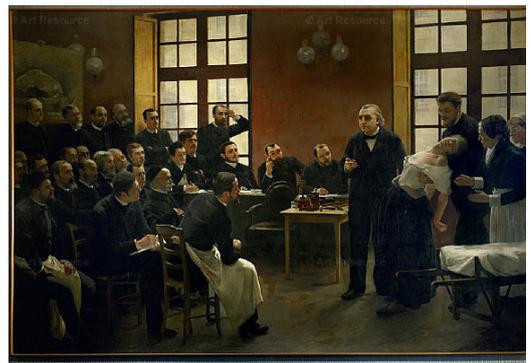


# Psychothérapie

La **psychothérapie** (/psi.kɔ.te.ʁa.pi/) désigne le traitement ou l'accompagnement par un individu formé à cela, d'une ou plusieurs personnes souffrant de problèmes psychologiques, parfois en complément d'autres types d'interventions à visée thérapeutique (médicaments, neurostimulation, etc.). Suivant les patients (enfant ou adulte), le type et la sévérité du trouble, et le contexte de l'intervention, il existe de nombreuses formes de psychothérapies qui s'appuient sur autant de pratiques différentes reposant elles-mêmes sur des approches théoriques diverses et parfois contradictoires. La plupart reposent néanmoins sur l'établissement d'une relation interpersonnelle entre le patient et le thérapeute dans le cadre d'un contrat explicite de soin. Elle se distingue en cela des pratiques d'accompagnement de l'individu sain (coaching, développement personnel) parfois menées dans un cadre spirituel, religieux voire sectaire.



Le psychiatre français Jean Martin Charcot donnant une leçon clinique à la Salpêtrière en recourant à l'hypnose.

En France, plus particulièrement depuis les années 1990, la réglementation de l'exercice des psychothérapeutes a fait l'objet d'intenses débats mettant aux prises les praticiens se réclamant des principales approches que sont les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, systémique ou cognitivo-comportementale.

## Origine du concept

Les « psychothérapies » (mot construit sur les racines grecques *θεραπεία*, *therapeía* (« cure ») et *ψυχή*, *psykhê* (« âme », « esprit ») signifiant littéralement : « thérapies par la psyché »), trouvent leur origine dans différentes pratiques dont l'« analyse psychologique » de Pierre Janet, la « cure par la parole » de Joseph Breuer, l'hypnose puis la psychanalyse. Certaines sources désignent parfois les méthodes des thérapeutes d'Alexandrie dont rend compte Philon d'Alexandrie ou les travaux de Paracelse comme les premières psychothérapies.

Le sens moderne a été proposé par le psychiatre anglais Walter Cooper Dendy qui introduit le terme de « *psychotherapeia* » en 1853<sup>[1]</sup>. Le terme définitif de « psychothérapie » aurait été inventé par Hippolyte Bernheim chef de file de l'École de Nancy « qui publia en 1891 un ouvrage intitulé *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* »<sup>[2]</sup>. Toutefois, le mot « psychothérapie » apparaît à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>[3]</sup> en Allemagne<sup>[4]</sup>.

Les psychothérapies ont pour vocation de « soigner par l'esprit » des souffrances tant psychiques que somatiques dans le cadre d'une relation à un psychothérapeute. « La psychothérapie [est] souvent considérée à tort comme un soin de l'esprit »<sup>[5]</sup>. Résumant les indications de la psychothérapie, Bernheim écrit dans *De la suggestion* que le « ténésme, la diarrhée, les vomissements liés à une affection organique peuvent aussi être exagérés par le psychisme et justiciables dans une certaine mesure de la suggestion. On le voit, le champ de la psychothérapie est très vaste ; elle peut intervenir utilement dans toutes les maladies qui s'inscrivent dans une dynamique psycho-somatique avec une prédilection pour l'élément psychonerveux de ces maladies<sup>[6]</sup>. »

Les approches sont nombreuses et correspondent à de nombreux modèles théoriques différents voire contradictoires. La psychothérapie est distincte du *counseling* ou du *coaching* en vogue dans les pays anglo-saxons et qui ne présupposent ni formation universitaire ni formation à la psychopathologie, bien que ces activités soient parfois exercées par des psychologues et/ou des psychiatres de formation.

## Histoire

Le désir de guérir ou de « prendre soin des hommes » semble inscrit dans la nature humaine<sup>[7],[8]</sup>. C'est une aptitude que beaucoup de gens possèdent mais qui, pour devenir une compétence, demande à être développée par l'apprentissage de théories et de techniques.

### Antiquité

Les soins par la psyché étaient déjà connus des Grecs : le temple d'Epidaure en Grèce est longtemps un lieu de pèlerinage pour les malades<sup>[9]</sup>. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les progrès de la médecine et de la psychologie vont permettre le développement scientifique de techniques à proprement parler psychothérapeutiques. Ces progrès sont sans cesse remis en cause, probablement du fait que la souffrance psychique est peu ou pas objectivable, à l'opposé de la souffrance physique qui est plus facilement identifiable.



Portrait de Mesmer

### Moyen Âge

Cette section est vide, insuffisamment détaillée ou incomplète. est la bienvenue !

### Psychiatrie puis psychologie



Séance d'hypnose en 1887.

Il existe plusieurs périodes dans l'histoire de la psychothérapie<sup>[10]</sup>. L'origine se trouve dans les pratiques animistes, encore répandues, y compris dans les pays développés. Elles ont survécu jusqu'ici sous différentes formes qui coexistent avec d'autres plus récentes. À partir du XVII<sup>e</sup> siècle et jusqu'en 1893, c'est le développement des traitements par la suggestion. L'intérêt pour les traitements psychiques des enfants apparaît à la fin de cette période. De 1886 à 1925, Pierre Janet met en place sa méthode psychothérapeutique, l'analyse psychologique, basée sur la notion d'automatisme psychique existant à des niveaux plus ou moins profonds du psychisme. Ces découvertes sont d'importance<sup>[11]</sup>. En 1925, Sigmund Freud a conceptualisé et systématisé l'inconscient et la sexualité infantile, notions fondamentales de la psychanalyse. Les conflits inconscients — résultant d'une dualité pulsionnelle — ne sont pas accessibles à la cure et doivent être mis à jour et élaborés durant le traitement psychanalytique. C'est une des premières fois dans l'histoire qu'on utilise scientifiquement la parole comme vecteur thérapeutique de manière aussi codifiée. Cet axe Paris - Vienne alors créé est très fécond à l'époque. En France, c'est entre autres sous l'impulsion de René Diatkine, de Serge Lebovici et de Françoise Dolto que la psychanalyse des enfants est devenue réalité<sup>[12]</sup>.

