

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2004, 14(1), p. 1-8

**Une légende moderne :
“ Les comportementalistes ne traitent que des
symptômes ”**

J. VAN RILLAER

*Université de Louvain-la-Neuve et Facultés universitaires St-Louis.
68 rue des Pâquerettes, B—1030 Bruxelles, Belgique.*

Certaines légendes ont la vie dure. Ainsi en va-t-il de la quantité de fer dans les épinards. Cent grammes d'épinards contiennent 3 mg de fer. En 1890, une erreur typographique, dans des tables alimentaires parues aux États-Unis, indiquait 30 mg. Quarante ans plus tard, les frères Fleischer créaient Popeye, le plus célèbre des marines, et propageaient cette bêtise, qui allait augmenter considérablement la consommation d'épinards aux États-Unis (Féron, dans Bouvet, 1997, p. 49-51). Aujourd'hui, des gens mangent encore des feuilles vertes pour leur teneur en fer. Ils feraient mieux de consommer du cacao, qui en contient quatre fois plus.

Espérons que la légende, selon laquelle les comportementalistes ne traitent toujours que des symptômes, sera de moindre diffusion et de plus courte durée, malgré le zèle que déploient les freudiens à la colporter. Cette légende, comme celle des épinards, a été puissamment alimentée par une fiction cinématographique : *Orange mécanique*, de Stanley Kubrick (1971). Elle est devenue un lieu commun dans les médias, là où des images suggestives ont plus de poids que des recherches scientifiques.

LA PSYCHANALYSE : UNE THÉRAPIE CAUSALE ?

La distinction de symptômes et de causes sous-jacentes a toute sa pertinence dans certaines maladies, y compris des maladies mentales, comme la démence de type Alzheimer. Les signes manifestes de la tuberculose s'expliquent par un bacille, dissimulé à l'intérieur de l'organisme et resté inconnu jusqu'à sa découverte par Koch en 1882.

Ce modèle médical a été repris par Freud pour expliquer les troubles typiquement psychologiques. Dès le début de sa carrière, il a cherché l'équivalent du bacille de Koch en psychopathologie. En 1896, il déclare avoir découvert “ un caput Nili [source du Nil] de la neuropathologie ” : la cause spécifique de tous les cas d'hystérie qu'il a observés, sans aucune exception, est le refoulement dans l'Inconscient d'expériences sexuelles subies dans l'enfance. (Notons bien l'affirmation de Freud : aucune des patientes qualifiées d'hystériques ne se souvenait de sévices sexuels ; la condition *sine qua non* de leur trouble n'était pas un traumatisme sexuel comme tel, mais *l'oubli total* des expériences sexuelles de l'enfance). Freud précise que la résurrection de ces souvenirs lui a demandé, dans la plupart des cas, plus de cent heures de travail et des efforts considérables afin de persuader ses patientes de vaincre leurs “ résistances à se remémorer ”. À la fin de sa carrière, quarante ans plus tard, Freud présentait toujours la même explication, même si, à partir de 1897, il a déclaré chercher moins des souvenirs de faits réels que des souvenirs de fantasmes. Il écrit : “ Les symptômes sont des substituts d'oublis. (...) L'analysé doit être conduit à se remémorer quelque chose qu'il a vécu et refoulé. (...) La tâche de l'analyste est de deviner ou, plus exactement, de *construire* ce qui a été oublié à partir d'indices échappés à l'oubli ” (1937, p.

43, 45 ; c'est Freud qui souligne). (En lisant attentivement toute l'œuvre de Freud, on constate qu'il n'a jamais renoncé à rechercher des événements dans l'enfance, même après sa théorie du fantasme, théorie que ses disciples considèrent souvent comme le véritable commencement de la psychanalyse).

Un autre schéma freudien, qui semble justifier la distinction des symptômes manifestes et des causes “ profondes ” en matière de psychologie, est la métaphore de la machine à vapeur. Au XIXe siècle, le développement des machines à vapeur a provoqué une admiration dont nous n'avons plus idée. Les chemins de fer ont été, vers 1880, un des facteurs les plus importants du développement économique. L'idée de forces physiologiques ou psychologiques (énergies, excitations, pulsions, désirs) — comparables à la vapeur dans une machine —, qui doivent être régulées par une instance dirigeante (le moi, la volonté, d'autres forces), a été alors utilisée par des physiologistes, comme Carpenter, des philosophes, comme Nietzsche, et des psychiatres comme Griesinger.

