

David Barlow : de la psychanalyse aux TCC

Jacques Van Rillaer

Professeur de psychologie émérite à l'université de Louvain

Quand David Harrison Barlow naît en 1942, dans la banlieue de Boston, son père, pilote de chasse, vient d'être abattu au cours d'une mission au-dessus de l'Allemagne. L'enfant reçoit de sa mère et de ses grands-parents une éducation rigoureuse. Durant ses humanités, il prend goût à la lecture et, plus précisément, à l'analyse freudienne de personnages littéraires. Sa vocation de psychologue a trouvé là son point de départ.

Barlow commence ses études supérieures à l'Université Notre Dame où il acquiert la conviction que la psychanalyse, et seulement elle, permet de découvrir les « profondeurs » de l'« âme » humaine, une conception alors très largement répandue dans le monde occidental. En 1963, un cours d'été donné au Boston College par Joseph Cautela, un élève de Frederik Skinner, a commencé à fissurer cette croyance. Pour la première fois, Barlow en vient à penser que pour explorer les troubles psychologiques, il existe une autre voie, la démarche scientifique, et qu'en outre, celle-ci permet de les traiter. L'année suivante, il s'inscrit au *Boston College* et se plonge dans l'étude de la psychologie expérimentale.

En 1966, un autre cours d'été, donné cette fois par Joseph Wolpe, déclenche son enthousiasme pour la thérapie comportementale. Wolpe est un psychiatre d'origine sud-africaine, venu enseigner aux Etats-Unis, suite au succès de son livre *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (1958), considéré comme le premier ouvrage de thérapie comportementale. Barlow assiste en direct, avec d'autres étudiants, à des thérapies menées par Wolpe avec des personnes souffrant de phobies. Le résultat est surprenant. Certains étudiants ne peuvent admettre que la disparition des phobies, pourtant indéniable, s'explique par une nouvelle théorie : ils attribuent cet effet au « transfert » (au sens freudien¹) induit par la personnalité de Wolpe. D'autres, parmi lesquels le jeune Barlow, ont le sentiment d'assister à la naissance d'une révolution en psychologie. Ils pensent qu'un nouveau paradigme et de nouvelles techniques sont en train de s'élaborer. Fait rassurant, Wolpe n'était pas le seul à fonder sa pratique thérapeutique sur des données de la psychologie scientifique : à l'université de Londres, Hans Eysenck et son équipe avaient développé, indépendamment de Wolpe, une conception analogue ; à Harvard, des élèves de Skinner avaient démontré que la théorie de l'apprentissage, basée sur des observations expérimentales, permettait de résoudre des problèmes psychologiques, comme l'excès d'alimentation ou l'insuffisance de travail scolaire. Barlow écrit que son passage de la foi freudienne à l'engagement pour la psychologie scientifique a été facilité par l'esprit du temps : « J'ai atteint l'âge de la maturité dans les années 1960. C'était l'époque des révolutions. La tentation de suivre un petit groupe de

1 Rappelons que Freud désigne par « transfert » la transposition, dans la relation actuelle, d'un mode de relation passé et plus particulièrement la réactualisation, dans la relation de l'analysé au psychanalyste, des sentiments éprouvés à l'égard des parents. Selon Freud, c'est essentiellement ce processus qui explique les effets de son traitement. Il écrit : « Dans chaque traitement analytique, s'instaure, sans aucune intervention du médecin, une relation affective intense du patient à la personne de l'analyste, relation qui ne peut s'expliquer par aucune des circonstances réelles. Elle est de nature positive ou négative, va de l'état amoureux passionnel, pleinement sensuel, jusqu'à l'expression extrême de la révolte, de l'exaspération et de la haine. Cette relation, qu'on appelle, pour faire bref, *transfert*, prend bientôt la place chez le patient du désir de guérir et devient, tant qu'elle est tendre et modérée, le support de l'influence médicale et le ressort véritable du travail analytique commun. » (*Selbstdarstellung*, 1925, *Gesammelte Werke*, p. 67, trad., *Sigmund Freud présenté par lui-même*. Gallimard, 1984, p. 70s)

pionniers brillants, mais iconoclastes, sur une route radicalement nouvelle, était forte, même si elle apparaissait dangereuse. »²