## Profession

### Éthique

Les psychothérapeutes sont soumis à des règles éthiques strictes dans leur pratique<sup>[précision nécessaire]</sup>. Les patients, des personnes en difficulté, sont vulnérables. Il est notamment nécessaire<sup>[précision nécessaire]</sup> de veiller à respecter l'identité des patients, confidentialité des échanges, attitude neutre du thérapeute, absence de jugement, non-directivité et bienveillance. Même si la plupart des praticiens sont de bonne foi, le risque de manipulation par de « faux praticiens » n'est pas négligeable<sup>[Combien ?]</sup>, du fait de la position du psychothérapeute. Selon la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, « le domaine de la psychothérapie est un terrain propice aux dérives sectaires »<sup>[13]</sup>, car entre le patient et le psychothérapeute se noue une relation particulière<sup>[Laquelle ?]</sup>. Pour les psychanalystes, le phénomène du transfert, qui fait que le patient peut développer des sentiments extrêmement forts (d'amour, de haine, de soumission, etc.) envers son psychothérapeute, peut permettre des dérives éthiques. Il est alors indispensable que le psychothérapeute ait une formation et une éthique rigoureuses pour éviter que ne se mette en place une relation d'emprise, comme on peut l'observer avec les gourous.<sup>[réf. souhaitée]</sup>

Toutefois, quelques principes ont été énoncés pour définir le cadre d'une psychothérapie éthique. La psychothérapie doit résulter d'un contrat oral et/ou écrit<sup>[14]</sup> qui repose en principe sur le volontariat du patient et du psychothérapeute (sauf expertises judiciaires ou obligation de soin). Le psychothérapeute doit être formé dans un courant psychothérapeutique et doit pouvoir l'expliquer au patient<sup>[15]</sup>. Il doit préciser la technique qu'il va employer, ses modalités de mise en œuvre, ses limites, la théorie qu'il utilise, le coût du traitement, les modalités de paiement, etc.<sup>[16]</sup>. Le but du traitement est le soulagement des souffrances psychiques, l'accès à une plus grande liberté individuelle et le renforcement de l'autonomie<sup>[17]</sup>. Un(e) psychothérapeute ne cherchera pas à opposer un patient à sa famille et à son milieu culturel<sup>[18]</sup>.

### Cadres réglementaires selon les pays

Selon les pays, le titre de psychothérapeute peut faire ou non l'objet d'une réglementation. En l'absence d'un tel cadre, il peut exister une grande confusion dans l'esprit du public vis-à-vis de cette profession de santé. Aussi pour contrecarrer les dérives vers le charlatanisme d'autant plus risquées dans le domaine de la souffrance psychique, un nombre croissant de pays a adopté des dispositions plus ou moins contraignantes réglementant le titre de psychothérapeute.

En France, le cadre juridique de la santé mentale est longtemps resté mal défini. Au cours des années 2000, la volonté de mettre en place une réglementation a abouti, suite à de longs et houleux débats avec le corps professionnel, à la loi du 20 mai 2010 qui fait du titre de psychothérapeute un titre professionnel protégé. Ainsi depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, la loi exige, pour les non-médecins, la possession d'une formation théorique agréée en psychopathologie clinique, validée par un diplôme de master en psychologie ou psychanalyse et complétée par un stage pratique. De manière dérogatoire, au diplôme peut se substituer une reconnaissance des acquis de l'expérience. La loi instaure aussi un registre national des psychothérapeutes au sein duquel sont enregistrés les professionnels après validation par les agences régionales de santé. Selon le Code de la santé publique, les psychothérapeutes ne sont toutefois pas considérés comme des auxiliaires médicaux. Ainsi, à la différence des actes pratiqués par les psychologues, les consultations de psychothérapeutes (non-médecins) en exercice libéral ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

Au Québec, la loi 21 datant de 2009 institue un permis de psychothérapeute délivré par les ordres professionnels concernés. En Suisse, la loi LPsy, datant de 2011, réserve à partir du 1.1.2018 le titre de psychothérapeute aux titulaires d'un master de psychologie ayant effectué une formation supplémentaire agréée.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

## **Corps médical et paramédical**

Dans de nombreux cas, la psychothérapie peut être menée en complément ou en association avec un traitement pharmacologique utilisant des médicaments psychotropes sur prescription d'un médecin, souvent psychiatre. Mais n'étant pas considéré comme une profession médicale, le psychothérapeute ne peut pas intervenir dans le choix du traitement médicamenteux ou de sa prescription, ni même dans le diagnostic.

## **Mécanismes**

Les multiples approches théoriques de la psychothérapie conceptualisent très différemment les mécanismes mis en œuvre au cours d'une psychothérapie qui aboutiront à un changement durable de l'état psychologique du patient.

## **Processus cognitifs**

Dans l'approche cognitivo-comportementale, l'accent est mis sur la reconfiguration de schéma mentaux. La nature de ces reconfiguration peut être explorée dans l'interaction avec le patient, mais aussi dans le cadre de recherches à visée scientifiques, grâce à des tests neuropsychologiques.

Les travaux de recherche visent également à identifier les modifications concomitantes du cerveau. Pour cela, les chercheurs font appel à des techniques d'imagerie cérébrale.

## **Processus de changement psychodynamique**

Le processus de changement en psychothérapie psychanalytique s'articule autour de trois facteurs psychodynamiques, ou « moteurs de changement »<sup>[19]</sup> :

L'expression libre est centrée sur les sentiments, les sensations corporelles, les pensées et représentations intimes, les émotions afin que le sujet objectivise toutes les résistances, les mécanismes de défense qui s'opposent à leur expression spontanée. Dans cette perspective, le sujet appréhende avec acuité la vraie nature du conflit intérieur, la réalité vivante et actuelle du conflit intra-psychique qui conditionne tous ses problèmes.