Freud croyait que tous les troubles psychiques sont les expressions visibles de forces pulsionnelles refoulées dans l'Inconscient. Les troubles sont comparables à la vapeur qui s'échappe par une soupape. Empêcher cette sortie, sans réduire les tensions à l'intérieur du système, provoque inévitablement une augmentation de la tension intérieure et l'émergence de “ symptômes de substitution ”.

Quelques rares psychanalystes, généralement américains, admettent aujourd'hui l'existence de “ symptômes vestigiels ”, des réactions nées de conflits anciens et qui se maintiennent alors que les conflits générateurs ont disparu. Ils reconnaissent l'intérêt des thérapies comportementales pour ces “ fantômes de la névrose ancienne ” (voir Grünbaum, 1996, p. 241-244). Toutefois, la grande majorité des freudiens — particulièrement en France — affirment encore que travailler sur des symptômes, c'est toujours faire plus de tort que de bien, et que seule l'analyse des véritables causes, toujours “ profondes ” et inconscientes, a quelque chance d'aboutir à un changement durable. Bien entendu, dans les milliers de pages publiées par les psychanalystes — qui ne sont, pour l'essentiel, que paraphrases et gloses de la révélation freudienne —, on cherche en vain une seule recherche sérieuse, basée sur des faits méthodiquement enregistrés, qui démontre empiriquement cette théorie.

À quelques rares endroits de son œuvre, Freud est apparu un peu plus modeste que ses disciples d'aujourd'hui. En 1917, il écrit (p. 452s) que sa thérapie n'est pas une “ thérapie causale ”, mais se situe “ à un niveau intermédiaire ” : certes, elle ne s'attaque pas aux symptômes, mais elle ne peut cependant pas changer les véritables causes des névroses, à savoir “ les dispositions pulsionnelles ”. Il précise que seule une action chimique sur la libido serait une véritable thérapie causale ! Par ailleurs, il avoue en 1926 : “ 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 spontanément ” (p. 269).

“ Plus vite et avec moins de dépenses ” ? Limitons-nous à quelques exemples. L'analyse d'Anna Freud par son père. Élevée dès l'enfance par celui supposé savoir mieux que quiconque comment il faut éduquer pour éviter le développement de “ névroses ”, elle n'en restera pas moins neuf ans, à raison de cinq à six heures par semaine, couchée sur le divan paternel (voir par exemple Bénesteau, 2002, p. 22). Peut-être une analyse “ incestueuse ” provoque-t-elle davantage de “ résistances ” que les cures de patients. En tout cas, les analyses didactiques, réalisées par des sujets bien au fait des mécanismes de l'Inconscient — tels qu'ils ont été imaginés par Freud —, sont loin d'être rapides. L'analyse de Dorothy Burlingham par Freud a duré 12 ans. (Cela n'empêchera pas son fils aîné, analysé par Anna Freud, de s'empoisonner couché dans le lit de celle-ci). L'analyse de Ruth Mack-Brunswick par Freud a duré 16 ans. (Cela ne l'a pas empêché de mourir prématurément de polytoxicomanie) (voir Bénesteau, 2002, ch. 4).

Qu'en est-il de “ la bonne issue ” chez les patients ? Lorsqu'un malade souffrant d'angine a pris des antibiotiques, ses symptômes disparaissent. Lorsqu'un analysé a mis au jour des souvenirs refoulés et des pulsions réprimées, il est fréquent que ses symptômes demeurent.

Ainsi Pierre Rey, au terme de dix années de séances quotidiennes d'analyse chez Lacan, écrit que ses phobies — les “ symptômes ” pour lesquels il avait entamé la cure — 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 extérieures ” (1989, p. 77 ; italiques de Rey). Tout praticien des thérapies comportementales a reçu en consultation des personnes qui sont restées de nombreuses années en analyse et qui déclarent : “ J'ai beaucoup exploré mon passé, à présent je me connais fort bien, mais j'ai encore mes principaux symptômes et j'en souffre affreusement ”.

