits-Legendes.pdf>

Faits et légendes des thérapies comportementales et cognitives ¹

Jacques Van Rillaer

Professeur émérite de psychologie
à l'Université de Louvain (Louvain-la-Neuve)
et à l'université St-Louis (Bruxelles)

Faits

- | | |
|--|-------|
| 1. Deux usages du mot « comportement » | p. 2 |
| 2. Deux définitions de la psychologie scientifique | p. 2 |
| 3. Le comportement est toujours en situation | p. 3 |
| 4. Deux définitions des thérapies comportementales | p. 5 |
| 5. Pas de Père-fondateur, pas d'écrits canoniques | p. 7 |
| 6. « TCC » : un nom propice aux malentendus | p. 9 |
| 7. La base commune des associations de TCC | p. 10 |

Légendes

- | | |
|---|-------|
| 1. « Les effets des TCC, s'ils existent, sont transitoires ou superficiels, quand ils ne se révèlent pas nocifs » | p. 14 |
| 2. « Les TCC provoquent des substitutions de symptômes » | p. 15 |
| 3. « Les TCC sont des méthodes cruelles » | p. 16 |
| 4. « Les TCC c'est du conditionnement » | p. 17 |
| 5. « Les TCC déshumanisent » | p. 19 |
| 6. « Les TCC visent à normaliser » | p. 19 |
| 7. « Les TCC réduisent l'homme à son organisme » | p. 20 |
| 8. « Les TCC ne respectent pas la singularité de la personne » | p. 20 |
| 9. « Les TCC rejettent l'Inconscient » | p. 21 |
| 10. « Les TCC ne tiennent pas compte du passé » | p. 22 |
| 11. « Les comportementalistes ne font pas de thérapie personnelle » | p. 23 |
| 12. « Les TCC font le jeu de la société marchande » | p. 23 |
| 13. « Les TCC sont de droite ou d'extrême-droite » | p. 24 |

¹ Texte remanié de la communication présentée au colloque « La psychiatrie et la psychologie fondées sur des preuves », organisé par l'Institut d'Étude de la Cognition de l'*École Normale Supérieure* (Paris) le 6 avril 2013.

Il a été publié notamment sur le site de « Science et pseudo-sciences » :

<<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2105>>

La conférence peut être écoutée sur le site de l'E.N.S. :

<<http://savoirsenmultimedia.ens.fr/expose.php?id=1241>>

Faits

« Assurons-nous bien du fait, avant que de nous inquiéter de la cause.
Il est vrai que cette méthode est bien lente pour la plupart des Gens,
qui courent naturellement à la cause, et passent par-dessus la vérité du fait ;
mais enfin nous éviterons le ridicule d'avoir trouvé la cause de ce qui n'est point. »
Bernard de Fontenelle (1687)¹

Un jour, une secrétaire de mon université me dit, au moment où je passais près d'elle : « J'ai pensé à vous ce week-end. Ma belle-sœur cherche un psychothérapeute. Je lui aurais bien donné votre nom, mais elle a un problème affectif et on m'a dit que vous ne vous occupiez que de comportements ».

Ce fait illustre une erreur liée à l'ambiguïté du mot « comportement ». Certaines personnes s'activent à diffuser cette erreur dans les médias et à en convaincre les décideurs politiques. Elles ont réussi à créer une légende, c'est-à-dire une représentation déformée de faits, qui se trouve accréditée dans l'opinion.

1. Deux usages du mot « comportement »

La secrétaire, de bonne foi, comprenait « comportement » au sens étroit du terme. Ce mot désigne alors une action manifeste, directement observable, qui se distingue des phénomènes psychiques « internes » (les cognitions et les affects). Au sens large, le mot « comportement » désigne toute activité signifiante, directement ou indirectement observable, et il présente trois dimensions : une composante cognitive (perception, souvenir, réflexion, etc.), affective (plaisir, souffrance, indifférence) et motrice (action, expression corporelle). Mis à part les réflexes élémentaires, tout comportement présente ces trois éléments. En ce moment vous percevez et traitez des informations, vous produisez des cognitions (pensées, images mentales, souvenirs) ; vous avez une disposition affective (intérêt, curiosité, satisfaction) ; vous adoptez une attitude corporelle, vous bougez les yeux et peut-être la tête...

On peut parler de « comportement cognitif » ou de « cognition » quand la première composante s'avère prédominante (par exemple quand on lit), de « comportement affectif », de « conduite émotionnelle » ou d'« émotion » si la deuxième dimension est la plus frappante (par exemple lorsqu'on éprouve une forte frayeur), de « comportement moteur » ou d'« action » si la troisième apparaît à l'avant-plan (par exemple quand on fait du sport).

2. Deux définitions de la psychologie scientifique

Depuis les années 1910, beaucoup de psychologues d'orientation scientifique définissent leur discipline comme « la science du comportement ».

Le choix de la notion de « comportement » découle du projet de travailler scientifiquement. L'âme, l'esprit, la volonté, l'inconscient et autres entités mentales ne sont pas des réalités que l'on peut observer et analyser objectivement. Les seuls faits que les psychologues peuvent prendre comme point de départ de leurs constructions — pour éventuellement parler de volonté ou d'inconscient —, ce sont des comportements observables, leurs conditions environnementales et leurs corrélats physiologiques.

¹ *Histoire des oracles*. Rééd., Paris : Cornély, p. 30.

Cette conception de la psychologie, déjà défendue en 1908 par Henri Piéron¹, a été propagée avec force par John Watson, sous le nom de « behaviorisme » ou « comportementalisme ». Ce qu'on appelle « la révolution behavioriste » est le refus a priori d'expliquer des comportements par des entités inobservables — comme l'instinct, le besoin, le refoulement, les complexes —, quitte à en faire un usage très prudent après des observations soigneuses. Si quelqu'un se moque de son conjoint, lui donne une gifle ou l'assassine, le freudien orthodoxe évoquera dans tous ces cas la pulsion d'agression ou de mort, tandis que le behavioriste prendra en compte les situations où se produisent ces actions, les stimuli qui les provoquent. Se contenter des mots « pulsion » ou « désir », c'est raisonner à la manière d'Argan, dans *Le Malade imaginaire* de Molière, lorsqu'il « explique » que l'opium fait dormir « *quia est in eo Virtus dormitiva* ».

Soulignons que Watson ne niait pas l'existence de processus privés. Il proposait seulement à ses collègues de les laisser provisoirement entre parenthèses, faute de pouvoir à son époque les étudier de façon objective. Il terminait son célèbre manifeste en disant : « Quand nos méthodes seront mieux développées, il deviendra possible de se lancer dans des investigations de formes de comportement plus complexes — telles que l'imagination, le jugement, le raisonnement et l'invention. Les problèmes que nous mettons de côté reviendront au premier plan, mais ils seront vus sous un angle nouveau et dans le cadre de dispositifs plus concrets² ».

Définir la psychologie comme « la science du comportement » reste acceptable aujourd'hui, pour autant que l'on entende le mot « comportement » au sens large. Si on utilise ce mot comme synonyme d'action observable, la définition devient « l'étude des comportements et des processus mentaux » ou « l'étude des comportements, des processus cognitifs et affectifs ». En effet, les psychologues d'orientation scientifique n'ont cessé d'étudier des processus cognitifs et affectifs depuis le XIX^e siècle. En 1923, Edward Tolman — un des grands noms du béhaviorisme — montrait la nécessité d'étudier les comportements comme des réponses permettant d'atteindre des buts et menait des expériences sur les « *expectancies* » (attentes, anticipations). Le plus grand nom du behaviorisme, Burrhus Frederik Skinner, a passé beaucoup plus de temps à étudier des « événements privés » qu'à observer des rats et des pigeons dans sa célèbre « boîte à levier³ ». A partir des années 1950 jusqu'à sa mort en 1990, il a consacré l'essentiel de son temps à analyser le comportement verbal, la pensée, la visualisation mentale, le développement de l'attention, le sentiment d'identité, le contrôle de soi, etc.

3. Le comportement est toujours en situation

Dans son best-seller *Pourquoi la psychanalyse ?*, Elisabeth Roudinesco écrit que « le béhaviorisme s'appuie sur l'idée que le comportement humain obéit au principe du stimulus-réponse (SR) ¹ ». Il est exact qu'en 1913 Watson assignait au psychologue la tâche de prédire

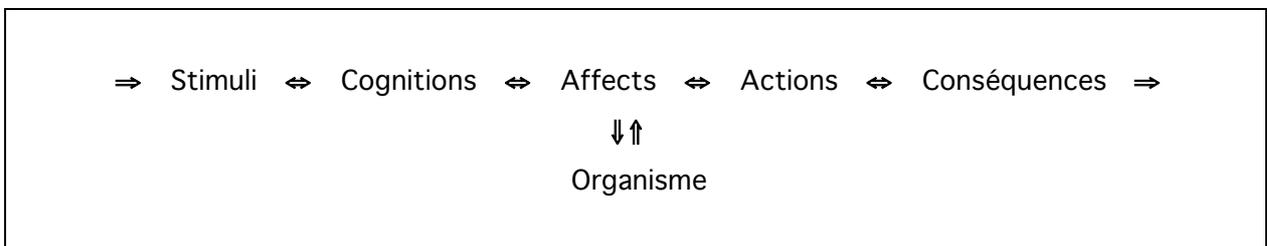
¹ « L'évolution du psychisme et l'étude objective du comportement ». Leçon inaugurale à l'École Pratique des Hautes Études, publiée dans *Revue du Mois* (mars 1908), 291-310. Rééd. in *De l'Actinie à l'Homme*. PUF, 1958, p. 3-22. Piéron déclarait : « Si ces recherches [de la psychologie scientifique] ne portent pas sur la conscience, sur quoi donc porteront-elles qui ne soit pas déjà étudié par la physiologie ? Elles porteront sur l'activité des êtres et leurs rapports sensorimoteurs avec le milieu, sur ce que les Américains appellent *the behavior*, les Allemands *das Verhalten*, les Italiens *il comportamento* et sur ce que nous sommes en droit d'appeler *le comportement* des organismes ».

² Watson, J. B. (1913) Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20 : 158-177.

³ Skinner n'utilisait jamais l'expression « Skinner-box », expression aujourd'hui consacrée. Il regrettait que son nom évoque une cage ou un dispositif technique.

quelles sont les réactions à divers stimuli et, inversement, de préciser, à partir de réactions, quels sont exactement les stimuli qui les déclenchent. Toutefois, dès 1923 Tolman proposait la formule « S₁-R-S₂ », dans laquelle S₂ représente la stimulation recherchée². A la même époque, Robert Woodworth, prenant en compte les facteurs internes de l'« organisme », a proposé l'équation « S-O-R ». Dès les années 1930, Skinner démontrait de façon minutieuse le rôle déterminant, dans l'élaboration du comportement, des conséquences de celui-ci. La formule qui résume ses analyses est « S-R-C ». Depuis trois quart de siècle, les comportementalistes travaillent avec six variables et non plus deux. Le comportement, nous l'avons dit, présente trois composantes. Les déterminants, dont s'occupent les comportementalistes, sont les stimuli suscitant les comportements, l'état de l'organisme³ et les conséquences déjà vécues, observées ou imaginées des comportements.

On peut représenter ces six variables et leurs relations dans le schéma suivant, que l'on appelle parfois « l'équation comportementale »⁴.



Nous avons cité l'erreur de Mme Roudinesco parce que ses erreurs deviennent facilement des légendes. Elle est, en effet, l'avocate de la psychanalyse la plus médiatisée de France. Personne n'a, plus qu'elle, le pouvoir d'exposer, dans *Le Monde*, *Le Monde des Religions*, *L'Express*, *Libération*, *Le Nouvel Observateur*, à *France-Inter* ou sur *Arté*, ce qu'est la psychanalyse et ce qu'il faut penser de la psychologie scientifique⁵. Ceux qui connaissent la psychologie scientifique ne peuvent qu'être stupéfaits ou indignés de la confiance que témoignent les responsables de ces médias à quelqu'un qui ne connaît pas les concepts les plus élémentaires de la psychologie. Je m'en tiendrai à trois exemples qui se trouvent sur une même page (p. 95) de *Pourquoi la psychanalyse ?*

É. Roudinesco écrit : « Le *béhaviorisme* est une variante du *comportementalisme* ». Tout étudiant en psychologie qui a réussi les examens de la première année ou toute personne qui consulte *Le Petit Robert* sait que le terme *comportementalisme* est synonyme de l'anglicisme

¹ Fayard, 1999, p. 95.