La catharsis est l'étape au centre du processus de changement est la libération émotionnelle des affects et émotions préalablement refoulés dans l'inconscient derrière les postures défensives. En effet, une fois le refoulé librement exprimé, les défenses psychologiques associées qui le justifient n'ont plus lieu d'être et peuvent dès lors être analysées, perlaborées et dissoutes pour investir dans une image du moi objective et intégrée.

La prise de conscience enfin est intimement liée à la mise en place d'un nouveau système de perception et de représentation mentale du sujet. D'une part l'attention est réévaluée. D'autre part le décloisonnement perceptif de la réalité des choses saisies auparavant disjointes les unes des autres permet l'accès à des sens et des contenus jusque là hors d'atteinte. Tout concourt à modifier radicalement le rapport psychologique du sujet au monde intérieur et par la même extérieur du point de vue structurel et dynamique, condition essentielle pour s'investir dans des expériences personnelles authentiques et créatrices, adopter des conduites de vie gratifiantes, sources de plaisir et d'épanouissement personnel.

## Approches et techniques

Article connexe : Liste des psychothérapies.

Depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, le nombre d'approches psychothérapeutiques a crû de manière très importante. De nos jours, il existe quatre groupes de psychothérapies sur lesquelles portent la quasi-totalité des études scientifiques et cliniques réalisées :

- les psychothérapies psychanalytiques (et celles qui en dérivent);
- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les thérapies systémiques et l'École de Palo Alto ;
- les thérapies humanistes.

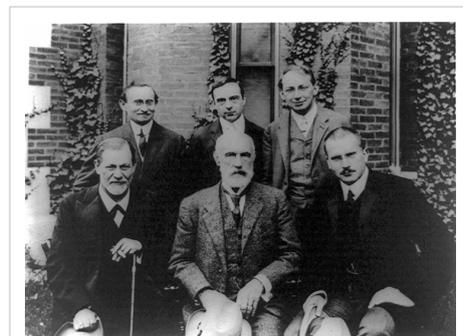
Ces différents groupes, quoique bien distincts sur les plans théoriques, pratiques mais aussi institutionnels, ne sont pourtant pas étanches. Un certain nombre d'approches ont ainsi tenté de concilier un ou plusieurs aspects de l'un ou l'autre des ces pratiques. Cette démarche « synchrétique » trouve son incarnation la plus aboutie dans le courant dit « intégratif » qui adopte, sans exclusive, des éléments théoriques ou pratiques issus des différentes approches mentionnées ci-dessus. Reposant sur l'observation qu'il existe des facteurs efficaces communs aux diverses approches psychothérapeutiques et constatant l'efficacité parfois limitée de telle ou telle approche dans une situation donnée, ce courant intégratif prétend ainsi « puiser ce qu'il y a de mieux dans chaque école, en l'adaptant au service du patient »<sup>[20]</sup>.

Hors de ces courants principaux, de nombreuses autres thérapies sont apparues, pour certaines basées sur des théories qui n'ont reçu aucune évaluation scientifique rigoureuse et souvent développées à travers les travaux d'un individu isolé et de ses « disciples » (étudiants, collègues, etc.). On compte ainsi aujourd'hui plus de 300 théories sans validité scientifique mais qui servent pourtant de fondements à des pratiques psychothérapeutiques<sup>[21]</sup>.

## Psychothérapies psychanalytiques

### Base commune

La théorie utilisée dans cette approche a été théorisée par Sigmund Freud. Elle vise à mettre au jour, dans le cadre d'une relation dite de transfert les causes et mécanismes inconscients d'une souffrance psychique qui peut se traduire par des conduites symptomatiques : hystérie, phobie, névrose obsessionnelle, névrose traumatique, dépression, psychose, perversion, etc. On différencie la « cure type », classique (nombre de séances hebdomadaires — 2 à 4 —, patient allongé sur un divan, paiement des séances...), de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique (face à face, intervention de la Sécurité sociale lorsqu'elle est pratiquée par un psychiatre). Cette dernière peut durer de quelques séances (psychothérapie brève) à plusieurs années. La cure type s'effectue sur plusieurs années. Il s'agit d'un travail en profondeur qui met en perspective au premier plan la réalité douloureuse et intime de son malaise et au second plan la motivation du patient à l'affronter et son désir d'aller mieux.<sup>[réf. nécessaire]</sup>



Les fondateurs de la psychanalyse devant la Clark University (Massachusetts) en 1909. Au premier plan de gauche à droite : Sigmund Freud, Stanley Hall et Carl Gustav Jung. Au second rang : Karl Abraham, Ernest Jones et Sandor Ferenczi.

La souffrance psychique résulterait de la condition d'être humain qui serait confronté à un conflit complexe entre des interdits parentaux intériorisés (surmoi), des idéaux (idéal du moi) et les pulsions (ça). Avec l'adulte comme avec l'enfant, la neutralité bienveillante, ou réserve empathique du psychanalyste, l'accueil inconditionnel de ce que le patient amène en paroles, ou parfois en actes, la discrétion du thérapeute par rapport à ce qui se passe en séance sont primordiaux. Elle crée les conditions d'une parole libre. Le psychothérapeute ne peut donc pas rapporter sa parole à

un autre même si, bien évidemment, le patient peut parler de sa psychothérapie à qui bon lui semble.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

L'attention flottante et la neutralité bienveillante que l'analyste est censé observer, lui permettent de produire une facilitation à la parole et une interprétation de celle-ci, sans jugement de valeur. L'analyse du transfert est capitale pour comprendre ce qui se joue dans la séance, elle est de ce fait la clé de voûte du changement thérapeutique des approches psychanalytiques.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