LE COMPORTEMENTALISME : UNE DEMARCHE PLURIDIMENSIONNELLE

Les comportementalistes traitent des conduites problématiques et aident leurs patients à se libérer d'automatismes néfastes. Avant d'envisager, avec un patient, des changements dans son environnement et l'apprentissage de nouvelles conduites, ils procèdent à l'exploration des problèmes et réalisent de nombreuses analyses comportementales. À cet effet, ils se situent dans un modèle bio-psycho-social et travaillent avec six variables : des actions, des cognitions, des émotions, des processus corporels (par exemple le degré d'activation du système nerveux orthosympathique), des environnements matériels et sociaux (qui favorisent ou non des conduites) et des conséquences de comportements. Ramener tout le comportementalisme à une psychologie “ S—R ” — comme le fait Roudinesco (1999, p. 95) —, c'est révéler une totale ignorance de l'évolution de la psychologie et de sa pratique actuelle.

Pour dire vrai, lorsqu'on remonte aux origines des thérapies comportementales, on peut trouver quelques faits en faveur de la légende des symptômes et du schéma S—R.

En 1924, quand Mary Jones a réalisé avec un garçon de trois ans le traitement d'une phobie des lapins, qui sera plus tard considéré comme une des premières thérapies comportementales, elle n'a pas cherché, “ en dessous des symptômes ”, des événements passés (l'enfant avait-il été mordu par ce type d'animal ?), des significations symboliques (dans l'inconscient, le lapin est-il le Phallus ou la castrateur ?) ou des forces pulsionnelles en conflit (un désir incestueux contré par la peur de la castration ?). Elle s'est appuyée sur deux principes : le rapprochement très progressif d'un lapin (placé d'abord dans une cage grillagée) et l'imitation sociale (trois garçons de l'âge du patient, qui n'avaient pas peur des lapins, sont venus jouer devant lui avec l'animal phobogène). Jones s'est contentée de changements programmés de l'environnement (la confrontation effective avec le stimulus anxiogène situé à des distances variables ; la présence de “ modèles ” facilement imitables) en vue de susciter de nouveaux comportements (se calmer, imiter des camarades, modifier des significations) permettant de se libérer de réactions automatisées de peur.

La thérapie s'est avérée une pleine réussite. La disparition de la peur des lapins en une quarantaine de séances n'a pas fait place à la peur d'autres animaux “ à poils ”. Bien au contraire, Jones a constaté un effet boule-de-neige positif. Après que l'enfant eut appris à rester calme en présence d'un lapin et même à lui manifester de l'affection, sa crainte des rats, des souris et des grenouilles disparurent également, sans traitement spécifique.

Lorsque, dans les années 1950, Joseph Wolpe a commencé à traiter des phobies, il a d'emblée joué sur les trois dimensions du comportement. Sa méthode de désensibilisation systématique impliquait l'apprentissage d'une conduite permettant de neutraliser l'anxiété, elle utilisait des procédures cognitives — en l'occurrence la visualisation mentale de situations phobogènes — et elle incitait à l'action, plus précisément des exercices de confrontation *in vivo*. Toutefois, à cette époque Wolpe restait centré sur des réactions problématiques bien précises, comme une phobie des pigeons. Les succès de cette approche, similaire aux résultats obtenus indépendamment par Eysenck dans son service à Londres, conduisirent ce dernier à déclarer en 1959, dans un style polémique qu'il a toujours affectionné : “ La théorie de

l'apprentissage ne pose aucun "mobile inconscient", mais considère les symptômes névrotiques comme de simples habitudes acquises ; il n'y a pas de névrose sous-jacente au symptôme, mais simplement le symptôme lui-même. Débarrassez-vous du symptôme et vous avez du même coup supprimé la névrose " (tr., p.10s).

Ainsi les comportementalistes ont commencé par traiter, de façon directive, des problèmes de conduite clairement circonscrits. Ils ont obtenu des résultats que leur enviaient certains confrères qui, comme les homéopathes, " travaillaient le terrain profond " sans parvenir à modifier la " surface ". Au cours des années 1960, ils ont progressivement changé d'objectif : ils ont proposé à leurs patients des procédures d'observation, d'analyse et de changement qui soient utilisables, de façon autonome, dans une large diversité de situations. Le thème de " l'autocontrôle " a alors été mis au centre de leurs préoccupations. Cette expression a ensuite été remplacée par celle de " gestion de soi " (voir Van Rillaer, 1992). Certains pionniers des thérapies comportementales et non des moindres — comme Frédéric Kanfer — ont même abandonné l'expression " behavior therapy " au profit de celle de " self-management therapy ".