² Voir le titre de son principal ouvrage : *Purposive behavior in animals and men*. New York : Century, 1932, 463 p.

³ Le mot « organisme » présente différentes acceptions. Les béhavioristes l'utilisent souvent pour désigner un être vivant envisagé dans son individualité. C'est l'acception utilisée ici par Woodworth. Le mot désigne aussi la dimension corporelle d'un individu. C'est le sens que nous utilisons ici.

⁴ Pour une illustration de l'utilisation de ces variables pour analyser des comportements, voir p.ex. Van Rillaer, J. (2012) *La nouvelle gestion de soi*. Éd. Mardaga, 332 p.

⁵ Pour des détails, voir : Bianco, R. & Freixa i Baqué, E. (2007) Elisabeth Roudinesco ou comment utiliser les médias pour discréditer les opposants à la théorie freudienne. *Cahiers de Psychologie politique*. N° 11. En ligne :

<<http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=622>>

*béaviorisme*¹. Dire que « le *béaviorisme* est une variante du *comportementalisme* » revient à dire que le *skate-bord* est une variante de la *planche à roulette*.

Mme Roudinesco écrit qu'« on classe souvent le béaviorisme dans la psychologie cognitive ». À ma connaissance, elle est le premier auteur à proposer une classification aussi loufoque.

Elle déclare encore que « la psychologie cognitive se veut scientifique en prétendant faire dépendre du cerveau non seulement la production de la pensée, mais l'organisation psychique consciente et inconsciente ». En réalité, les chercheurs en psychologie cognitive s'estiment scientifiques parce qu'ils utilisent la méthode scientifique pour étudier des processus cognitifs. Il ne suffit évidemment pas de dire que la production de la pensée dépend du cerveau pour être scientifique. Des erreurs aussi grossières sur la psychologie scientifique illustrent la totale méconnaissance dont cette discipline est parfois l'objet et la victime de la part des leaders d'opinion dans les médias.

4. Deux définitions des thérapies comportementales

4.1. On peut définir les thérapies comportementales comme des *procédures destinées à résoudre des problèmes psychologiques par l'adoption de comportements déterminés*.

Selon cette définition, une des premières illustrations remonte à environ 3000 ans. Dans *L'Odyssée* (ch. XII), Homère a décrit trois procédures comportementales, que Circé a conseillées à Ulysse pour résister à une tentation qui risquait de lui coûter la vie.

Homère a raconté que tous les navigateurs, qui passaient à proximité des sirènes, se laissaient ensorceler par leurs chants. Ils se trouvaient attirés sur des écueils, faisaient naufrage et se noyaient. Ulysse a traversé ces funestes parages sans y laisser sa vie, ni celle de ses hommes, grâce à trois comportements : il a bouché les oreilles de ses marins avec de la cire ; il s'est fait ligoter au mât du navire ; il a ordonné à ses compagnons de resserrer les cordes qui le maintenaient s'il venait à les supplier, au plus fort de la tentation, de le libérer.

La solution proposée par Circé — l'ancêtre des comportementalistes — n'est pas un discours moralisateur ou une potion magique (en langage moderne : un psychotrope). Elle engage Ulysse à planifier trois stratégies que les comportementalistes recommandent encore aujourd'hui pour gérer des impulsions.

L'occlusion des oreilles permet le « contrôle du stimulus-piège ». Se mettre à l'abri de stimuli tentateurs est une stratégie recommandable, si pas indispensable, durant la période de démantèlement d'une forte dépendance. L'alcoolique ne devrait plus fréquenter ses amis buveurs, le joueur devrait éviter les promenades à proximité du casino. Le courage, à ce stade, c'est éviter ou s'échapper sans tergiverser.

L'auto-attachement au mât est un exemple d'organisation de l'« auto-empêchement d'une action impulsive ». La personne sujette à des achats compulsifs peut décider, avant de se rendre en ville, de ne pas emporter sa carte de banque et de se munir d'une somme qu'elle détermine à un moment où elle a la tête froide.

Enfin, l'ordre de ne pas être libéré durant la traversée, quelles que soient les supplications, est une « procédure d'alerte ». Il est essentiel de planifier, de façon concrète et précise, les réactions que l'on adoptera dans une situation à haut risque, si l'on tient à rester fidèle à ses propres valeurs fondamentales.

¹ *Nouveau Petit Robert* : « Comportementaliste : 1. Behavioriste. 2. Personne qui pratique une thérapie comportementale » (1996, p. 423).

L'épisode des sirènes illustre trois types de problèmes psychologiques dont s'occupent les comportementalistes. Ulysse s'organise pour garder l'emprise sur un enchaînement de conduites qui lui serait fatal : c'est la question de la gestion des impulsions aux conséquences néfastes. Ulysse ne fuit pas une situation problématique, il fait face : c'est le problème de l'affrontement des situations dangereuses, stressantes ou anxiogènes. Ulysse ne s'interdit pas le plaisir, bien au contraire. Il s'organise pour se délecter du chant des sirènes, mais sans subir les terribles conséquences : c'est la question, aussi vitale que les deux premières, de l'engagement réfléchi dans des expériences de plaisir.

4.2. L'expression « Behavior therapy » a été utilisée pour la première fois en 1953 dans un article cosigné par Skinner¹. Elle apparaît pour la première fois dans le titre d'un livre en 1960². Pour les praticiens de la thérapie comportementale, cette expression a d'emblée désigné des *procédures psychothérapeutiques qui s'appuient sur la démarche scientifique*. La spécificité de la thérapie comportementale réside dans le souci de scientificité.

Selon cette définition, un des premiers traitements date de 1924 : l'élimination de phobies chez un garçon de 3 ans, appelé Peter, par Mary Cover Jones (université Columbia), selon une méthodologie mise au point de Watson³.

L'enfant avait peur des lapins et, dans une moindre mesure, des rats et des fourrures. Jones a expérimenté deux stratégies. D'une part, elle a installé Peter sur une chaise haute. Pendant qu'il recevait ses aliments préférés ou jouait agréablement, un lapin était amené dans une cage grillagée à l'autre bout de la pièce. Au début le garçon présentait des signes typiques de peur, mais il s'est habitué progressivement au stimulus anxiogène. Après quelques séances de ce régime, la cage pouvait être rapprochée de Peter sans déclencher de vives réactions. D'autre part, Jones a exploité le pouvoir thérapeutique de l'imitation : elle a invité trois garçons de l'âge de Peter, qui n'avaient pas peur des lapins, à venir jouer devant Peter avec l'animal phobogène.

Jones a établi 17 degrés de tolérance à la présence d'un lapin, allant de « Le lapin suscite la peur où qu'il soit dans la pièce » jusqu'à « Peter, dans son parc avec le lapin, lui laisse grignoter les doigts ». La tolérance de Peter a augmenté selon une progression en dents de scie, lentement mais sûrement. Ainsi, à la 33^e séance, Peter acceptait de tenir le lapin sur les genoux (13^e niveau), mais l'animal l'a légèrement égratigné au moment où il le mettait dans sa cage. A la séance suivante, Peter est tombé au 6^e niveau : il tolérait le lapin dans la pièce sans plus. Ensuite l'enfant est reparti de l'avant. A la 40^e séance, il était arrivé au 15^e niveau : il acceptait de rester avec le lapin dans son parc. Au bout de 45 séances, il atteignait le dernier niveau de la hiérarchie des difficultés. La réaction de peur déclenchée à la vue d'un lapin avait disparu au profit de nouvelles conduites, tout à fait positives : Peter acceptait l'animal dans son parc, il jouait avec lui et le caressait affectueusement. Aucun « symptôme de substitution » — pour parler comme les freudiens — n'est apparu dans les semaines qui ont suivi.

Ce traitement illustre des principes classiques des thérapies comportementales : (a) *L'objectif* est la modification de comportements observables et mesurables. (b) *La méthode* d'analyse et de traitement relève de la psychologie scientifique. Jones observe et expérimente de façon

¹ Lindsley, O. R., Skinner, B. F. & Solomon, H. C. (1953) Study of psychotic behavior, studies in behavior therapy. Status Report 1. Waltham, MA : Metropolitan State Hospital.

² Eysenck, H. (1960) *Behaviour Therapy and the Neuroses*. Pergamon, 467 p. Trad. de l'édition abrégée : *Conditionnement et Névroses*. Paris: Gauthier-Villars, 1962, 414 p.

³ Jones, Mary Cover (1924) A laboratory study of fear : The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31: 308-315. Trad. in Eysenck, H., éd., *Conditionnement et névroses*. Op. cit., p. 48-56.

L'article en anglais est en ligne : < <http://psychclassics.yorku.ca/>>

méthodique ; elle évalue objectivement l'effet des procédures ; elle mesure les progrès réalisés. (c) *Le style du thérapeute* est actif et respectueux de la personne. Jones a programmé des conditions environnementales propices au changement : la confrontation effective avec le stimulus anxiogène situé à des distances variables ; la présence de modèles facilement imitables. Elle a suscité de nouveaux comportements (rester calme, imiter des camarades, s'intéresser, percevoir de nouvelles significations, éprouver d'autres affects), qui ont permis de se libérer d'automatismes handicapants. Elle a respecté le rythme de Peter, à aucun moment elle n'a fait pression sur lui.

5. Pas de Père-fondateur, pas d'écrits canoniques

Dans les années qui ont suivi le traitement de Mary Jones, une série de traitements basés sur les lois de l'apprentissage ont été testés. Hans Eysenck en a publié une trentaine dans son ouvrage de 1960. Il a fallu attendre la fin des années 1950 pour que se développe résolument l'idée de fonder des psychothérapies sur la psychologie scientifique — principalement des lois de l'apprentissage mises en évidence de façon expérimentale. L'idée apparaît au cours la même décennie à Harvard, avec Skinner — qui avait publié une brillante analyse des techniques de contrôle de soi¹ —, en Afrique du Sud, avec Joseph Wolpe — un psychiatre formé au freudisme, qui essayait de travailler scientifiquement —, à Londres, avec Eysenck — un psychologue clinicien, qui s'était rappelé l'enseignement d'un psychiatre freudien, Alexandre Herzberg, au moment où il cherchait à mettre au point des procédures thérapeutiques basées sur la psychologie scientifique.

Signalons en passant que Herzberg s'était établi à Londres pour fuir l'Allemagne nazie. Au début des années 1940, alors qu'il travaillait à l'hôpital universitaire de Londres, il a développé des principes qui sont à la base des thérapies comportementales : observer soigneusement avant d'interpréter ; tenir compte des processus corporels et des influences de l'entourage ; intervenir sur plusieurs variables censées maintenir les troubles.

Sa technique la plus originale était la programmation de tâches spécifiques, de difficulté croissante, permettant de supprimer des comportements et d'en expérimenter de nouveaux. À titre d'exemples : se rendre dans des situations redoutées suivant une progression de la difficulté, ne plus parler de ses troubles aux proches, développer activement de nouvelles sources de satisfactions.

Herzberg adoptait un style actif, voire directif. Il avait constaté que l'incitation du patient à affronter progressivement des situations anxiogènes donnait de bien meilleurs résultats qu'une cure limitée à la parole. Il observait des améliorations satisfaisantes, en moyenne, après une vingtaine de séances.

Herzberg n'a pas connu la notoriété, notamment parce qu'il n'a publié qu'un livre et un article, et cela en période de guerre. Il n'avait pas de statut officiel permettant d'avoir de nombreux élèves ; il est mort prématurément, en 1945².