Barlow poursuit ses études à l'université du Vermont. Il y réalise sa thèse de doctorat sous la direction de Harold Leitenberg, un psychologue spécialisé dans l'étude de l'apprentissage opérant, et de Steward Agras, un psychiatre qui avait été formé à la recherche empirique en Angleterre. Ses recherches portent sur l'importance de la motivation et des renforcements sociaux pour le traitement de l'agoraphobie par exposition « in vivo »³. Elles sont publiées, en partie, dans une des plus prestigieuses revues de psychiatrie : *Archives of General Psychiatry*⁴.

On y trouve deux fils rouges de toute son œuvre : le souci de vérifier expérimentalement l'efficacité de procédures de thérapies comportementales⁵ et une réflexion approfondie sur la méthodologie de la recherche scientifique en psychologie clinique. S'appuyant sur des procédures mises au point par Skinner, Barlow développe avec Leitenberg des méthodes d'observation expérimentale de cas uniques (*single-case experimental designs*). L'objectif est de démontrer que les changements observés, au cours d'une thérapie ou d'une procédure éducative, sont bien induits spécifiquement par telle variable systématiquement modifiée. La procédure la plus simple comporte trois étapes : (a) on mesure soigneusement la fréquence d'un comportement (établissement de la « base de référence ») ; (b) on met en œuvre une variable thérapeutique (ou éducative) pendant un temps déterminé et on observe les modifications qui en résultent ; (c) on suspend temporairement l'intervention et on examine si les modifications observées à la deuxième étape ont tendance à stagner ou à régresser. Tout simple que cet exemple paraisse, il n'en pose pas moins plusieurs problèmes, que nous ne discutons pas ici. Retenons seulement qu'une des principales contributions de Barlow réside dans l'étude de ce type de méthodes et des questions qu'elles suscitent.

Dans son autobiographie, Barlow⁶ raconte un événement de 1967 qui a renforcé son adhésion à la démarche scientifique en psychologie clinique. Au premier congrès de l'*Association for Advancement of Behavior Therapy*, il a pu observer comment, chez les comportementalistes, de jeunes chercheurs peuvent, sur la base d'observations empiriques, contredire des thèses des aînés et ainsi faire progresser les connaissances. Plus précisément, après que Wolpe eut présenté une

² D. Barlow, « Promises to keep », *Behavior Therapy*, 1997, 28, p. 589-96.

³ En thérapie comportementale, l'« exposition » ou « désensibilisation systématique » est une technique essentielle pour traiter les troubles anxieux. Il s'agit de l'organisation de séances répétées, relativement longues (en moyenne, environ une heure), de confrontation à des situations anxiogènes. Les confrontations se font en commençant par des situations pas trop difficiles. Elles sont préparées par l'apprentissage de la régulation de l'activation émotionnelle (contrôle de la respiration, diminution du tonus musculaire, utilisation d'auto-instructions). Une séance de confrontation ne se termine que lorsque l'anxiété a sensiblement diminué, ce qui se produit généralement, si la préparation est correcte. L'exposition peut se faire en imagination (« in vitro ») ou dans des situations réelles (« in vivo »). La deuxième option est évidemment l'objectif essentiel. Durant les premières séances, le thérapeute peut être présent et assister le patient.

⁴ W.S. Agras, W.S., H. Leitenberg & D. Barlow, « Social reinforcement in the modification of agoraphobia », *Archives of General Psychiatry*, 1968, 19, p. 423-427.

⁵ Barlow parle indifféremment de « thérapie comportementale », de « thérapie cognitivo-comportementale » et de « traitement psychosocial ». Nous employons ici l'expression « thérapie(s) comportementale(s) » plutôt que « thérapie(s) cognitivo-comportementale(s) », couramment utilisée en France. Dans les pays anglo-saxons et germaniques, les psychologues et les psychiatres utilisent souvent le mot « comportement » dans son sens large. Ce terme ne désigne alors pas simplement une action observable, mais toute activité signifiante, comportant trois dimensions : une dimension cognitive, une dimension affective et une dimension motrice. Ainsi la « thérapie comportementale » n'est pas une thérapie centrée essentiellement sur l'action, mais l'utilisation de la psychologie scientifique en vue de traiter des troubles cognitifs, émotionnels et des modes d'action.