L'expression traditionnelle de " thérapie comportementale " garde cependant sa valeur. En effet, ce qui caractérise cette approche ce n'est pas un ensemble de procédures, ni une théorie — pas même la théorie moderne de l'apprentissage —, c'est d'abord le souci de scientificité, c'est-à-dire de vérification méthodique d'hypothèses réfutables. Les thérapies comportementales sont, ni plus ni moins, des procédures qui s'appuient sur les données de la science du comportement et qui se pratiquent avec un esprit scientifique — qui n'exclut nullement une attitude respectueuse et chaleureuse ! Le choix du " comportement ", comme unité de base de l'observation, découle de la volonté de travailler scientifiquement. L'âme, l'esprit, l'Inconscient, les pulsions et autres entités mentales ne sont pas des réalités que l'on peut étudier objectivement. Les seuls faits, sur lesquels les chercheurs et les praticiens peuvent s'accorder et qu'ils peuvent prendre comme point de départ de leurs constructions, sont des comportements observables, leurs conditions environnementales et leurs corrélats physiologiques. Néanmoins, comme toute science, la psychologie doit faire des inférences et élaborer des explications théoriques. La question est alors d'organiser des observations méthodiques permettant de confirmer ou de réfuter, par des faits, les processus imaginés.

LA PROFONDEUR COMPORTEMENTALE

Le comportementaliste reconnaît évidemment l'importance de l'histoire individuelle pour *expliquer* des conduites, mais estime qu'il n'est pas toujours utile d'explorer longuement les détails du passé pour *modifier* des réactions bien ancrées. Certes, la réévocation du passé est hautement souhaitable pour traiter des états de stress post-traumatique, encore que, dans ces cas, il ne s'agit pas simplement de répéter et faire de la " catharsis ", mais de donner un sens nouveau à des événements. D'autre part, le rappel de comportements parentaux (paroles, exemples, récompenses, punitions) peut aider à prendre distance à l'égard de valeurs inculquées dans l'enfance. Toutefois, dans beaucoup de cas, il importe davantage d'examiner des significations qui se sont constituées au fil des interactions avec le monde (" mémoire sémantique "), que de procéder à une longue archéologie d'événements passés (" mémoire épisodique ").

Une large part de nos comportements et de leurs déterminants demeurent inconscients. Faut-il rappeler que la notion d'inconscient a été élaborée voici 300 ans et que l'idée même de recherches psychologiques suppose des processus non conscients ? Pour les psychologues scientifiques, la plupart des conduites sont automatisées et elles sont toujours, dans une certaine mesure, déterminées par des processus inconscients. Il importe toutefois de ne pas réifier ces processus en parlant de l' " Inconscient " comme d'une chose ou d'un " Autre " caché à l'intérieur de soi (voir Van Rillaer, 2003).

Dans le dernier texte de sa main, Freud écrit : " La psychanalyse est une partie de la science de l'âme (*ein Stück der Seelenkunde*). On l'appelle aussi "psychologie des

profondeurs” ” (1938, p. 142). Freud s’est défini comme un investigateur de l’âme et non comme un observateur du comportement. Pour lui, les comportements ne constituent pas un objet d’étude en soi : ils ne sont qu’un reflet mensonger et inintéressant des profondeurs de l’âme.

La métaphore de la profondeur “ verticale ” a contribué au succès de la psychanalyse. Elle a séduit notamment des gens en quête de spiritualité. Par comparaison, le comportementalisme peut paraître “ superficiel ”. À regarder de près, on constate que la profondeur freudienne se réduit toujours à quelques mêmes pulsions et complexes : la libido réprimée, l’envie du pénis, l’homosexualité refoulée, les fixations orales et anales, le schéma familialiste, l’Œdipe et la castration. Par ailleurs, rien n’empêche les amateurs de métaphores de parler de la “ profondeur ” du comportementalisme, comme quand on parle de la profondeur d’un paysage ou d’un champ de vision. Il s’agit d’une profondeur “ horizontale ”. La profondeur comportementale c’est, en plus du passé de l’individu, le passé de l’espèce, l’environnement matériel et social présent, des projets, des anticipations d’effets de comportements possibles, sans oublier la constitution et l’état de l’organisme. Pratiquer la thérapie comportementale, c’est aider une personne à mieux gérer plusieurs de ces facteurs, en commençant généralement par des variables physiologiques (apprendre à gérer le tonus musculaire, la respiration) et des processus cognitifs (modifier des schémas de pensée dysfonctionnels et des croyances névrotisantes) et en poursuivant par l’apprentissage méthodique de nouveaux modes d’actions. L’objectif essentiel est que la personne parvienne, sans trop devoir attendre, à mieux gérer ses propres pensées, ses émotions et ses actions.