Lorsque Eysenck, à la fin des années 50, cherchera à élaborer à l'hôpital Maudsley de Londres une psychothérapie fondée sur la psychologie scientifique, il se rappellera avoir assisté à des

¹ *Science and human behavior*. The Macmillan Company, 1953, ch. 15. Trad., *Science et comportement humain*. Paris : In Press, 2005.

² Pour en savoir plus : Herzberg, A. (1941) Short treatment of neuroses by graduated tasks. *British Journal of Medical Psychology*, 19 : 19-36. — *Active Psychotherapy*. London : Research Books, 1945, 152 p. — Eysenck, H. (1997) *Rebel with a Cause. The Autobiography of Hans Eysenck*. Transaction Publishers, p. 132-136. — Van Rillaer, J. (1999) Alexandre Herzberg. Un ancêtre méconnu de la thérapie comportementale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 9 : 62-64.

exposés de Herzberg. Il y trouvera l'inspiration pour un traitement des phobies par confrontations progressives. Cette technique sera appliquée avec succès par deux de ses collaborateurs, Monte Shapiro et Victor Meyer. Eysenck, dans son autobiographie, a réservé une place d'honneur à Herzberg. Il reconnaît que sa conception des thérapies comportementales lui doit beaucoup. Ce psychanalyste a été, sans le savoir, un des artisans des thérapies comportementales. Sans lui, ce mouvement se serait développé moins rapidement.

Parallèlement au courant comportemental de la première mouture s'est développé à partir de 1956 un courant de thérapie cognitive, dont le principal promoteur a été Albert Ellis¹. Docteur en psychologie de l'université Columbia, formé au counseling rogerien puis à l'analyse freudienne, Ellis a modifié sa façon de faire de la psychothérapie après quelques années de pratique décevante. Il dira plus tard, « Freud avait un gêne pour l'inefficacité. Je crois que j'en ai un pour l'efficacité² ». Ellis a trouvé une de ses idées centrales dans la conception stoïcienne des émotions, parfaitement condensée dans la célèbre phrase d'Épictète : « Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements qu'ils s'en font ». Pour Ellis, la psychothérapie consiste surtout à aider le client à analyser les présupposés de ses jugements et à les modifier activement.

Indépendamment de lui, un psychiatre de l'université de Pennsylvanie, Aaron Beck, suivra, quelques années plus tard le même chemin : il délaissera le freudisme, dans lequel il avait été formé, au profit de la « thérapie cognitive³ », une psychothérapie qui vise à analyser le mode de penser et à le modifier activement, en vue de favoriser de nouvelles façons d'agir et de réduire des souffrances affectives.

Ces deux pionniers de la thérapie cognitive constateront rapidement que l'action est essentielle pour changer « en profondeur » la façon de penser. Ellis dénommera sa méthode, quelques années plus tard, la « thérapie comportementale, rationnelle, émotive⁴ », tandis que Beck insistera sur l'importance des « expérimentations comportementales » pour modifier durablement des schémas cognitifs.

Les pionniers des thérapies comportementales n'ont nullement ignoré les émotions (leurs premiers traitements visaient à éliminer des peurs excessives), ni les cognitions (dès 1954, Wolpe utilisait la visualisation mentale pour se préparer à affronter des situations anxiogènes). Toutefois, leur attention était centrée sur les stimuli externes, les actions et leurs effets observables. Dans les années 1970, la thérapie cognitive et le courant des thérapies comportementales ont fusionné. Bon nombre de thérapeutes ont alors adopté l'expression « thérapies cognitivo-comportementale » (TCC). C'est typiquement le cas en France. Au pays de Descartes et de Lacan, l'être humain se définit essentiellement par la pensée⁵. Dans d'autres pays — comme la Hollande et la Belgique néerlandophone — beaucoup de thérapeutes de cette orientation se contentent encore aujourd'hui de l'expression « thérapie comportementale », étant entendu que le mot « comportement » est compris au sens large du terme. Ils utilisent le pluriel lorsqu'ils mettent l'accent sur la diversité des procédures et le singulier quand ils mettent en avant les dénominateurs communs des procédures.

¹ Ellis, A. (1956) Rational Psychotherapy. Paper presented at the session of the American Psychological Association, 13-8-1956. *Journal of General Psychology*, 1958, 59 : 35-49.

² Cité par Epstein, R. (2001) The prince of reason. *Psychology Today*, 34(1), p. 68.

³ Il sera le premier à utiliser cette expression. Ellis utilisait à la fin des années 50 l'expression « thérapie rationnelle », puis « thérapie rationnelle-émotive ».

⁴ Ellis, A. (1993) Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 16 : 257-258.

⁵ Cottraux, J. (1990) "Cogito ergo sum" : Cognitive-behavior therapy in France. *The Behavior Therapist*, sept., p. 189-90.

Contrairement à beaucoup d'autres psychothérapies, les TCC n'ont pas un Père fondateur dont les écrits servent d'arguments quasi définitifs pour la doctrine et la pratique. On parle de freudiens, d'adleriens, de jungiens, de kleinien, de lacaniens, de rogeriens, de bioénergéticiens reichiens, d'hypnotiseurs eriksoniens, mais non de wolpiens, d'eysenckiens ou d'ellisiens. Très peu de comportementalistes lisent aujourd'hui l'œuvre des grands pionniers et, s'ils le font, ce n'est jamais avec le respect religieux des freudiens ou des lacaniens qui lisent des textes sacralisés, commentés à l'infini.

Les praticiens des TCC se situent dans une perspective scientifique. Leurs procédures sont, du moins en principe, *des applications de la psychologie scientifique*, tout comme les procédures médicales sont des applications des sciences biomédicales. Il en résulte une assez large diversité de pratiques et de conceptions théoriques. Les comportementalistes reconnus par les associations officielles ont reçu une base commune d'informations, mais ils sont loin de pratiquer tous de la même façon. La situation est comparable à celle de la médecine : tous les médecins ont acquis un socle de connaissances scientifiques communes, mais ils sont loin de soigner de façon identique. Bon nombre d'entre eux, malgré une formation scientifique, utilisent des procédures non validées scientifiquement.

Notons une caractéristique des associations scientifiques : elles n'excommunient pas les membres dont les opinions divergent du paradigme consensuel. Les différences de conception se règlent par de nouvelles observations contrôlées. On sait qu'il n'en va pas ainsi dans l'histoire des religions et des psychanalyses¹. Dès le début, Freud a exclu de son mouvement ceux qui n'adhéraient pas à sa doctrine. La saga freudienne est une histoire de conflits, de dissidences, d'exclusions et de nouvelles Écoles². En cas de divergences d'opinion, les psychanalystes parlent de « résistances inconscientes » et psychiatrisent les opposants³. Les lacaniens ont ajouté la stratégie, typiquement française, de l'étiquetage politiciste.

6. « TCC » : un nom propice aux malentendus

L'expression « TCC » laisse à désirer. Elle n'indique pas que les TCC se caractérisent avant tout par leur scientificité. Elle met en avant deux variables — le comportement entendu au sens étroit et les cognitions — et passe sous silence trois autres, dont s'occupent en principe les thérapeutes de cette orientation : la dimension affective (ou émotionnelle), des variables physiologiques (notamment l'activation du système nerveux orthosympathique, la respiration, le tonus musculaire, la consommation de substances stimulantes) et les environnements matériels et sociaux où les comportements apparaissent, sont renforcés ou réduits. Difficile

¹ Dans le grand public, mais aussi chez certains psys, le mot « psychanalyse » désigne à peu près n'importe quelle pratique psychothérapeutique ou d'analyse psychologique. Dans un sens plus restreint, il désigne toute conception selon laquelle il y a un Autre à l'intérieur de nous et seuls ceux qui s'appellent psychanalystes sont habilités à le découvrir. Pour les freudiens orthodoxes, « psychanalyse » ne peut désigner que la théorie et la pratique basées sur les textes freudiens, tout le reste n'étant que des conceptions abâtardies ou erronées. Vu la polysémie du mot « psychanalyse », il est préférable d'utiliser des termes comme « freudisme », « lacanisme », « jungisme », etc., que le terme générique. Pour des détails : Van Rillaer, J. (2010) Analyses psychologiques et psychanalyses : un capharnaüm. *Science et pseudo-sciences*, 293 : 4-11.

En ligne : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1538>>

² Voir p.ex.: Roazen, P. (1976) *Freud and his followers*. Knopf. Trad., *La saga freudienne*. PUF, 1986, 474 p.

³ La psychiatrisation a commencé tout de suite avec Adler et Jung. Freud écrit, par exemple à James Putnam : « Après la honteuse défection d'Adler, un penseur doué mais un paranoïaque malfaisant, j'ai maintenant des problèmes avec notre ami Jung, qui apparemment n'a pas surmonté sa névrose » (20-8-1912).

d'évoquer par une expression les différents facteurs que les comportementalistes observent, analysent et proposent à leurs patients de modifier.

Idéalement, les TCC devraient s'appeler « (psycho)thérapies d'orientation scientifique ». Malheureusement, le mot « science » est souvent mal compris : tantôt il fait croire naïvement que l'expert détient la « vérité », tantôt il suscite des résistances chez ceux qui s'imaginent que la démarche scientifique et l'écoute respectueuse sont incompatibles. Tout particulièrement en France, le thérapeute qui utiliserait ce vocable se ferait facilement étiqueter « positiviste » ou « scientiste », en particulier par ceux que Jacques Bouveresse¹ appelle les « littéraires » et qui ont le vent en poupe dans les médias.

Des comportementalistes utilisent aujourd'hui les expressions « psychothérapies validées empiriquement » ou « basées sur des preuves ». Celles-ci ont l'inconvénient de prêter à des discussions infinies car tous les psychothérapeutes invoquent des données « empiriques » et des « preuves » cliniques.

Notons encore que le mot « thérapie » est souvent préféré à celui de « psychothérapie » parce que le préfixe « psycho » évoque l'âme (*psukhê*). Les comportementalistes ne s'occupent pas de l'âme, mais de comportements — c'est-à-dire des actions, des pensées, des émotions —, de l'organisme et de l'environnement physique et social. Rappelons que Freud définissait la psychanalyse comme « une partie de la science de l'âme² » et que c'est par référence à cette entité que certains freudiens, comme Mme Roudinesco, affirment l'impossibilité d'évaluer les effets des cures psychanalytiques : « L'évaluation dite "expérimentale" des résultats thérapeutiques n'a guère de valeur en psychanalyse : elle réduit toujours l'âme à une chose³ ».

7. La base commune des associations de TCC

L'ancrage des TCC dans la psychologie scientifique implique une évolution continue, tant pour les procédures que pour les références théoriques. Ces thérapies ont déjà beaucoup changé au cours de leur courte histoire. Par exemple, des progrès substantiels ont été réalisés dans les années 1980 par l'École d'Oxford, pour le traitement des attaques de panique et des troubles obsessionnels compulsifs⁴. Une avancée décisive s'est produite dans les années 90, avec l'équipe de Steven Hayes (université du Nevada, Reno), pour traiter les émotions, les impulsions et les addictions⁵.

Les thérapeutes adaptent leur pratique en fonction des problèmes qu'ils traitent, de leur expérience personnelle et de leur connaissance des recherches scientifiques. Dans quasi tous les pays occidentaux, on trouve à présent une association professionnelle. Il y a des différences au niveau de la formation, en particulier quant aux critères d'admission et aux prestations requises pour l'obtention du titre de thérapeute cognitivo-comportemental. On peut cependant dégager des principes enseignés dans toutes les associations concernant les

¹ Bouveresse, J. (1999) *Prodiges et vertiges de l'analogie. De l'abus des belles-lettres dans la pensée*. Paris : Raisons d'agir, 158 p.

² « *Ein Stück der Seelenkunde* ». Définition donnée dans un des derniers articles de Freud : *Some elementary lessons in Psychoanalysis* (1938), rééd. in *Gesammelte Werke*, XVIII, p. 142.

³ Roudinesco, É. (1999) *Pourquoi la psychanalyse ?* Fayard, p. 39.