Les psychothérapies psychanalytiques désirent se distinguer des autres psychothérapies en réduisant au maximum les effets de la suggestion pour éviter l'écueil de l'adaptation du sujet à une norme sociale ou culturelle. Souvent, celle-ci est largement disponible dans le public, l'analysant pourra être tenté d'y chercher l'explication de l'intervention. Il est bien certain que la suggestion n'est pas directe ou voulue, comme dans l'hypnose, mais elle existe parfois tout de même. « Est-il possible qu'une psychothérapie ne soit pas peu ou prou une adaptation au monde extérieur. Les psychanalystes souhaitent que son effet opérationnel, en fin de traitement, soit un ordre retrouvé dans l'image du corps du sujet et dans l'axe de ses désirs allant des émois des stades archaïques les plus anciens, les plus originels, jusqu'aux émois de l'époque actuelle où s'organisent ses pulsions sexuelles inconscientes génitales » (Dolto). Il s'agirait d'accompagner un sujet dans l'appropriation de sa vie psychique inconsciente, et par là, dans l'épanouissement de ses potentialités créatrices.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

## Différence

Cette section est vide, insuffisamment détaillée ou incomplète. est la bienvenue !

## Psychoanalyse proprement dite (cure-type)

Lors d'une cure psychanalytique, l'analysé (patient) est invité à s'allonger sur un divan de telle façon qu'il ne puisse pas voir le psychanalyste. Cette position serait propice à la détente, ainsi qu'à la régression. Elle facilite la mise en place de la condition optimale permettant l'accès à la mémoire infantile, aux rêves et surtout à l'association libre. Cette dernière est la première des règles fondamentales, avec celles de l'abstinence.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

L'action thérapeutique du psychanalyste se joue dans l'analyse du transfert et contre-transfert. Le thérapeute se veut ici le moins interventionniste possible, en favorisant et respectant la parole du patient, donc le surgissement progressif de son inconscient. Ce qui peut se résumer à l'exploration des fantasmes sous-jacents aux actions et souffrances du patient.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

## Individuelle

Basée sur la cure-type, la psychothérapie psychanalytique individuelle peut différer de celle-ci sur un ou plusieurs points, tels qu'un entretien fait en face à face et/ou l'intervention du thérapeute de manière plus directive par exemple. Dès lors, elle peut s'appliquer à davantage de patients présentant des troubles variés, puisque la technique peut leur être adaptée. Ces modifications de la cure-type dépendent « en fait de l'organisation psychopathologique dont il s'agit et, dans une certaine mesure, du style et de la personnalité de l'analyste »<sup>[22]</sup>.

## Psychodrame psychanalytique

Le psychodrame psychanalytique comprend un dispositif rassemblant plusieurs thérapeutes psychanalystes. Il peut être individuel (un seul patient est reçu par le groupe) ou bien de groupe (plusieurs patients reçus). Les patients peuvent être des enfants, des adolescents, ou des adultes. L'indication est posée soit pour des patients trop inhibés pour faire face à la charge d'angoisse d'une psychothérapie individuelle, soit pour des enfants trop agités. Techniquement, le dispositif varie selon le type de psychodrame. Lors des psychodrames individuels, l'attention des soignants se portent surtout sur le patient alors que dans les psychodrames de groupe, les effets groupaux sont également observés avec attention et interprétés.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

Une histoire élaborée dans l'espace de parole est jouée dans l'espace de jeu. Le protagoniste (celui qui a proposé l'histoire) choisit des ego auxiliaires dans le groupe d'enfants et dans le groupe de thérapeutes. L'analyste de groupe

dirige le jeu, l'interrompt au moment qui lui semble le plus judicieux, propose des changements de rôle et de direction. Le jeu est pris comme un rêve et interprété comme tel. Les psychothérapies psychanalytiques, qu'elles soient groupales ou non, avec médiateur ou non, ont ceci de commun qu'elles visent toutes à analyser le niveau inconscient (conflits, fantasmes). Les difficultés du patient sont comprises comme autant d'expressions de leur vie inconsciente, et sont donc, à ce titre, précieuses car elles sont les ambassades de sa vie inconsciente. Le transfert du sujet, sur le cadre et le thérapeute, c'est-à-dire la réédition de conflits anciens, est utilisé ici et maintenant pour traiter ce qui, du passé, ne passe pas.<sup>[évasif][réf. nécessaire]</sup>

### En groupe

Cette thérapie est basée sur l'analyse de la relation transférentielle entre les membres du groupe, et notamment de la famille, et entre l'ensemble de celui-ci et le thérapeute, sous tendus par les fantasmes inconscients communs au groupe. Il ne faut pas confondre cette thérapie familiale, qui reste psychanalytique, avec les thérapies familiales systémiques, dans lesquelles le travail thérapeutique s'effectue selon un paradigme bien différent.

La thérapie de groupe peut se définir comme une procédure visant à réunir un certain nombre de malades de façon à ce que leurs interactions soient une aide et une fin thérapeutique. Le nombre de malades est en général une dizaine, et tous, sont sous l'encadrement d'un ou de plusieurs thérapeutes. Le but est que les phénomènes conscients et inconscients qui s'établissent entre les membres du groupe aient une influence thérapeutique sur l'individu lui-même. (Palmade. G 1998) Autrement dit, les facteurs présents dans la dynamique de groupe permettent une amélioration de l'état du malade. Le vie dans le groupe influe et soigne l'individu dans son propre vécu par des processus de socialisation, d'identification respectifs au groupe qui permettent une resocialisation (De Schill 1973). C'est avec les outils issus de la psychanalyse que les progrès vont être les plus remarquables dans la psychothérapie de groupe<sup>[23],[24],[25]</sup>.