Comme les thérapies médicales, les thérapies comportementales ne sont pas à même de traiter aujourd’hui tous les problèmes. Leur efficacité dépend étroitement des progrès de connaissances scientifiques et de l’usage qu’en font les thérapeutes et les patients. Certains troubles, comme une phobie spécifique, se traitent vite et généralement sans rechutes. D’autres, comme une forte assuétude, requièrent des efforts bien ciblés, soutenus et répétés. Là, des rechutes sont la règle plutôt que l’exception.

La personne qui bénéficie d’une thérapie comportementale est comme celle qui reçoit d’une formation dans une compétence artistique ou sportive. Les apprentissages dans un domaine peuvent se transférer à d’autres, mais ce n’est pas toujours évident. La quantité de “ travail ” bien mené est un déterminant essentiel de la qualité des résultats et de leur durée. En cas d’échec, mieux vaut s’interroger sur les conditions environnementales, sur la compétence du thérapeute et sur les efforts du patient, plutôt que sur un hypothétique “ retour du refoulé ”.

REFERENCES

- BENESTEAU J. *Mensonges freudiens : Histoire d'une désinformation séculaire*. Belgique, Mardaga (diffusé en France par SOFEDIS), 2002.
- BOUVET J.-F. *Du fer dans les épinards et autres idées reçues*. Paris, Seuil, 1997.
- EYSENCK H. “ Learning theory and behaviour therapy”, *The Journal of Mental Science*, 1959, 105: 61-75. Trad. in *Conditionnement et névroses*. Gauthier-Villars, Paris, 1962, p. 5-26.
- FREUD S. “ Zur Aetiologie der Hysterie ” (1896), trad. in *Œuvres complètes de Sigmund Freud*. Paris, PUF, III, p. 148-180.
- FREUD S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1917), rééd. in *Gesammelte Werke*. Fischer, XI.
- FREUD S. “ Konstruktionen in der Analyse ” (1937), rééd. in *Gesammelte Werke*. Fischer, XVI, p. 43-56.
- FREUD S. *Hemmung, Symptom und Angst* (1926), trad. in *Œuvres complètes de Sigmund Freud*. Paris, PUF, XVII, p. 203-286.
- FREUD S. “ Some elementary lessons in Psycho-analysis ” (1938), rééd. in *Gesammelte Werke*. Fischer, XVII, p. 141-147.
- GRÜNBAUM A. *Les fondements de la psychanalyse. Une critique philosophique*. Trad., Paris, PUF., 1996, (éd. originale : 1984)

- JONES M.C. " A laboratory study of fear : The case of Peter ", *Pedagogical Seminary*, 1924, 31: 398-415. Trad. in *Conditionnement et névroses*. Paris, Gauthier-Villars, 1962, p. 48-56.
- KANFER F, SCHEFF B. " Self-Management Therapy in Clinical Practice ", In N. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in Clinical Practice*. Guilford, 1987, p. 10-77.
- KAZDIN A.E. " Symptom substitution, generalization, and response covariation: Implications for psychotherapy outcome ", *Psychological Bulletin*, 1982, 91: 349-365.
- REY P. *Une saison chez Lacan*. Paris, Laffont, 1989.
- ROUDINESCO E. *Pourquoi la psychanalyse ?* Paris, Fayard, 1999.
- VAN RILLAER J. *La gestion de soi*. Belgique, Mardaga (diffusé en France par SOFEDIS), 1992, 4^e éd.: 2000.
- VAN RILLAER J. *Psychologie de la vie quotidienne*. Paris, Odile Jacob, 2003.
- WOLPE J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, 1958.
- YATES A. " Symptoms and symptom substitution ", *Psychological Review*, 1958, 65: 371-374.