⁴ Clark, D. M. (1986) A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 : 461-470 — Salkovskis, P. M. (1985) Obsessional-compulsive problems : a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25 : 571-583.

⁵ Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999) *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. Guilford, 304 p.

objectifs essentiels, la scientificité et un style d'interaction avec le patient, style qu'on peut qualifier de « pédagogie démocratique ».

7.1. Les objectifs essentiels

Les comportementalistes ont pour principal objectif d'apprendre aux patients comment modifier concrètement, de façon observable et mesurable, des comportements que ceux-ci souhaitent changer.

Les objectifs de changement sont définis au terme d'un dialogue. Le thérapeute aide le patient à formuler des objectifs réalistes et concrets, qui tiennent compte de son bien-être, à moyen et à long terme, et de la qualité de ses relations à autrui. Dans certains cas, le thérapeute limite son aide à une demande explicite bien délimitée (par exemple, pouvoir voyager dans les transports en commun sans angoisse). Dans d'autres, un traitement efficace implique d'élargir sensiblement le ou les objectifs. Ainsi la personne qui veut se libérer de la dépendance à l'alcool ne peut se contenter d'une technique de contrôle des impulsions à boire : elle doit également développer son répertoire d'activités agréables « concurrentes », apprendre des stratégies pour mieux réguler les émotions pénibles et affronter des situations stressantes, etc. *Idéalement*, les apprentissages vont au-delà de problèmes bien circonscrits : ils visent à *améliorer l'habileté à se gérer soi-même*. En définitive, *c'est toujours le patient qui décide des buts à atteindre et du degré d'engagement dans le processus d'apprentissage*.

Lorsqu'une personne, faute de capacités cognitives suffisantes, ne peut choisir par elle-même les objectifs, la question de l'éthique prend une importance particulière. Il importe alors que des instances de contrôle des pratiques puissent vérifier si la dignité et l'intérêt des personnes sont bien respectés.

Lorsque la connaissance de lois du comportement sont utilisées pour modifier des comportements non souhaités par des personnes sans défense, il ne s'agit plus de « thérapie » — qui signifie, conformément à l'étymologie grecque, *soin, cure* — mais de « manipulation ». Notons ici l'importance des associations de patients, de parents de patients et de personnes handicapées. Désormais ces associations battent en brèche des pratiques abusives de professionnels de la santé et de l'éducation. L'internet, qui permet d'échanger très rapidement, est un outil particulièrement efficace. L'exemple des associations de parents dénonçant la vacuité ou la cruauté de traitements psychanalytiques d'enfants autistes est sans doute le meilleur exemple¹. Les réseaux sociaux constituent une forme de démocratisation, mais ne sont pas à l'abri d'errements, comme l'illustrent des sites qui recommandent avec un zèle malencontreux l'usage de la Ritaline pour les enfants qualifiés d'hyperactifs².

7.2. Le souci de scientificité

Le souci de scientificité procède avant tout du désir d'être le plus efficace possible dans l'aide apportée aux personnes en souffrance. Tout comme la médecine moderne a pu trouver, grâce à l'utilisation de la méthode scientifique, des remèdes efficaces pour un grand nombre de maladies (en un siècle, elle a fait passer l'espérance de vie de 45 à 80 ans), ainsi la psychologie moderne parvient, grâce à des recherches scientifiques, à traiter une série de troubles psychologiques graves : agoraphobie, crises de panique, trouble obsessionnel-

¹ Cf. les associations de parents d'autistes dénonçant la méthode de la « pataugeoire » ou du « packing ». Voir : Rivière, J. (2012) Des psychomotriciens dans le *packing* et la « pataugeoire-thérapie ». *Science et pseudo-sciences*, 300 : 47-49.

En ligne : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1882>

² Pour une analyse des bienfaits et méfaits des collectifs, voir : Borch-Jacobsen, M. (2013) *La Fabrique des folies*. Auxerre : Éd. Sciences Humaines, p. 323-337.

compulsif, dépression sévère, addictions, etc. Certes l'utilisation de la méthodologie scientifique ne produit pas toujours des connaissances correctes — les scientifiques évitent d'ailleurs d'utiliser le mot « vérité », dont usent et abusent les théologiens et les psychanalystes —, mais elle apporte tout de même un ensemble de connaissances qui ont plus de chances d'être valides et efficaces que celles qui reposent seulement sur l'intuition clinique, la spéculation ou l'argument d'autorité.

La grande majorité des praticiens des TCC ne travaillent pas dans les conditions d'un chercheur de laboratoire, qui examine des variables contrôlées de façon rigoureuse. Ils font inévitablement des extrapolations et des interprétations, qui laissent une large place à la subjectivité. Néanmoins, leur souci de scientificité opère, en principe, à quatre niveaux.

- Ils *se basent sur un corpus de recherches solides*, principalement des expériences sur l'apprentissage, mais aussi des études sur les processus cognitifs, affectifs, psychophysiologiques et sociaux. Cet ensemble de connaissances évolue et devient de plus en plus vaste au fil du temps.

- Au cours de leurs interventions, les praticiens adoptent *une attitude qui s'apparente à celle d'un chercheur scientifique* : ils rassemblent des observations avec soin, ils considèrent leurs analyses et interprétations comme des hypothèses de travail, ils proposent aux patients d'effectuer des observations systématiques pour confirmer ou *réfuter* les hypothèses, ils changent les hypothèses quand les faits les contredisent. Ils s'abstiennent de recourir à des hypothèses *ad hoc* pour sauver à tout prix leur théorie.

- Sachant que *leurs propres comportements* sont fonction de plusieurs variables, les thérapeutes s'efforcent de les observer et de les modifier quand c'est souhaitable. Ils analysent notamment *les interactions subtiles* qui orientent le déroulement des psychothérapies¹.

- *Les comportementalistes vérifient méthodiquement les effets de leurs pratiques*. Ils comparent l'évolution de patients de même type, traités par des méthodes différentes, pour découvrir les ingrédients thérapeutiques les plus efficaces et ceux qui sont inutiles. Ils essaient de préciser non seulement les procédures efficaces pour la moyenne des patients, mais encore celles qui fonctionnent le mieux pour tel type de personnes (par exemple les techniques basées sur la visualisation mentale conviennent mieux à certains qu'à d'autres). Ils remettent en question leurs hypothèses de travail quand les résultats sont insatisfaisants, plutôt que d'invoquer sans cesse les « résistances inconscientes » des patients. Les études méthodiques sur les effets sont le travail d'équipes universitaires. Le praticien isolé ne peut faire des recherches bien contrôlées, mais il est de son devoir de se tenir au courant de publications qui en font état.

7.3. Le style du thérapeute :

respect, collaboration, transparence, incitation à l'action

Le thérapeute comportementaliste n'est pas un gourou. Il agit comme *un pédagogue respectueux* de l'élève, soucieux de le faire accéder rapidement à davantage d'autonomie. Il évite que s'établisse une relation caractérisée par l'obéissance à l'autorité ou par l'amour. Il s'efforce d'instaurer une ambiance de travail, sereine et sympathique.

Il explicite en toute clarté les principes, les objectifs, les méthodes, les contrats, les critères d'évaluation, les résultats. Il propose éventuellement des lectures qui permettent au patient

¹ Voir p. ex. Rosenfarb, I. (1992) A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42 : p. 341-354. — Cungi, C. (2006) *L'alliance thérapeutique* (+ DVD) Retz, 286 p.

de bien comprendre les processus, qui le perturbent, et la logique du traitement. Il s'abstient d'utiliser un jargon incompréhensible visant à impressionner ou à masquer son manque d'efficacité.

Le patient qui veut se libérer de réactions bien ancrées (des pensées anxieuses, des compulsions, etc.) ne peut pas se contenter de parler et de recevoir des interprétations pendant une ou deux heures par semaine. Il doit effectuer, dans la vie quotidienne, des « *tâches thérapeutiques* », c'est-à-dire des observations méthodiques et des essais de nouveaux comportements. Les TCC ne sont pas de la magie, mais des procédures d'apprentissage qui, *comme beaucoup d'autres apprentissages*, demandent des efforts bien ciblés.

Légendes

« Chez la plupart des hommes,
l'incroyance en une chose est fondée sur la croyance aveugle en une autre¹ »
Georg Christoph Lichtenberg (1779)

Les légendes visant à discréditer les TCC sont diffusées principalement par des analystes lacaniens qui ne sont ni psychiatres, ni psychologues. Les deux dénigreur les plus médiatisés de France sont une historienne, Elisabeth Roudinesco², directrice de recherches à l'université de Paris VII, et un philosophe-psychanalyste, Jacques-Alain Miller, gendre et légataire de Lacan, directeur du département de psychanalyse de l'université Paris VIII et porte-parole d'un bon nombre de lacaniens³. Ni l'une ni l'autre ne s'occupent de traiter des troubles mentaux. Signalons que la première citée est aussi à l'origine de nombreuses légendes freudiennes. A titre d'exemples : « le concept de *transfert* est une invention de Ferenczi » ; « aux Etats-Unis, après le passage de Freud en 1909, la psychanalyse a remplacé la psychiatrie et la psychologie » ; « les nazis regardaient Freud comme leur plus grand ennemi » ; « les médecines parallèles se sont développées depuis la négation de la force du freudisme⁴ ». C'est ce genre d'affirmations qui a fait dire à André Green, ancien directeur de l'Institut de Psychanalyse de Paris : « Roudinesco se dit historienne et psychanalyste. Je crains qu'elle ne soit pas plus psychanalyste qu'historienne⁵ ». Insistons sur le fait qu'elle est le principal leader d'opinion en matière de psychanalyse pour le grand public français.

Nous passons maintenant en revue treize légendes visant les TCC.

¹ *Aphorismes*, 3^e cahier. Trad., Les presses d'aujourd'hui, 1980, p. 53.

² Mme Roudinesco cultive l'ambiguïté quant à sa pratique de la psychanalyse. Tantôt elle se présente comme psychanalyste, tantôt simplement comme historienne. Dans *Pourquoi tant de haine ?*, elle précise qu'elle « ne fait partie d'aucune association psychanalytique » (Navarin, 2005, p. 30).

³ A la suite de la dissolution par Lacan de sa propre École, en 1980, se sont constituées un nombre impressionnant de chapelles lacaniennes. Miller est le président de l'École de la Cause freudienne (ECP), de l'Association mondiale de psychanalyse (AMP) et de l'Université Populaire Jacques Lacan.

⁴ Pour les références et la remise en question de ces légendes et de bien d'autres, voir via Google mon texte : « Les vingt nouvelles légendes freudiennes de Mme Roudinesco ». Cf. par exemple ce site : <http://scepticismescientifique.blogspot.be/2010/05/les-vingt-nouvelles-legendes.html>

⁵ Le père omnipotent. *Magazine littéraire*, 1993, n° 315, p. 22.

Légende 1. « Les effets des TCC, s'ils existent, sont transitoires ou superficiels, quand ils ne se révèlent pas nocifs¹ ».

Cette affirmation de J.-A. Miller ne s'accompagne pas d'une seule référence à des recherches méthodiques. Il en existe cependant, notamment celles que l'on trouve en abondance dans le célèbre rapport de l'INSERM paru en février 2004².

Bien évidemment, les TCC ne traitent pas tout avec un égal succès. Comme en médecine, certains troubles se traitent aujourd'hui bien et facilement, d'autres pas encore ou peut-être jamais. Par exemple, le traitement d'une phobie d'animaux inoffensifs se fait généralement en quelques heures, sans rechute, bien au contraire ; celui d'un trouble obsessionnel, se réalise en quelques mois et s'accompagne souvent de rechutes ; celui d'une toxicomanie bien ancrée est long, difficile et s'accompagne quasi toujours de rechutes. Les personnalités typiquement antisociales et paranoïaques ne changent quasi pas.