### Enfants

Les groupes avec médiateurs sont le plus souvent proposés à des enfants jeunes, dont les capacités d'élaboration doivent être soutenues. Elles le sont de deux façons : par le groupe, dans lequel l'enfant peut se fondre ou prendre le risque de se détacher ; par le médiateur, qui prête sa forme à la représentation de fantasmes ou de conflits. L'exemple type est l'atelier conte, dans lequel un couple de psychothérapeutes raconte une histoire à un groupe d'enfants, histoire qui est ensuite jouée « en semblant ». Le conte donne au groupe une représentation d'une situation conflictuelle et les moyens d'en sortir. Le jeu permet à l'enfant d'en expérimenter de nouvelles, d'achopper sur des difficultés prévues

ou non, ou de répéter inlassablement la même chose. Le dispositif est en lui-même une interprétation : un couple et un groupe d'enfants rappellent la situation commune : nous venons tous d'une famille, nous avons tous des liens transgénérationnels, et cela nous pose des problèmes à tous. Les conflits sont représentés d'une façon plurifocale : dans le conte, dans le jeu, dans le groupe. Il y a donc une série d'enveloppes qui permettent de contenir et d'inscrire les différentes problématiques. Ces espaces sont représentés par la différence « espace du conte » et « espace du jeu ».<sup>[réf. nécessaire]</sup>

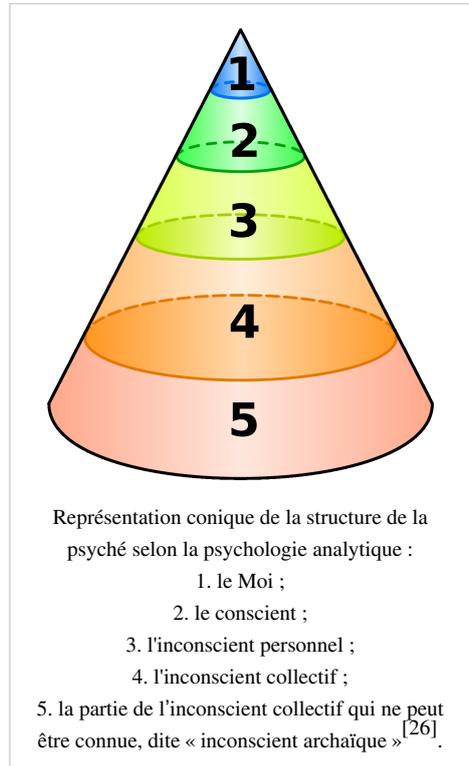


La thérapie du jeu de sable

### Psychologie analytique

La psychologie analytique est une approche à l'initiative du psychiatre suisse Carl Gustav Jung. Comme l'approche psychanalytique elle analyse les rêves de l'analysant (le patient), mais s'en distancie. Rattachée aux « psychothérapie d'inspiration psychanalytique », la démarche dite « jungienne » diverge néanmoins de l'analyse type de Freud, par le cadre éthique qu'elle instaure, et par les techniques mises en œuvre. Selon Jung, elle consiste en « des procédés encourageant une dialectique active entre lui-même et son patient »<sup>[27]</sup>. La psychothérapie analytique porte sur un nombre de séances hebdomadaires allant de une à deux et sur une méthode de discussion, d'élaboration et d'abréaction semblable, et dure en moyenne trois ans<sup>[28]</sup>. Néanmoins la position spatiale de l'analyste et de l'analysé diffère ; ceux-ci sont en effet face-à-face et le thérapeute jungien n'a pas recours à un divan. Des éléments non analytiques peuvent prendre place, tels que la suggestion ou l'imagination active, le jeu de sable<sup>[29]</sup>, le dialogue intérieur, la peinture ou toute autre forme de créativité. L'entretien peut-être parfois semi-directif (alors que la cure psychanalytique est un entretien non-directif)<sup>[30]</sup>.

Le transfert est recherché (au contraire de la cure psychanalytique, qui en distingue des hostiles) et l'interprétation des séries de rêves est l'un des piliers de la thérapie jungienne. Pour le reste, les règles s'apparentent à la psychanalyse classique : l'analyste examine l'association libre et vise la neutralité et l'éthique, celle-ci étant entendue comme le respect du rythme de développement du patient. En effet, l'analyse jungienne ne vise pas seulement et uniquement l'examen du passé du patient, mais a pour tâche de reconnecter la conscience avec l'inconscient et ainsi permettre une adaptation avec la vie sociale et émotionnelle. L'inconscient est, dans l'analyse jungienne, la source de l'éthique et elle a pour tâche de mettre à la conscience l'entière personnalité du patient, d'autant plus que « les processus inconscients mis en jeu dans le transfert induisent une relation de dépendance de l'analysant qui perd ses défenses et ses repères habituels. Ceci demande que l'analyste soit le garant de la relation transférentielle »<sup>[31]</sup>. C'est pourquoi les analystes jungiens doivent avoir une solide culture générale, notamment en histoire des symboles. Leur formation est longue (trois années après la formation initiale de psychiatre, en général). En France par exemple, la Société française de psychologie analytique forme les analystes d'obédience jungienne<sup>[32]</sup>. La thérapie jungienne se concentre donc surtout sur l'individuation, et non sur la cure des symptômes immédiats comme la névrose ; elle se veut une thérapie « synthétique-herméneutique<sup>[33]</sup> ».



### Approche cognitivo-comportementale

La psychothérapie cognitivo-comportementale résulte de l'association des thérapies comportementales et des thérapies cognitives et qui ont comme base communes des théories de la psychologie dite scientifique. Les thérapies comportementales ont donc pour socle théorique d'une part les théories du conditionnement (issues du béhaviorisme) et de l'apprentissage social (Albert Bandura) et d'autre part les théories de la cognition (psychologie cognitive). L'objectif est la guérison symptomatique : la phobie, l'obsession, l'addiction, le délire sont des symptômes cibles, résultant d'un désordre biochimique ou d'un mauvais apprentissage qu'il convient de faire disparaître. Le thérapeute utilise pour ce faire l'immersion durable dans la situation pathogène, l'aversion, l'inhibition réciproque, le renforcement positif et négatif. Leur visée est la « restructuration cognitive ». Les « schémas cognitifs » sont stockés en mémoire et considérés comme déterminés par les prédispositions biologiques innées et l'apprentissage. Ils sont activés par des stimulations ou des émotions semblables à celles qui ont été vécues lors de leur stockage. Les

distorsions cognitives (inférence, abstraction sélective, surgénéralisation, maximalisation, minimalisation, raisonnement dichotomique, personnalisation...) expliqueraient la maladie mentale. <sup>[réf. nécessaire]</sup>