⁶ D. Barlow, « Promises to keep », *Behavior Therapy*, 1997, 28, p. 591.

communication sur l'inhibition réciproque comme « le » processus expliquant les effets de la désensibilisation systématique, Jerry Davison, un jeune psychologue de Stanford, remet en question cette conception en se fondant sur des recherches expérimentales. Wolpe réagit comme un vrai scientifique, ouvert à la discussion, et non comme le père dogmatique de la thérapie qu'il avait fondée.

En 1969, Barlow suit Agras à l'université du Mississippi. Il y développe un programme de formation pour la psychologie clinique et travaille avec Ed Blanchard et Michel Hersen, qui deviendront des thérapeutes comportementalistes réputés. En 1975, il enseigne à l'université Brown, puis s'établit, pour une période de 17 ans, à l'université de l'État de New York à Albany. Avec Blanchard, qui le rejoint, il y fonde le *Centre du stress et des troubles anxieux*, qui deviendra un institut célèbre de traitement et de recherche. Il termine sa carrière à l'université de Boston, où il fonde le *Centre pour l'anxiété et troubles associés* (site Internet : www.bu.edu/anxiety/dhb/).

Barlow a su mener de front plusieurs carrières, à la fois psychothérapeute⁷, chercheur en psychologie clinique, il a travaillé sur les processus en jeu dans l'anxiété, notamment les relations entre l'anxiété et les troubles sexuels⁸, et a mené de nombreuses études empiriques sur l'efficacité thérapeutique de différentes techniques comportementales⁹- et enfin auteur : il a publié deux ouvrages particulièrement intéressants sur la méthodologie de la recherche clinique¹⁰ et a mis au point des méthodes d'évaluation de l'activation sexuelle¹¹. Ses synthèses sur les troubles anxieux¹² sont lumineuses. Il a écrit un excellent ouvrage de thérapie comportementale¹³ ainsi qu'un traité de psychopathologie générale qui fait autorité¹⁴. Sans compter d'excellents livres de vulgarisation et de *self-help books*, par exemple *Mastery of your anxiety and panic*¹⁵ et *Stress management for busy people*¹⁶. Au total, Barlow a publié plus de 20 ouvrages et plus de 400 articles ou contributions scientifiques.

Barlow a accompli un travail capital pour la mise au point de la classification des troubles anxieux dans la 3e et la 4e éditions du célèbre manuel diagnostique de l'Association américaine de

⁷ Voir par exemple T. Brown & D. Barlow, *Casebook in abnormal psychology*, Brooks Cole, 1996, 248 p.

⁸ Voir par exemple P.M. DiBartolo et D. Barlow, « Perfectionism, marital satisfaction, and contributing factors to sexual dysfunction in men with erectile disorder and their spouses », *Archives of Sexual Behavior*, 1996, 25, p. 581-588.

⁹ D. Barlow & S.G. Hofmann, « Efficacy and dissemination of psychological treatments », in: D.M. Clark & C.G. Fairburn (éd.) *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, 1997, p. 95-117.

¹⁰ D. Barlow, S.C. Hayes & R.O. Nelson, R.O., *The scientist-practitioner : Research and accountability in clinical and educational settings*, New York, Pergamon, 1984. — D. Barlow & M. Hersen M., *Single case experimental designs : Strategies for studying behavior change*, New York, Pergamon, 2^e éd., 1984.

¹¹ Voir par exemple D. Barlow, R. Becker, H. Leitenberg & W. Agras, « A mechanical strain gauge for recording penile circumference change », *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1970, 3, p. 73-76. T. — Sbrocco & D. Barlow, « Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal : Implications for sexuality research and treatment », in : P.M. Salkovskis (ed.) *Frontiers of cognitive therapy*. New York : Guilford, 1996, p. 419-449.