En parlant des effets des TCC, Miller voit la paille dans l'œil des comportementalistes, mais non la poutre qui est dans la sienne. En effet, les résultats des cures freudiennes sont pour le moins décevantes dès qu'il s'agit de troubles sérieux. Il ne faut même pas consulter le rapport de l'INSERM pour s'en convaincre. Il suffit de lire attentivement la correspondance de Freud. On lit par exemple dans une lettre qu'il écrit à Ludwig Binswanger le 8 mai 1911 : « Devinez pourquoi on appelle les patients des nègres dans le jargon analytique ». Il donnait la réponse le 28 mai : « Les nègres proviennent d'une vieille blague courante chez nous ; on appelle la cure psychanalytique "un blanchiment de nègre". Je me console souvent en me disant que si nous sommes si peu performants au niveau thérapeutique, nous apprenons au moins pourquoi on ne peut l'être davantage ». L'éditeur des lettres Freud-Binswanger, le psychanalyste allemand Gerhard Fichtner, précise, en note, que cette comparaison signifie « l'inutilité patente de la psychanalyse, le "travail des Danaïdes" psychothérapeutiques³ ».

Autre exemple d'aveu de Freud, une dizaine d'années plus tard, dans une lettre à Weiss qui se plaignait de ses échecs thérapeutiques : « Malheureusement, seuls peu de malades sont dignes des efforts que nous leur consacrons, si bien que notre position ne doit pas être thérapeutique, mais que nous devons nous estimer heureux d'avoir dans chaque cas appris quelque chose » (11-2-1922). Même constat de Jung, qui écrivait à Freud comment il avait défendu la psychanalyse face à des contradicteurs : « J'ai considéré comme plus prudent de ne pas m'appuyer trop sur le succès thérapeutique, sinon on aura vite rassemblé un matériel apte à y montrer que le résultat thérapeutique est très mauvais, ce qui ferait du mal à la théorie également » (4-12-1906).

Ces aveux n'empêchent nullement Roudinesco de déclarer : « La psychanalyse peut traiter les phobies, les TOC, la perte de l'estime de soi, etc. bien mieux que les TCC. Pour cela, il faut proposer des cures courtes (six mois) et actives, comme les pratiquait Freud lui-même⁴ ».

On s'étonne que l'historienne de la psychanalyse ne soit pas informée de l'extrême longueur des cures freudiennes⁵ et des déclarations de Freud lui-même à ce sujet, par exemple à la fin de sa vie : « Le traitement d'une névrose d'une certaine gravité s'étend facilement sur

¹ Miller, J.-A. (2004) Une auto-évaluation par le patient lui-même. *L'Express*, 23-2-2004.

² Inserm (2004) *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Paris : Éditions de l'Inserm, 568 p.

³ Sic, Éd. Calmann-Lévy, 1995, p. 135.

⁴ La révolution de l'intime. *Le Nouvel Observateur*, 1^{er} avril 2010, p. 32.

⁵ Cf. Borch-Jacobsen, M. (2011) *Les patients de Freud*. Ed. Sciences Humaines, 224 p.

plusieurs années » et « dans bien des cas, nous avons toute raison de reprendre une analyse après de nombreuses années¹ ».

Mme Roudinesco n'étant pas à une incohérence près, elle déclare à la télévision belge en mars 2013 : « Tout est efficace et rien ne l'est dans le domaine du psychisme. Vous faites une partie de golf, vous faites une analyse, vous faites tout ceci, du moment que vous vous occupez de vous ça va mieux² ».

Légende 2. « La substitution des symptômes »³

Bon nombre d'analystes reconnaissent que les TCC permettent de changer des comportements, mais s'empressent d'ajouter que les changements sont superficiels, voire dangereux, parce qu'ils risquent de produire de nouveaux symptômes. C'est sans doute l'objection la plus fréquente, formulée dès l'apparition des TCC.

Freud a bâti sa théorie sur un modèle médical : comme les signes visibles de la tuberculose sont causés par un bacille caché à l'intérieur du corps, ainsi les troubles psychologiques seraient causés par des souvenirs d'événements ou de fantasmes cachés dans l'Inconscient. Une métaphore qui accompagne et renforce ce schéma, tout au long de l'œuvre freudienne, est celle de la machine à vapeur, une invention qui a profondément marqué les hommes du XIX^e siècle. Freud comparait l'appareil psychique à une marmite (« *Kessel* ») remplie de l'énergie émanant des pulsions⁴. Pour lui, les troubles mentaux sont en quelque sorte de la vapeur qui s'échappe par une soupape. Modifier un comportement, sans réduire la tension à l'intérieur du système, c'est boucher une soupape, c'est augmenter la tension intérieure et provoquer illico l'émergence de « symptômes de substitution », de la vapeur qui sort par un autre trou. Aujourd'hui encore, la majorité des freudiens adhèrent au modèle marmiteen.

La réponse à la question de la substitution automatique de symptômes relève essentiellement de recherches empiriques. Oui ou non, le fait d'apprendre à quelqu'un comment réduire un trouble en produit-il un autre ? Dans le cas des phobies, on observe tout au contraire un « effet boule de neige positif ». L'agoraphobe qui n'osait plus sortir de chez lui, qui déprimait et qui calmait son angoisse et son découragement par l'alcool ou des tranquillisants, découvre une autre vie et restaure l'estime de soi lorsqu'il parvient à nouveau à circuler sans faire d'attaque de panique. Pour d'autres troubles, la réalité est plus complexe. Chercher à supprimer une addiction, sans tenir compte de ses fonctions (l'obtention de plaisir et surtout la réduction de déplaisir) et de son contexte (matériel, relationnel, social), expose à des rechutes ou à d'autres formes de difficultés. Les comportementalistes l'ont compris depuis longtemps et agissent en conséquences.

Soulignons que Freud, à l'époque de sa pleine maturité, écrivait que sa thérapie n'est pas une « thérapie causale », mais se situe « à un niveau intermédiaire » : certes, elle ne s'attaque pas aux symptômes, dit-il, mais elle ne peut cependant pas changer les véritables causes des névroses, à savoir « les prédispositions pulsionnelles⁵ ». Il précisait que seule une action

¹ *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse* (1933). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, XIX, p. 241.

² Emission diffusée les 17 et 23 mars 2013 (Centre Laïque de l'Audiovisuel - La Pensée et les hommes) : voir à 3m25 : http://www.clav.be/prod_entretienroudinesco.html
http://www.rtbf.be/video/detail_en-quete-de-sens?id=1807756&pname=en-quete-de-sens

³ Pour une discussion approfondie de cette objection, voir : Van Rillaer, J. (2004) Une légende moderne : «Les comportementalistes ne traitent que des symptômes». *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*. 14 (1) : 3-7.

⁴ *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse* (1933). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, XIX, p. 156.

⁵ *Leçons d'introduction à la psychanalyse* (1917). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, XIV, p. 452.

chimique sur la libido serait une véritable thérapie causale ! Plus tard, il dira aussi : « En règle générale, notre thérapie est forcée de se contenter d'amener plus vite, plus sûrement, avec moins de dépense, la bonne issue qui, dans des circonstances favorables, se serait produite spontanément¹ ».

Le problème de la substitution des symptômes ne se pose guère pour les cures freudiennes et lacaniennes : on n'y travaille pas sur les symptômes ; les symptômes demeurent ; on les dédaigne ou on les assume, comme l'illustre le cas de Pierre Rey, ancien rédacteur en chef de *Marie-Claire*. Rey avait consulté Lacan pour des phobies sociales. Au terme de dix années de séances quotidiennes d'analyse (des séances, il est vrai, très courtes, voire minuscules), il constate que ses phobies n'ont pas disparu : « L'avouer aujourd'hui me fait sourire : je suis toujours aussi phobique. Mais, entre-temps, j'ai négocié avec mes phobies. Ou je ne me mets plus en position d'avoir à les éprouver, ou, le dussé-je, les considérant comme *l'accident d'un temps vide*, je les subis avec la résignation ennuyée qu'appellent les fatalités extérieures² ». Freud concluait son premier livre par ces mots : « Beaucoup est acquis si nous réussissons à transformer la misère hystérique en malheur commun³ ». A la fin de sa carrière, il ne pouvait offrir plus.

Légende 3. « Les TCC sont des méthodes cruelles »

J.-A. Miller écrit dans *L'Express* : « Les thérapies cognitivo-comportementales sont des méthodes cruelles qui passent par l'exposition du sujet au trauma lui-même — par exemple en mettant un patient phobique des cafards devant des cafards. La première fois, il hurle, la deuxième fois un peu moins et, au bout de quelque temps, on considérera qu'il est guéri !⁴ ».

Dans *Le Monde*, É. Roudinesco affirme que « les comportementalistes prétendent guérir des phobies en trois semaines *en obligeant* un patient qui redoute les araignées à plonger sa main dans un bocal rempli d'inoffensives mygales⁵ » (je souligne)

En juillet 2008, Miller, dans une lettre ouverte à Mme Sarkozy sur Agoravox « Sauvons la clinique », entonne le même refrain : « A ceux qui l'ignorent encore, les TCC, ce sont des thérapies qui ont pour curieuse particularité de s'attaquer aux problèmes du patient par des exercices pratiques : vous avez peur de l'araignée ? On va vous soigner en vous *forçant* à toucher une araignée⁶ » (je souligne).

Bien entendu, ces auteurs ne donnent aucune référence de publications comportementalistes qui expliquent que c'est bien ainsi qu'il faut faire. Rappelons d'abord que le traitement comportemental *princeps* de phobies d'animaux — celui de Mary Jones — comportait une hiérarchie de 17 étapes de difficulté. Précisons ensuite que tout futur comportementaliste, qui se forme dans une association reconnue, est informé, dès le début de la formation, sur le processus de « sensibilisation », l'inverse de l'« habituation » et de l'« extinction ». Une phobie s'intensifie lorsqu'on est brutalement mis en présence de ce qui lui fait peur ! Le comportementaliste qui procéderait selon la technique « Miller-Roudinesco » non seulement manquerait d'un respect élémentaire pour son patient, mais provoquerait très précisément l'effet inverse de celui qu'il recherche !⁷

¹ *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, XVII, p. 269.

² Rey, P. (1989) *Une saison chez Lacan*. Laffont, p. 77 (c'est Rey qui souligne).

³ *Études sur l'hystérie* (1895) *Œuvres complètes*. PUF, 2009, II, p. 332.

⁴ *L'Express* du 23-02-2004.

⁵ La fin d'une évaluation. *Le Monde*, 14.2.2005.

⁶ <http://www.agoravox.fr/actualites/sante/article/carla-bruni-sarkozy-pourra-signer-42202>

⁷ Actuellement, le meilleur ouvrage grand public sur la TCC des phobies est, à ma connaissance, celui de Christophe André (2004) *Psychologie de la peur. Craintes, angoisses*

Il n'est pas impossible que quelque part un nommé « comportementaliste » agisse comme l'imaginent Miller et Roudinesco. Le titre de « comportementaliste » n'étant pas plus légal que celui de psychanalyste, graphologue ou astrologue, n'importe qui peut l'utiliser pour faire n'importe quoi.

Aux États-Unis, où les comportementalistes ont le vent en poupe, il est malheureusement courant que des thérapeutes se présentent comme comportementalistes — ou spécialistes « ABA » — alors qu'ils n'ont suivi aucune formation. Il est certain que ces abus vont devenir de plus en plus fréquents aussi chez nous, à mesure que les TCC acquièrent davantage de notoriété. Il faut souligner que cette dénomination, comme celles d'analyste ou de psychanalyste, permet de contourner la loi protégeant le titre de « psychothérapeute ».

Légende 4. « Les TCC c'est du conditionnement »

Roland Gori, professeur à l'université d'Aix-Marseille, déclare dans *Le Monde* : « Les TCC, c'est un dressage pavlovien. [...] On est dans la soumission librement consentie. Politiquement c'est dangereux¹ ». Miller écrit dans un chapitre intitulé « Des pratiques abominables » : « Les TCC ne sont pas à proprement parler des psychothérapies, mais des pratiques de rééducation et de conditionnement² ». Dans *Le Point*, parlant des comportementalistes : « ce sont des dresseurs d'hommes, comme il y a des dresseurs d'ours, de chevaux ou d'otaries. Ayant triomphé dans le dressage animal, ils entreprennent de faire pareil avec les hommes³ ».