Le thérapeute est actif et directif et garde avec le patient une bonne relation ; il lui est lié par un contrat prévoyant les résultats escomptés, et il encourage le patient à prendre un rôle actif. Ses interventions sont centrées sur l'ici et maintenant. L'investigation sur les éléments cognitifs (pensées, images, comportements, émotions) induit un décentrement et donc une métacognition qui rend possible la restructuration cognitive. La formation aux Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC), impliquant le statut de psychologue ou de psychiatre, peut être universitaire, en deux ou trois ans. Le psychothérapeute peut aussi se former par le biais de l'association française de thérapies cognitivo-comportementales (AFTCC), sur trois ans. Cette association dispose d'un institut de formation agréé par l'État dans le cadre de l'encadrement du titre de psychothérapeute et est affilié à une association européenne cherchant à implémenter des standards assurant un gage de qualité. <sup>[réf. nécessaire]</sup>

## Psychothérapies systémiques

Les psychothérapies d'inspiration systémiques peuvent être individuelles ou familiales. Elles examinent les troubles psychologiques et comportementaux du membre d'un groupe comme un symptôme du dysfonctionnement du dit groupe (généralement la famille). La thérapie familiale systémique implique un traitement du groupe et une participation de tous ses membres. Parmi les thérapies familiales de différentes natures, il y a les thérapies systémiques familiales élaborées par Paul Watzlawick, Donald D. Jackson et les autres dans une approche écosystémique. Jay Haley a contribué par des interventions inventives, surprenantes et paradoxales. Les thérapies systémiques familiales ne sont pas des thérapies dite de groupe, leur caractère familial signifie qu'elles tiennent compte de l'implication de tous les membres qui composent la famille, mais ne traitent pas tous les membres en groupe. L'accent est mis sur la façon dont les autres membres de la famille (par rapport au « malade » désigné) entretiennent un comportement perturbé. Ce qui ne veut pas dire qu'elles peuvent en tirer un quelconque profit, mais seulement que les schémas (patterns) interactionnels, c'est-à-dire les règles d'interaction, une fois établis, ont tendance, à cause de leur fonction homéostatique, à s'auto-perpétuer. Autrement dit, ils maintiennent le système d'interactions dans sa forme présente. Une approche systémique familiale n'exige pas que toutes les personnes, composant le système familial, assistent aux séances de thérapie. Un changement approprié dans un sous-système entraîne souvent une évolution majeure du système entier. Le « malade » désigné, à la limite, peut ne pas assister aux séances de thérapie.

La thérapie systémique individuelle (thérapie brève de Palo Alto, mise en forme par Paul Watzlawick, J. Weakland, D. Fich, etc.) diffère de la thérapie familiale dans le traitement. Elle a mis en évidence qu'il n'est pas nécessaire de convoquer tout le groupe pour opérer un changement. Elle affirme qu'il est possible de modifier unilatéralement ses relations avec les autres membres du groupe, ce qui peut avoir un effet sur le fonctionnement du groupe.

Pour changer un comportement, les thérapies systémiques proposent un « enveloppement stratégique », en agissant au niveau supérieur du contexte du comportement à modifier, plutôt que d'agir directement sur le comportement lui-même, à son niveau. Sun Tzu a proposé d'attaquer la stratégie de l'adversaire, au niveau supérieur des règles de conduite, plutôt que de l'affronter directement au niveau de ses forces vives, pour transformer l'infortune en avantage et faire du chemin sinueux la route la plus directe. Dans cette perspective, la « théorie des contextes » d'Anthony Wilden <sup>[34]</sup> propose d'installer un nouveau contexte, tel que le comportement attendu puisse survenir, se maintenir et se développer comme une « réponse appropriée » à ce contexte. Cette « réponse appropriée » à l'environnement et au contexte est de l'ordre de l'explication cybernétique, en contraste à l'explication causale des thérapies comportementales et psychodynamiques ou psychanalytiques.

Les thérapies systémiques familiales sont des pratiques enveloppées par un enchevêtrement de théories cybernétique, sémiotique et systémique. Elles sont cybernétiques en interprétant un comportement « anormal » comme parfaitement adapté ou « normal » à un contexte et un environnement qui, eux, sont « anormaux ». Ainsi, par exemple, la schizophrénie considérée comme une maladie incurable et progressive de l'esprit d'un individu est

complètement différente de la schizophrénie considérée comme la seule réponse possible à un contexte où la communication est absurde et intenable. Elles sont cybernétiques en intervenant non pas exclusivement sur le « malade » déclaré, mais sur l'environnement et le contexte « malades », au niveau supérieur de la gouverne ou de la commande. Elles sont sémiotiques en interprétant le comportement humain comme communication des signes, signifiants et significatifs, dans un contexte et considèrent les deux termes, communication et comportement, comme étant pratiquement synonymes. Toute communication suppose un engagement dans une relation et définit par là et en même temps la manière dont les communicants conçoivent, souhaitent ou exigent et voient cette relation. Toute communication, alors, présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second enveloppe le premier et, dès lors, est une métacommunication située au niveau supérieur dans une hiérarchie de type logique, de contrainte ou de complexité. Dans l'intervention, elles attachent la plus grande importance à recadrer une relation, en lui attribuant d'autres significations et valeurs, de telle manière qu'elle apparaît totalement différente.

L'exercice thérapeutique est essentiellement centré sur les tentatives de résolution déjà faites, sur ce qui a été déjà entrepris pour traiter les difficultés du « malade », plutôt que sur les difficultés elles-mêmes. Comme l'explication cybernétique est dite « négative » par rapport à l'explication causale dite « positive », ce travail thérapeutique est à « contrario » après l'observation de ce qui n'est pas et des « terribles simplifications », comme dans la dépression, le bégaiement et l'insomnie. Il s'agit, alors, de prendre des mesures pour empêcher le maintien, le développement et la reproduction des comportements qui entretiennent le problème et de recadrer ou redéfinir ce-lui-ci, ainsi que les buts que se sont fixés les personnes impliquées dans ce problème et les points de vue qu'elles ont jusqu'alors adoptés. Ce qui peut provoquer chez elles des comportements complètement différents.