¹² Voir par exemple D. Barlow, *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*, New York, London : Guilford, 1988, 698 p. ; 2^e éd., 2002, 704 p. — D. Barlow, « Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory », *American Psychologist*, 2000, 55, p. 1247-1263.

¹³ D. Barlow (ed.) *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*, New York, Guilford, 1993, 534 p.

¹⁴ V.M. Durand & D. Barlow, *Abnormal psychology*, Pacific Grove : Brooks/Cole, 2^e éd., 2000. Traduction, *Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle*, Paris, Bruxelles, De Boeck, 2002, 920 p.

¹⁵ D. Barlow & M.G. Craske, 1989, Barlow, *Mastery of your anxiety and panic : Client workbook*. Oxford University Press, 1989, 3e éd., 2000.

¹⁶ C. Turkington & D. Barlow, *Stress management for busy people*, McGraw Hill, 1998, 240 p.

Psychiatrie (DSM-III, 1980 ; DSM-IV, 1994). Il a été le conseiller d'organisations gouvernementales et a publié plusieurs documents sur la politique générale en matière de santé mentale et de psychothérapie¹⁷.

Dans les années 1970, les thérapies comportementales suscitaient beaucoup de résistances dans les milieux psys et, plus encore, dans certains médias. Ainsi, à cette époque, environ 50 % des articles parus dans le *New York Times* présentaient les thérapies comportementales comme des procédures de lavage de cerveau, de psychochirurgie ou de torture chinoise¹⁸. Barlow s'est battu, avec une énergie considérable, pour donner une image des thérapies comportementales conforme à leur réalité. Aujourd'hui, aux Etats-Unis, les choses ont radicalement changé, à telle enseigne que de nombreux « psys » sans véritable formation s'autoproclament « comportementalistes ». Ce titre, faut-il le rappeler, n'est pas davantage protégé légalement aux Etats-Unis, en France ou en Belgique, que celui de graphologue, de psychosociologue, de psychothérapeute ou de psychanalyste.

En 2000, l'Association américaine de Psychologie a décerné à Barlow le prestigieux « Prix pour d'éminentes applications scientifiques de la psychologie »¹⁹ pour ses contributions à la compréhension de la nature de l'anxiété et au développement de traitements efficaces des troubles anxieux.

Un des plus grands mérites de Barlow est d'avoir publié son ouvrage *Anxiety and its disorders* (1988). A l'époque, ce volume d'environ 700 pages n'avait aucun équivalent. Il présentait, de façon parfaitement articulée, la somme des connaissances démontrées sur les troubles anxieux et leurs traitements. Avec raison, il a constitué pendant un quart de siècle « le » traité sur le sujet. Aujourd'hui, l'édition remaniée, parue en 2002, est probablement encore la lecture la plus instructive en la matière.

En un mot, Barlow est un comportementaliste de la deuxième génération, successeur des pionniers que furent Wolpe, Eysenck et Skinner. Sans doute a-t-il eu moins d'inventivité que ses illustres prédécesseurs, mais sa carrière n'en est pas moins tout à fait exemplaire.

Barlow dans le texte

L'anxiété est au cœur de notre existence

« Les gens dépensent chaque année des milliards de dollars pour se débarrasser de l'anxiété. Le coût des consultations, chez des médecins généralistes et dans des services de santé, de personnes souffrant d'anxiété est environ deux fois plus élevé que celui de consultations de personnes physiquement malades qui ne souffrent pas d'anxiété. Beaucoup de ces personnes repartent avec une prescription de leur médecin pour des médicaments destinés à traiter l'anxiété, de sorte que ces médicaments sont parmi les plus utilisés dans le monde. Pour ceux qui cherchent un soulagement dans ces anxiolytiques, l'anxiété est une malédiction. Ils ne peuvent vivre sans eux.

¹⁷ D. Barlow, « Health care policy, psychotherapy research and the future of psychotherapy », *American Psychologist*, 1996, 51, p. 1050-1058. — D. Barlow & C.L. Lehman, C.L., « Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders : Implications for national health care », *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53, p. 727-735.

¹⁸ D. Barlow, « Promises to keep », *Behavior Therapy*, 1997, 28, p. 592.