Le terme « conditionnement » est utilisé de façon péjorative et polémique par certains psychanalystes dès qu'ils parlent des psychothérapies et, en particulier, des TCC. Dans leur bouche, ce mot désigne la manipulation. En fait, la signification la plus générale de ce vocable — qui vient de « condition » — est : « ce qui conditionne une chose, c'est-à-dire sans quoi elle n'existerait pas », comme le précise par exemple le dictionnaire philosophique de Foulquié⁴.

Dans la psychologie scientifique, le mot « conditionnement » est neutre, dépourvu de toute connotation. Il désigne tantôt un *type d'apprentissage*, dans lequel les contingences environnementales jouent un rôle déterminant (en particulier l'apprentissage « pavlovien »), tantôt les *conditions environnementales d'un comportement*, qui favorisent son apparition, son maintien ou sa disparition.

Ainsi, un bon enseignant « conditionne » ses élèves à apprendre à lire. Il met en place les « conditions » requises pour un apprentissage optimal : utilisation de mots simples, avec une signification évidente pour les enfants, par exemple leur nom et ceux de camarades. Il est lui-même « conditionné » par le rôle qu'il est tenu d'assumer et par les comportements des élèves. Il règle sa pédagogie sur les résultats qu'il obtient. L'enseignant et ses élèves sont dans une relation de détermination réciproque. On peut parler d'un « conditionnement bidirectionnel ».

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que le conditionnement « pavlovien » est un type d'apprentissage au cours duquel un élément de l'environnement acquiert une nouvelle signification, suite à son association avec un autre élément. Si vous êtes victime d'une agression dans un parking, le parking prendra pour vous la signification d'un endroit

et phobies. Odile Jacob, 366 p. Pour un exposé concis : Van Rillaer, J. (1997) *Peurs, angoisses et phobies*. Éd. Bernet-Danilo, Coll. Essentialis, 4^e éd. : 2007, 64 p.

¹ 26-2-2004.

² Miller, J.-AC. *et al.* (2006) *L'Anti-livre noir de la psychanalyse*. Paris : Seuil, p. 13.

³ Jacques-Alain Miller répond aux anti-Freud. *Le Point*, 22-9-2005.

⁴ Foulquié, P. (1962) *Dictionnaire philosophique*. Paris : PUF, p. 117.

dangereux. Le fait d'y retourner provoquera, au moins pendant un certain temps, une réaction d'anxiété. D'autres parkings, qui lui ressemblent, provoqueront une réaction semblable. Si l'agression a été violente, l'audition du mot « parking » pourra déjà susciter une réaction anxieuse.

Il est évident que, chez Miller et Gori, l'acronyme « TCC » provoque une poussée d'adrénaline. Chez eux, certaines « conditions » — ou « contingences », comme dit Skinner — ont modifié, sans doute pour longtemps, la signification de ce mot.

Vu la polysémie du mot « conditionnement », beaucoup de psychologues scientifiques évitent désormais de l'utiliser¹. Quant au processus analysé par Pavlov, il y a un siècle, il s'explique parfaitement à l'aide des concepts de *signification* et d'*apprentissage*.

On pourrait ici développer longuement le thème du conditionnement « opérant » qui se réalise dans toute psychothérapie et tout particulièrement en psychanalyse. Les paroles d'un analysant en psychanalyse sont parfois en rapport avec les déterminants essentiels de ses difficultés, mais elles sont toujours étroitement « programmées » par l'analyste devant lequel il parle et qui ne délivre des « mhm » ou des interprétations que si les associations « libres » vont dans le sens de sa théorie. Si ce n'est pas le cas, l'analyste se tait ou signale à l'analysé qu'il « résiste ». Sans en être conscients, analystes et analysés sont subtilement « conditionnés » par la théorie de référence de l'analyste.

Dès lors, tous les analysés des freudiens « découvrent » que leur problématique essentielle relève de la sexualité (et/ou de la mort), *tous* les clients des adlériens croient que le nœud de leurs difficultés réside dans des sentiments d'infériorité et la volonté de s'affirmer à travers des (sur)compensations, *tous* les analysés des jungiens admettent que les racines de leur névrose procèdent du conflit entre la *Persona* et le *Selbst* (et ses aspirations spirituelles). Les analysants des lacaniens confirment *tous* que « l'Inconscient est structuré comme un langage » : ils rêvent et associent en faisant des calembours...

D'un type d'analyste à l'autre, ce n'est pas seulement le schéma interprétatif qui diverge, mais encore le genre de matériel que l'analysé est conditionné à présenter à son analyste. Quand on lit successivement des cas présentés par Freud, Adler, Jung, Stekel, Mélanie Klein, Reich ou Rank, on constate que les histoires de patients en disent beaucoup plus sur la théorie du psychanalyste que sur les patients.

De son côté, l'analyste « vérifie » son système avec chaque client². Il finit par être de plus en plus convaincu de la vérité de ses décodages. La foi des analystes et des analysants s'entretient et se renforce par des conditionnements bidirectionnels³.

¹ Par exemple, dans mon livre *La nouvelle gestion de soi* (Éd. Mardaga, 2012), qui utilise d'un bout à l'autre les notions typiques de TCC, le terme n'est employé que pour la présente mise au point sur ses différents sens. Pour le reste, il n'y est question que d'apprentissages et de changements de significations.

² En France, les psychothérapeutes utilisent généralement le mot « patient ». Dans beaucoup d'autres pays, ils utilisent plutôt le mot « client », qui suggère que la psychothérapie est un service payant et, d'autre part, que le client a peu de chance de progresser s'il se vit comme un patient à qui on applique un traitement comme en médecine. Le présent texte s'adressant surtout à des Français, nous utiliserons le plus souvent « patient ».

³ Pour une analyse détaillée du conditionnement qui s'opère dans les cures psychanalytiques : Van Rillaer, J. (1981) *Les Illusions de la psychanalyse*. Éd. Mardaga. — « Le conditionnement freudien ». In : Meyer, C. et al. (2005) *Le Livre noir de la psychanalyse*. Éd. Les Arènes, p. 390-399.

Légende 5. « Les TCC déshumanisent »

L'importance accordée à la scientificité a pu faire dire à des thérapeutes d'orientations rivales que l'approche comportementale est froide ou déshumanisée. En fait, cette question excède largement le cadre de la psychothérapie et concerne l'ensemble des professions médicales et paramédicales. Il est vrai que les progrès des moyens techniques s'accompagnent du risque de faire oublier aux soignants qu'ils ont toujours affaire à des personnes qu'ils sont tenus de « rencontrer » au sens noble du terme. Dans le cas des TCC, le souci de scientificité n'exclut nullement une attitude respectueuse et chaleureuse ! Ce n'est pas seulement une question d'éthique, c'est aussi un enjeu d'efficacité : *de nombreuses recherches scientifiques ont montré l'importance de variables affectives dans la thérapie*¹. Le comportementaliste écoute patiemment son patient et lui témoigne de la sympathie, tout en évitant les dérapages affectifs et sexuels, qui ne sont pas rares dans la pratique du divan².

L'objection est particulièrement mal venue quand elle vient des freudiens. Freud écrivait : « Je ne saurais trop instamment recommander à mes collègues de prendre comme modèle, au cours du traitement analytique, le chirurgien qui met à l'écart tous ses affects et même sa sympathie humaine, et n'assigne à ses forces spirituelles qu'un seul but : mener son opération aussi habilement que possible. [...] La justification de la froideur de sentiment (*Gefühlskälte*) de l'analyste réside dans le fait qu'elle permet au médecin de préserver, comme il se doit, sa propre vie affective et qu'elle apporte au malade l'aide qui soit la plus grande possible aujourd'hui³ ». Lacan a appliqué la règle de la froideur avec une rigueur inégalée⁴.

Légende 6. « Les TCC visent à normaliser »

É. Roudinesco écrit en 2010 : « Les thérapeutes comportementalistes veulent en découdre par une nouvelle science de la normalisation des consciences qui prétend guérir scientifiquement les maux de l'âme en dix séances et sans aucun échec. Si cela était vrai, les inventeurs de cette fabuleuse technique auraient déjà reçu le prix Nobel⁵ ».

L'année précédente, elle écrivait dans *Le Monde des Religions* : « Les cognitivo-comportementalistes sont apolitiques, ils sont pour le libéralisme absolu en matière de mœurs, puisqu'ils nient toute fonction symbolique. Leur philosophie spontanée, c'est le "jouir le mieux possible", tempéré par l'évaluation : un cauchemar moderne qui transforme les hommes en "choses"⁶ ».

Des « normaliseurs » dont la philosophie est « jouir le mieux possible » : on aura tout entendu sur les TCC et le contraire.

La critique la plus fréquente chez les lacaniens est sans doute celle de la « normalisation » des patients, mais aussi de la Société future ! Citons, à titre d'exemple, le représentant belge de l'Ecole de la Cause freudienne, Alexandre Stevens : « Là est le principe TCC : identifier ce qui n'est pas dans la norme pour l'éduquer de manière à le faire rentrer dans la norme. Pas de

¹ Voir p. ex. Bergin, A. & Garfield, S. (2004) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York : Wiley, 864 p.

² Voir p. ex. Bénesteanu, J. (2002) *Mensonges freudiens*. Bruxelles : Mardaga, p. 65-69. — Pope, K. & Bouhoutsos, J. (1986) *Sexual intimacy with patients*. New York : Praeger.

³ Ratschläge für den Arzt bei der psychanalytischen Behandlung (1912), *Gesammelte Werke*, Fischer, VIII, p. 380 & 381.

⁴ Pour des exemples, voir : Van Rillaer, J. (2010) Comment Lacan psychanalysait. *Science et pseudo-sciences*, 293 : 96-106.
En ligne : <<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1553>>

⁵ *Mais pourquoi tant de haine ?* Seuil, 2010, p. 56.

⁶ La révolution freudienne, *Le Monde des Religions*, juillet-août 2009, n° 36, p. 44-45.

sujet ici, pas non plus d'acte thérapeutique, seulement un programme le plus parfait possible. Aujourd'hui dans le projet de société que nous promet la TCC il s'agit de modeler le patient à être le plus normalisé possible. [...] La TCC se fonde sur une conception de l'humain réduit à ses organes et leurs dysfonctionnements qu'il s'agit dès lors de corriger, éventuellement même sans tenir compte du choix du sujet, pour viser la norme et une échelle de normalité. Le président Schreber faisait parler les oiseaux, la TCC fait taire les humains, quel est le plus fou des deux ?¹ »

Rappelons simplement que les objectifs des traitements de TCC sont définis de commun accord au terme d'un dialogue et que, lorsque des personnes ne sont pas en mesure de décider par elle-même, des instances de contrôle doivent fonctionner (cf. supra). Soulignons que ces critiques absurdes proviennent quasi toujours de psychanalystes et quasi jamais des milliers de personnes qui, de par le monde, ont bénéficié de TCC.

Notons enfin, au sujet de la première citation de Mme Roudinesco, que je n'ai jamais eu connaissance d'un comportementaliste qui prétende guérir « les maux de l'âme en dix séances et sans aucun échec ». Mme Roudinesco serait bien en peine de trouver une seule citation d'un comportementaliste de renom² allant en ce sens.

Légende 7. « Les TCC réduisent l'homme à son organisme »

Dans *Le Nouvel Observateur*, sous la plume d'É. Roudinesco, « les thérapies cognitivistes et comportementalistes (TCC) renvoient à une conception de l'homme réduit à ses neurones³ ».

Il est vrai que les comportementalistes tiennent compte de l'« organisme » — souvent négligé à tort par les psychanalystes⁴ —, mais ce n'est qu'une des six variables avec lesquelles ils travaillent habituellement (cf. supra).

Légende 8. « Les TCC ne respectent pas la singularité de la personne »

J.-A. Miller déclare dans *L'Express* : « la psychanalyse est le refuge de l'unique, de l'approche sur mesure dans un monde qui ne rêve que de clonage » (23-2-2004).