## **Psychothérapies dites humanistes**

### **Psychothérapie rogerienne**

La psychothérapie rogerienne, ou thérapie humaniste ou, des mots même de Carl Rogers : « thérapie centrée sur le client » puis « approche centrée sur la personne », repose sur le postulat de l'existence d'une tendance actualisante positivement orientée, inhérente à tout organisme vivant (principe de complexité ou d'auto-organisation).<sup>[réf. nécessaire]</sup>

### **Soutien**

Le terme de psychothérapie de soutien définit un objectif thérapeutique qui ne renvoie pas à une théorie et une technique clairement définie. L'objectif est avant tout d'aider la personne à supporter ses symptômes ou ses souffrances, le primat de toute psychothérapie. Ensuite, et dans l'absolu, un thérapeute de soutien devrait être en mesure d'aider son patient à trouver la théorie et la technique la plus adaptée à sa problématique et en conséquence à le rediriger vers le thérapeute maîtrisant cette technique ; si lui-même ne la maîtrise pas.<sup>[réf. nécessaire]</sup>

### Gestalt-thérapie

La Gestalt-thérapie s'intéresse à l'ajustement permanent entre un individu et son environnement. Cet ajustement est, par définition, en perpétuel changement. Le terme Gestalt vient du verbe allemand *gestalten*, qui signifie « mettre en forme, donner une structure ».<sup>[réf. nécessaire]</sup>

### Analyse transactionnelle (AT)

Éric Berne (1910-1970) psychiatre, commence en 1941 une analyse avec Paul Federn. De 1943 à 1946 il est engagé comme psychanalyste dans le corps médical de l'armée des États-Unis où il dirige des thérapies de groupe. En 1947, il reprend une analyse avec Erik Erikson, mais voit sa candidature à l'institut de psychanalyse de San Francisco rejetée en 1956. Il décide alors de faire de ses travaux personnels la base d'une nouvelle méthode de psychothérapie : l'analyse transactionnelle (AT). Il s'agit d'une méthode de thérapie de groupe ou individuelle qui met l'accent sur le partage des outils thérapeutiques avec les patients, et sur l'analyse des interactions entre les personnes.

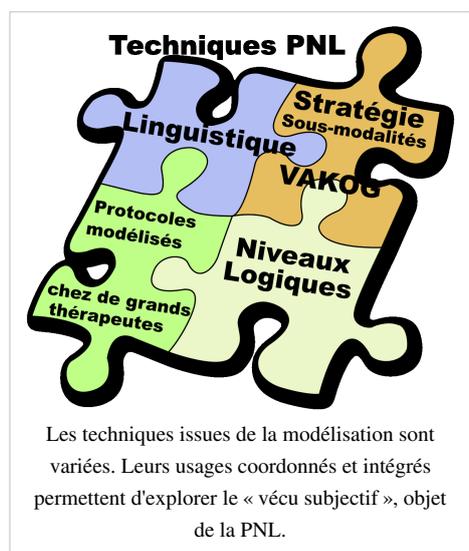
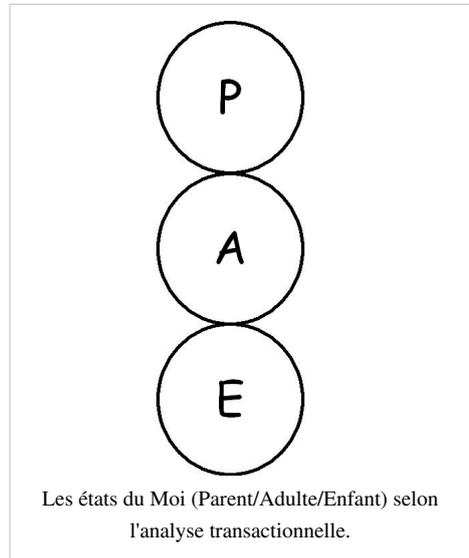
Le postulat de base de l'AT est que les conséquences dans la vie adulte de croyances et de décisions limitantes prises pendant l'enfance peuvent être mises en lumière pour permettre de nouveaux choix de vie. Actuellement, l'AT est un ensemble de théories : personnalité (fonctionnement intra-psychique), communication (transactions relationnelles), organisation des systèmes (fonctionnement des groupes et des organisations), supervision (méthodes et pratiques à l'adresse des psychothérapeutes). Les modes de communication (manifestes, cachés ou à double fond) sont analysés en termes d'États du Moi<sup>[35]</sup>. La Miviludes(France)<sup>[36]</sup> dénonce « les dangers qu'une pratique inappropriée de l'analyse transactionnelle est susceptible d'engendrer » (p. 136). Mais précise qu'« il est évident que ce n'est pas l'outil qui doit être critiqué et a fortiori condamné.» (p. 144).

L'analyse transactionnelle est également une importante source d'apports théoriques et pratiques pour le coaching en France.

### Programmation neuro-linguistique (PNL)

La programmation neuro-linguistique (PNL) voit le jour en 1974 aux États-Unis à partir du travail de Richard Bandler et John Grinder sur la modélisation de grands psychothérapeutes de différentes approches et méthodes psychothérapeutiques (Fritz Perls pour la Gestalt, Virginia Satir pour la systémique, Milton Erickson pour la thérapie brève et l'hypnose).

L'essentiel de la psychothérapie PNL (aussi appelé PNLt, t pour thérapie) est basé sur l'idée que c'est moins la réalité de ce que le sujet a vécu qui lui pose problème que la façon dont il a compris, interprété et utilisé ce qui s'est passé, ce qui lui est strictement personnel et unique et que l'on nomme l'«expérience subjective». C'est à partir de celle-ci que l'intervenant en PNL aidera la personne à définir un



objectif, à modifier cette représentation mentale et émotionnelle, à mobiliser ses ressources pour résoudre ses problèmes personnels ou professionnels. À partir du moment où une représentation (compréhension et encodage sensoriel d'une situation donnée) est modifiée, son impact dans le présent devient différent aussi.

Un autre grand principe fait aussi l'originalité de la psychothérapie PNL : le thérapeute considère que tout comportement, y compris ceux qui semblent inutiles, nocifs ou bienfaisants, est sous-tendu par une « intention positive » c'est-à-dire qu'il a pour fonction de remplir un besoin de la personne. Le travail thérapeutique n'aura donc par prioritairement l'objectif de vouloir changer un comportement inadapté mais plutôt de chercher comment répondre au besoin par d'autres choix comportementaux.