¹⁹ American Psychological Association (2000) « David Barlow : Award for distinguished scientific applications of psychology », *American Psychologist*, 2000, 55, p. 1245-1247.

L'anxiété est-elle l'ombre de l'intelligence ²⁰ ou une malédiction pour l'humanité ? Nos plus grands penseurs ont médité sur ces questions. Freud a passé une grande partie de sa vie à chercher à comprendre les mystères de l'anxiété et a conclu, à un certain moment, en disant : « Il est certain que le problème de l'angoisse est un point nodal où convergent les questions les plus diverses et les plus importantes, une énigme, dont la solution devrait répandre un flot de lumière sur l'ensemble de notre vie psychique. ²¹ » ²²

Qu'est-ce que la thérapie comportementale ?

« La thérapie comportementale n'est *pas* une école de psychothérapie, elle n'est pas le reflet d'une conception unifiée de la nature humaine. Elle est bien plutôt l'application des principes de la science cognitive et comportementale à des problèmes humains et, de ce fait, elle est une expression de la quête interminable de l'espèce humaine à s'améliorer, grâce à l'utilisation de la raison humaine et des méthodes de la science. » ²³

La perspective multidimensionnelle

« Des avancées formidables de la connaissance en psychopathologie ont établi que la recherche en génétique et en neurosciences n'a d'avenir que si elle se fonde sur l'inclusion dans son analyse des paramètres sociaux et psychologiques comme facteurs affectant la neurotransmission, voire l'expression génétique. Inversement, il est désormais inconcevable d'étudier des mécanismes cognitifs ou émotionnels sans prendre en considération la contribution de facteurs biologiques et sociaux dans l'expression psychologique et psychopathologique. » ²⁴

Utilité et dangers des classifications psychopathologiques

« Les classifications psychopathologiques donnent lieu à des mésusages, dont certains peuvent être dangereux et nocifs. Un des abus les plus courants est la tendance à *réifier* les catégories diagnostiques. En fait, ces catégories ne sont que des méthodes commodes pour organiser des observations de comportements humains. [...] Elles sont seulement des conventions qui facilitent la communication entre des professionnels, qui les aident dans la mise au point d'un traitement et dans l'étude de la psychopathologie. À tout moment, l'arrivée de nouvelles connaissances peuvent les faire changer. Ainsi, aucune catégorie diagnostique, comme la schizophrénie, ne peut être gravée dans la pierre. Si nous sommes en présence d'un cas qui se trouve sur la frontière floue entre deux catégories diagnostiques, nous ne devrions pas dépenser notre énergie à essayer de faire entrer à tout prix le trouble comportemental dans l'une ou de l'autre. [...]

La terminologie psychopathologique ne décrit pas des personnes, mais plutôt des schémas comportementaux qui peuvent ou non apparaître dans certaines circonstances. Ainsi, que le trouble soit médical ou psychologique, nous devons résister à la tentation d'identifier une personne à sa pathologie (“John est un diabétique” *versus* “John est une personne qui souffre du diabète”). » ²⁵

²⁰ Barlow reprend cette expression au psychologue Howard Liddell, qui écrivait en 1949 : « L'homme, seul, peut planifier en fonction d'un avenir éloigné et peut éprouver le plaisir de se rappeler ce qu'il a accompli. Lui seul peut être heureux. Mais l'homme, et seulement lui, peut se faire des soucis et éprouver de l'anxiété. [...] L'anxiété accompagne l'activité intellectuelle comme son ombre. »

²¹ *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1917), réédité dans *Gesammelte Werke*, XI, p. 408.

²² D. Barlow, « Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory », *American Psychologist*, 2000, 55, p. 1248 (trad. J. Van Rillaer).

²³ D. Barlow, « Promises to keep », *Behavior Therapy*, 1997, 28, p. 596 (trad. J. Van Rillaer).

²⁴ V. M. Durand & H. Barlow, *Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle*, trad., Paris, Bruxelles, De Boeck, 2002, p. XI.

²⁵ V. M. Durand & D. Barlow, *Abnormal psychology. An Introduction*, Brooks/Cole, 1997, p. 93 (trad. J. Van Rillaer).