Laissons entre parenthèse l'affirmation selon laquelle notre monde ne rêve que de clonage, pour nous demander quelle est la réalité des faits, au-delà du discours racoleur sur « la singularité du Sujet ».

Voici ce qu'écrivait Abraham Kardiner, dans le journal qu'il a tenu à l'époque où il faisait une psychanalyse didactique chez Freud : « En comparant mes notes avec celles d'autres

¹ TCC : ses principes et ses grilles. *Pour l'université populaire Jacques Lacan*, 21 mars 2012. En ligne : <http://www.lacan-universite.fr/?p=3535>

² En France, p. ex. Chr. André, J. Cottraux, C. Cungy, F. Fanget, P. Légeron, Chr. Mirabel-Sarron, B. Rogé, A. Sauteraud. Mme Roudinesco ne cite jamais des extraits d'ouvrages de ces auteurs, que fort probablement elle n'a pas lu.

³ Psychanalystes, critiquez vos dérives, il en va de votre survie ! *Le Nouvel Observateur*, 19-4-2012, p. 100s.

⁴ Un exemple mémorable. Le célèbre compositeur George Gershwin se soumit pendant plusieurs années à une cure freudienne pour soigner des maux de tête et d'estomac. Le traitement s'arrêta quand il mourut, à l'âge de 39 ans, d'une tumeur au cerveau, une pathologie que son analyste freudien, le docteur Gregory Zilboorg, n'avait pas envisagée comme hypothèse de travail. (Leffert, M., *The Psychoanalysis and Death of George Gershwin : An American Tragedy. The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 2011, 39 : 421-452).

étudiants, je me suis aperçu que l'homosexualité inconsciente, tout comme le complexe d'Œdipe, faisait partie de la routine d'une analyse. [...] Une fois que Freud avait repéré le complexe d'Œdipe et conduit le patient jusqu'à son homosexualité inconsciente, il ne restait pas grand-chose à faire. On débrouillait le cas du patient et on le laissait recoller les choses ensemble du mieux qu'il pouvait. Quand il n'y réussissait pas, Freud lui lançait une pointe par-ci par-là afin de l'encourager et de hâter les choses¹ ».

La « profondeur » freudienne se réduit toujours à quelques mêmes pulsions et complexes, absolument universels : la libido réprimée, l'envie du pénis, l'homosexualité refoulée, les fixations orales et anales, le schéma familialiste, l'Œdipe et la castration. Un psychologue scientifique dirait que x % d'enfants, de tel âge, vivant dans telle culture, présentent des tendances œdipiennes. Le psychanalyste, lui, affirme que le complexe d'Œdipe est universel. Si le complexe n'est pas directement observable chez tel enfant, il est tout simplement « refoulé ». L'interpréteur freudien — via des analogies, des symboles, des jeux de mots et le recours à la sublimation et à la formation réactionnelle — n'a aucune difficulté à confirmer le schéma général, fixé une fois pour toutes.

Les psychanalystes qui ont une réelle connaissance des TCC ne parlent pas comme Miller. Daniel Widlöcher par exemple écrit : « Ce qui constitue la force des thérapies comportementales n'est pas le simple fait que l'on dise au sujet ce qu'il doit faire ; c'est que les prescriptions qui lui sont faites se fondent sur une analyse minutieuse des symptômes. Le comportementaliste ne se contente pas de constater qu'il existe une phobie des transports, ni même que cette phobie s'applique à la conduite automobile ou au voyage en avion. Il note avec précision dans quelles conditions précises l'angoisse se développe : à la pensée de monter dans le véhicule, à l'évocation d'une immobilisation forcée ou durant le transport ? C'est cette analyse qui permet de déterminer les circonstances et le seuil exact de déclenchement de l'angoisse; la prescription en tiendra compte. Elle ne consistera pas en un conseil général, mais indiquera dans quelles situations très précises le patient devra forcer son appréhension et accepter une certaine quantité d'angoisse. Pour lutter contre l'intoxication tabagique, on fera l'inventaire des circonstances et des moments qui conditionnent l'acte de fumer, et c'est en fonction de cet inventaire qu'une lutte fractionnée et progressive sera indiquée² ».

Légende 9. « Les TCC, une pratique de rejet de l'inconscient³ »

L'ignorance de l'inconscient est une des objections les plus courantes. Répondons par trois faits.

a) Depuis plus de 300 ans, des philosophes et des médecins, ensuite des psys et finalement tout le monde expliquent des conduites observables par des processus inconscients. Ce n'est pas sans raisons : à tout moment, nos réactions participent de processus auxquels nous ne réfléchissons pas ou dont nous ignorons l'existence. Les psychologues scientifiques passent la plus grande partie de leur temps à chercher ce qui n'est pas directement observable, autrement dit, ce qui est non conscient.

b) Tout thérapeute s'interroge sur des facteurs non conscients des conduites. C'est évidemment le cas des comportementalistes. S'il y a des problèmes simples qui ne requièrent pas de longues investigations, dans la plupart des cas les comportementalistes commencent par faire des analyses de comportements problématiques en fonction des six variables énumérées plus haut. Il est alors évidemment question de cognitions, de significations pas

¹ Kardiner, A. (1977) *My analysis with Freud*. N.Y.: Norton and Co. Trad.: *Mon analyse avec Freud*. Trad., Belfond, 1978, p. 92 ; 125.

² Widlöcher, D. (1996) *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Paris : Odile Jacob, p. 31.

³ Miller, J.-A. *et al.* (2006) *Op. cit.*, ch. 8. « Les TCC, une pratique du rejet de l'inconscient ».

toujours évidentes de stimuli, de sensations corporelles, d'actions et de conséquences de comportement. Déclarer, comme Gori, que « de manière générale, les TCC visent la réduction d'un symptôme, la psychanalyse propose d'en rechercher le sens¹ », c'est caricaturer les TCC, c'est aussi reconnaître que les TCC visent à changer des comportements, tandis que la psychanalyse se contente de les expliquer.

c) Il y a de nombreuses façons d'évoquer des facteurs inconscients des comportements. Celle de Freud est pour le moins discutable. Freud réifie l'inconscient. Il en fait un être à l'intérieur de nous, ce que Ryle appelle « un fantôme dans la machine² ».

En 1890, alors qu'on ne parlait pas encore du freudisme, William James, dans son monumental traité de psychologie, examinait la façon dont Schopenhauer, von Hartmann, Janet, Binet et d'autres avaient utilisé les termes « inconscient » et « subconscient ». Lui-même avait écrit sur la transformation de conduites conscientes en habitudes inconscientes. Il admettait tout à fait l'existence de processus inconscients, mais dénonçait déjà les explications passe-partout par l'Inconscient. Il écrivait : « La distinction entre les états inconscients et conscients du psychisme est le moyen souverain pour croire tout ce que l'on veut en psychologie³ ». Cette mise en garde restera, hélas, toujours d'actualité.

Légende 10. « Les TCC ne tiennent pas compte du passé »

Ce que nous sommes et faisons aujourd'hui dépend pour une part de notre passé personnel. La constatation est ancienne. Montaigne écrivait : « Je trouve que nos plus grands vices prennent leur pli dès notre plus tendre enfance et que la direction de notre caractère est principalement entre les mains des nourrices⁴ ». Les comportementalistes n'ont jamais nié la place des expériences passées dans la formation des comportements.

L'idée de l'utilisation thérapeutique du ressouvenir d'événements a été systématisée au XIX^e siècle, notamment par le neurologue viennois Moriz Benedikt, un ami de Joseph Breuer, qui reprendra la technique de Benedikt pour traiter Anna O. et la transmettra à Freud⁵.

L'histoire des psychothérapies montre que l'exploration du passé peut s'avérer utile, notamment pour prendre distance à l'égard des normes inculquées au cours de l'éducation, mais qu'elle est tout à fait insuffisante lorsque les problèmes psychologiques sont sérieux.

D'autre part, un demi-siècle de pratique des TCC a montré que, dans la plupart des cas, la remémoration d'événements n'est pas nécessaire pour opérer des changements importants. La rumination d'événements passés — et peut-être encore plus la corumination avec un thérapeute — aggrave les troubles plus qu'elle ne les soulage⁶.

¹ La psychanalyse est-elle en danger ?, Journal *L'Humanité*, 23-3-2012.

² Ryle, G. (1949) *The concept of Mind*. London : Hutchinson. Trad.: *La notion d'esprit*. Payot, 1978, 315 p. Pour une comparaison des conceptions de l'inconscient selon Freud et la psychologie scientifique, voir p.ex. Van Rillaer, J. (2003) *Psychologie de la vie quotidienne*. Paris : Odile Jacob, chap. 7.

³ James W., *Principles of psychology*, New York, Holt ; Londres, Macmillan, 1890, vol. 1, p. 163. — Pour une discussion de la conception de l'inconscient chez James (dans les *Principes* et dans ses œuvres ultérieures), voir : Weinberger, J. (2000) William James and the unconscious, *Psychological Science*, 2000, 11 : 439-45.

⁴ *Essais* (1592) Livre I, ch. 23. Paris : Honoré Champion, 1989, p. 132.

⁵ Ellenberger, H. (1973) Moriz Benedikt (1835-1920). *Confrontations psychiatriques*, 11 : 183-200 Rééd. in Ellenberger, H. (1995) *Médecines de l'âme. Essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques*. Fayard, p. 123-142.

⁶ Pour des détails et des références de recherches : Van Rillaer, J. (2012) *La nouvelle gestion de soi*. Éd. Mardaga, p. 258s.

Légende 11. « Les comportementalistes ne font pas de thérapie personnelle »

L'idée d'une thérapie personnelle ou « didactique » a été proposée par Jung en 1912, dans l'espoir de dépasser les conflits des interprétations entre analystes¹. L'accord sur ce principe ne s'est pas fait tout de suite dans l'Association de psychanalyse. Ce n'est qu'en 1925 que l'analyse sous la direction d'un analyste certifié est devenue une condition de la reconnaissance du titre d'analyste par l'Association internationale de psychanalyse².

Le métier d'analyste didacticien est un job en or. Freud et Lacan l'ont bien compris et ont consacré l'essentiel de leur carrière d'analyste à ce travail, plutôt que de s'occuper de patients souffrant de troubles importants³.

L'utilité des didactiques est pour le moins discutable. On a pu critiquer cette pratique comme étant surtout un conditionnement à la doctrine du didacticien. Par ailleurs, on constate que Freud s'est plus d'une fois désolé de voir que la didactique ne permettait pas de rendre les psychanalystes moins perturbés. Il écrivait par exemple à René Laforgue : « Cela me déroute parfois que les analystes eux-mêmes ne soient pas radicalement changés par leur commerce avec l'analyse » (5-2-1928) et dix ans plus tard, peu avant de mourir : « Il est incontestable que les analystes n'ont pas complètement atteint, dans leur propre personnalité, le degré de normalité psychique auquel ils veulent éduquer leurs patients⁴ ».

Les formations des comportementalistes laissent en principe une place au traitement des troubles des futurs thérapeutes. Aux Pays-Bas par exemple, des séances sont explicitement prévues par un travail sur soi. L'essentiel n'est pas une exploration systématique de la personnalité, mais l'utilisation des TCC pour mieux comprendre et traiter des comportements problématiques⁵.

Légende 12. « Les TCC font le jeu de la société marchande »

Miller déclare dans *Le Point* : « Les TCC sont des produits récents, formatés sur mesure pour aider les gestionnaires de la santé à baisser les coûts. Car l'enjeu de la dispute, c'est le marché du mental. La psychanalyse est aujourd'hui comme une enclave où ne vaut pas le ratio coût/profit » (22-9-2005).

Rappelons que Miller et des milliers de lacaniens n'ont pas de diplôme de psychologie ni de psychiatre. Pour eux, la psychanalyse est la seule façon de gagner de l'argent — parfois des montants impressionnants ... à l'abri du fisc. Toute attaque de la psychanalyse est une attaque de leur gagne-pain. Les arguments rationnels ont manifestement ici une infrastructure économique.

¹ Historiquement c'est le premier motif. Viendront ensuite d'autres justifications : découvrir l'inconscient, apprendre la technique, réduire le contre-transfert. Deux motifs, très importants : faire faire au futur analyste une initiation comparable à l'entrée en religion ; prétendre détenir une expertise de l'Inconscient dont ne disposent ni les patients, ni les thérapeutes d'autres Écoles.

² Pour des détails, cf. Shamdasani, S. (2005) Psychanalyse, marque déposée. In Meyer, C. et al., *Op. cit.*, p. 162-177. Éd. 10/18, p. 205-225.

³ Cf. Van Rillaer, J. (2004) Bénéfices cachés de la psychanalyse. *Science et pseudo-sciences*, 261: 3-11. En ligne : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article294>

⁴ L'analyse finie et l'analyse infinie (1937). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, 2010, XX, p. 49.

⁵ Cf. Van Rillaer, J. (2000) Pour des analyses personnelles chez les comportementalistes. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*. 10 : 1-3.

A propos d'argent : Freud a prétendu avoir traité, pendant dix ans, un ou deux patients gratuitement pour conclure que ces traitements étaient inefficaces¹. Il écrit que « bien des résistances du névrosé sont énormément accrues par le traitement gratuit » et ajoute : « le pauvre qui a produit un jour une névrose ne se la laisse que très difficilement arracher. Elle lui rend de trop bons services dans le combat pour l'auto-affirmation ; le bénéfice secondaire de la maladie qu'elle lui apporte est beaucoup trop significatif² ». En clair : la psychanalyse est réservée à ceux pour qui l'argent et le « ratio coût/profit » ne sont pas des problèmes.

Parmi les milliers de pages produites par les psychanalystes, on trouve très peu de réflexions sur la question de l'argent, mis à part les références régulières au fait que l'argent symboliserait les excréments. A titre d'exemple, Janine Chasseguet, ancienne présidente de la Société psychanalytique de Paris, écrit que « la mise en avant du problème de l'argent représente un déplacement de l'ancienne accusation en matière de sexualité et le signe de la difficulté à accepter les formes infantiles de la sexualité, l'analité³ ».

Il n'est pas étonnant que les TCC se soient beaucoup mieux développées dans les pays anglo-saxons (protestants) que dans les pays latins (catholiques). D'une part, parce que les anglo-saxons sont davantage sensibles à la vérification des faits qu'au Discours et, d'autre part, parce qu'ils sont davantage sensibles au rapport coûts/bénéfices pour soi-même, mais également pour la collectivité. Aujourd'hui, tout le monde sait que, lorsqu'il s'agit de troubles sérieux, les cures freudiennes et lacaniennes peuvent durer plusieurs dizaines d'années pour de maigres résultats. L'examen de l'évolution des patients de Freud lui-même est à cet égard exemplaire⁴. Se moquer du coût des traitements est un manque d'éthique pour les patients et pour la collectivité.

Légende 13. « Les TCC sont de droite ou d'extrême-droite »

A en croire Miller et ses disciples de l'École de la Cause freudienne, « les TCC sont l'avatar, dans le domaine de la santé, de techniques de domination et de contrôle de l'être humain utilisées en divers domaines, essentiellement pour optimiser les rapports de dépendances⁵ », « ce sont des entreprises de décérébration subjective » comparables à la scientologie⁶, « le patient est pris pour un rat de laboratoire » et « se trouve ratifié⁷ ».

Les lacaniens présentent volontiers la psychanalyse comme le rempart contre le totalitarisme⁸. À les croire, les psychanalystes seraient partout et toujours les héros de la démocratie, de la liberté et de la résistance à l'oppression.

Commençons par rappeler que Freud n'était pas particulièrement démocrate. Il écrivait qu'« on ne peut se dispenser de la domination de la masse par une minorité, car les masses

¹ J'écris « a prétendu », car on s'étonne que Freud ait mis 10 ans avant d'en arriver à sa conclusion. Rappelons que Freud n'hésitait à mentir pour argumenter ou pour convaincre du pouvoir thérapeutique de son invention. Cf. p.ex. Bénesteau, J. (2002) *Mensonges freudiens*. Éd. Mardaga, 400 p. — Meyer, C. et al. (2005), *Op. Cit.*

² Zur Einleitung der Behandlung (1913). Tr., Sur l'engagement du traitement. *Œuvres complètes*, PUF, XII, p. 172s.

³ Les psychanalystes et l'argent. *La Nef*, 1977, n°65, p. 125.

⁴ Borch-Jacobsen, M. (2011) *Les patients de Freud*. Ed. Sciences Humaines, 224 p.

⁵ Maleval, J.-Cl. (professeur à l'université de Rennes II), in Miller, J.-A. et al. (2006), *op.cit.*, p. 26.

⁶ La Sagna, Ph., in Miller, J.-A. et al. (2006), *op.cit.*, p. 54.

⁷ Solano-Suarez, E., in Miller, J.-A. et al. (2006), *op.cit.*, p. 71

⁸ C'est le cas de P. Marie et de J.-P. Winter, dans le hors-série du *Nouvel Observateur*, « La psychanalyse en procès », novembre 2004, p. 23 et 55.

sont inertes et dépourvues de discernement¹ » et que « les hommes sont bien, en moyenne et pour une grande part, une misérable canaille² » (ce dernier mot a été beaucoup utilisé par Lacan et par son gendre J.-A. Miller). Son système de pensée favorise une « subjectivisation » ou « surindividualisation » de tous les problèmes psychologiques : l'explication finale est toujours trouvée dans la vie « intérieure », les éternels éléments de l'« âme ». Les ouvriers qui revendiquent de meilleures conditions de travail n'ont pas résolu leur Œdipe, les patients qui rechignent devant le coût d'une analyse interminable n'ont pas intégré l'analyse...

En juin 1949, la revue marxiste *Nouvelle Critique* publiait un texte, qui deviendra célèbre : « La psychanalyse, idéologie réactionnaire ». On y expliquait que la psychanalyse, sous couvert de scientificité, est en réalité un instrument politique. Elle dépolitise l'individu, fait du révolté un « névrosé », sert d'opium pour les classes moyennes. « La psychanalyse vient renforcer la psychotechnique ordinaire dans un travail policier qui fonctionne au service du patronat et de l'occupant américain en vue de l'élimination des indociles et des résistants³ ». Les lacaniens utilisent sans cesse ce même vocabulaire en se contentant de remplacer « psychanalyse » par « TCC ».

Le succès du lacanisme tient en grande partie à la glorification du désir individuel. Philippe Julien — cofondateur de l'Association pour une École de Psychanalyse (AEP) — résume l'éthique qui en découle : « L'éthique de la psychanalyse n'est pas celle de la loi du devoir pour le service assuré du bien-être physique, psychique et social, mais celle de la loi du désir, qui est l'art de conjoindre érotique et courtoisie⁴ ».

É. Roudinesco écrivait en 2004 que « La psychanalyse fut *partout et toujours* interdite d'enseignement et de pratique par *tous* les pouvoirs dictatoriaux, à commencer par celui mis en place par les nazis ». Elle oublie ce qu'elle écrivait cinq ans plus tôt : « Les dictatures militaires n'ont pas empêché l'expansion de la psychanalyse en Amérique latine (notamment au Brésil et en Argentine)⁵ ». En effet, l'Argentine, sous le régime des généraux, n'en était pas moins, l'Eldorado de la psychanalyse. Ce sont surtout des psychologues et des sociologues qui ont été persécutés, guère des psychanalystes. La grande majorité des psychanalystes se sont retranchés derrière « la neutralité analytique » et sont restés confinés dans leurs cabinets. Quelques-uns n'ont pas hésité à prêter main forte aux généraux. Par exemple, Arnaldo Rascovsky, membre fondateur de l'*Association Psychanalytique Argentine*, a soutenu dans les médias que la subversion de gauche était une maladie mentale provoquée par la crise de la famille traditionnelle⁶.

Rappelons que plusieurs psychanalystes — par exemple Boehm et Müller-Braunschweig — rallièrent la cause nazie et continuèrent à travailler comme psychanalystes au sein de l'Institut Göring⁷.

¹ *L'avenir d'une illusion* (1927), P.U.F., Quadrige, 1995, p. 8.

² Lettre du 2-12-1927 à Arnold Zweig. In *Correspondance Freud-Zweig*, Gallimard, 1973, p. 36.

³ Cité par Ohayon, A. (1994) dans « Freud », *Les Cahiers de Science et Vie*, Hors série n°22, p. 89. Pour une critique marxiste de la psychanalyse, voir Legrand, M. (1983) *Psychanalyse, science, société*. Bruxelles : Mardaga, 280 p.

⁴ Julien, P. (2003) L'approche freudienne de Lacan. In Elkäï, M. et al., *A quel psy se vouer ?*, Seuil, p. 31.

⁵ *Pourquoi la psychanalyse ? Op. cit.*, p. 172.

⁶ Pour en savoir plus : Plotkin, M. (2010) *Histoire de la psychanalyse en Argentine. Une réussite singulière*. Paris : CampagnePremière, 370 p.

⁷ Pour des détails : Onfray, M. (2010) *Le Crépuscule d'une idole*. Grasset, p. 547-550.

Les comportementalistes attachent beaucoup plus d'importance que les freudiens aux stimuli externes, à l'environnement, aux conditions matérielles et sociales de l'existence. Ils sont mieux placés pour débusquer les conditionnements subis par les individus, dans les relations interpersonnelles et dans la société. Déjà en 1953, Skinner consacrait deux tiers de son cours à Harvard — publié sous le titre *Science and human behavior*¹ — aux contrôles exercés dans les relations interpersonnelles, dans les groupes, par le gouvernement, la religion, l'économie, l'éducation, la psychothérapie et la culture.

L'efficacité des TCC et leur coût relativement faible, l'absence de jargon et de mystères, tout cela rend des traitements accessibles à une large partie de la population qui, faute de moyens financiers, n'avait pas accès à la psychothérapie et devait s'en remettre aux traitements médicamenteux². Lorsqu'on observe les effets *réels* des TCC, on constate qu'un bon nombre de personnes utilisent ce qu'ils ont appris au cours du traitement pour développer des conduites non traditionnelles ou anticonformistes, par exemple de nouvelles expériences sexuelles, la contestation d'abus de l'autorité, la rupture d'une relation aliénante ou toxique.

Ayant vécu durant des années dans une association de psychanalyse, puis dans une association de thérapie comportementale, je peux témoigner du fait qu'on trouve dans les deux courants un large éventail d'attitudes politiques. Les anathèmes politicistes que lancent aujourd'hui les lacaniens contre les psychothérapies qui obtiennent de meilleurs résultats, ne sont qu'une forme de propagande qui ne correspond nullement aux pratiques objectivement observables. Faut-il rappeler que les pays où les TCC se sont le mieux développées, la Hollande et les pays nordiques, sont parmi les plus démocratiques de la planète ?

* * *

Dans *Le Monde* du 27-12-1996, le compte rendu du remarquable ouvrage d'Adolf Grünbaum³ sur les faiblesses de la psychanalyse se concluait : « L'ironie mordante qui sourd à chaque page de ce livre érudit trahirait-elle le projet véritable de cette entreprise : l'éradication de la psychanalyse et du traitement mis au point par Freud, qui ne laisserait aux malades d'autre choix que les antidépresseurs ? ». Aujourd'hui, fort heureusement, de plus en plus de Français ont appris qu'il n'y a pas que cette alternative.

¹ Trad., *Science et comportement humain*. Paris : In Press, 2005, 416 p.

² Légeron, P. (2005) Trop de prozac, trop de divan : la double exception française. In C. Meyer *et al.*, *Op. cit.*, p. 292-299. Éd. « 10/18 », p. 372-381.

³ Grünbaum, A. (1996) *Les fondements de la psychanalyse. Une critique philosophique*. Trad., PUF, 464 p.