Pour certains psychothérapeutes, la PNL s'exerce dans une logique de thérapie brève (par exemple 6 mois). Alors que d'autres l'utilisent dans des problématiques nécessitant plus de temps. Il s'agit aussi d'une thérapie orientée vers les solutions, de nouveaux objectifs pour aider le client à orienter sa vie en ayant plus de choix et de possibilités.

Pour les psychothérapeutes en PNL, si la première étape de toute psychothérapie est la qualité de relation à travers laquelle le client sait qu'il peut avoir confiance et être totalement respecté (où sont utilisées les techniques d'écoute et de mimétisme verbal et non-verbal), la deuxième est celle de l'exploration du problème et de la demande (questionnement et analyse de la situation problématique et recherche et clarification de l'objectif souhaité par le client), ce qui aura déjà une action thérapeutique puisque le sujet revisite ses liens mentaux, ses associations, ses objectifs... La troisième étape correspond aux actions et changements au niveau mental et émotionnel à mettre en place en mobilisant les ressources de la personne pour changer les représentations qui sont devenues limitantes et gênantes dans sa vie. Ces changements entraîneront aussi des changements au niveau comportemental. Deux démarches sont possibles : changer directement le vécu subjectif (par les stratégies mentales, les sous-modalités...) ou utiliser des protocoles issus de l'observation de grands thérapeutes grâce aux techniques de négociation (négociation des parties, recadrage en six points), et aux techniques de neutralisation ou apaisement (restauration de l'accord avec soi-même dans des situations passées difficiles), en respectant toujours les besoins et les objectifs du client. La quatrième étape est une évaluation qui se fait en continu.

### **Thérapies dites brèves**

Ce terme de « thérapie brève » regroupe des pratiques très différentes, qui ont comme point commun une volonté de résultats rapides.

En effet, que se soit par un changement de paradigme (thérapie brève centrée sur la solution), en construisant une solution plutôt que de résoudre un problème, ou un croisement d'influences, mélange de pratiques, carrefour de théories, (psychothérapie intégrative), ou encore une méthode s'appuyant sur un travail sur le rêve-éveillé (Psychothérapie intégrative analytique), les thérapies brèves ont toutes comme idéal de soulager la souffrance du sujet le plus vite possible.

### **Hypnose thérapeutique**

L'état d'hypnose est un état modifié de la conscience qui permet, selon les praticiens qui l'utilisent, un accès facilité à l'inconscient. Cet état peut être utilisé par des thérapeutes afin de parvenir à des changements, on parle alors d'hypnose thérapeutique. Il est important de comprendre que l'hypnose constitue seulement un outil qui permet, selon les hypnothérapeutes, d'accéder aux couches profondes de la personnalité. Il est donc nécessaire d'associer à « l'induction hypnotique » différentes interventions.



L'hypnose a été très utilisée au XIX<sup>e</sup> siècle, puis est tombée dans un relatif discrédit avec l'essor de la psychanalyse. Freud, en effet, utilisa l'hypnose pendant quelque temps, mais il critiqua ensuite son usage, bien qu'il continua toute sa vie à entretenir une relation complexe avec l'hypnose. Aujourd'hui encore, la psychanalyse critique cette méthode dont pourtant elle s'origine (la psychanalyste D. Si Ahmed parle de la transe comme "le grand refoulé de la psychanalyse" et, avec elle, de la culture occidentale) en mettant en cause un effet de déplacement symptomatique, qui se produirait quelque temps après sa disparition (telle que la théorie psychanalytique le prescrit). Ceci serait le fait que la source du conflit n'est pas résolue. Cette critique est infirmée par les faits cliniques. D'autre part, une telle critique non seulement présuppose une origine conflictuelle au symptôme (ce qui reste à démontrer), mais pose un regard caricatural sur la nature du travail réalisé en hypnose.

De nombreux praticiens poursuivent et développent toutefois l'étude et utilisation de l'hypnose thérapeutique. En France, par exemple, les travaux de Léon Chertok et François Roustang ont une large audience.

L'hypnose ericksonienne, qui a été mise au point par le psychiatre Milton Erickson, se caractérise par sa souplesse, le non-dirigisme, et l'usage abondant de métaphores pour décrire la situation du patient. C'est une thérapie brève, elle se situe dans une optique très courte : quelques mois pour un trouble grave, parfois une seule séance pour un trouble mineur. Cette approche originale a influencé de nombreux thérapeutes. La pratique d'Erickson a encadré de nombreuses pratiques comme la programmation neuro-linguistique (PNL) ou les thérapies systémiques. Ce dialogue interdisciplinaire et ces influences multiples ont vu le jour aux États-Unis où l'hypnose ericksonienne jouit d'une bonne réputation. En France, elle est néanmoins vivement rejetée par les milieux psychanalytiques, qui, comme l'ont montré L. Chertok puis F. Roustang, ont toujours gardé une relation fantasmagorique avec l'hypnose.

### **Thérapies utiles dans certaines situations particulières**

#### **Méthode des alcooliques anonymes (AA)**

Bien que connue pour son application d'origine (le traitement de l'alcoolisme), la méthode des alcooliques anonymes tend à connaître des champs d'applications de plus en plus vastes sur tous les comportements d'addiction (alcool, drogue, jeu, etc.). Il s'agit d'une thérapie qui utilise le soutien par les pairs, à travers des réunions de groupe, en général pour une durée indéfinie,

Le traitement proposé par les Alcooliques Anonymes aide l'acoolique non seulement à arrêter de boire, mais aussi à fonctionner dans la société après l'arrêt de consommation d'alcool.

#### **EMDR**

L'EMDR (pour *Eyes movement desensitization and reprocessing* ou *Désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires*) est une technique psychothérapeutique courte qui emprunte à beaucoup d'autres psychothérapies sans relever d'aucune en particulier. On pourrait citer l'hypnose, mais toutes les psychothérapies en relèvent peu ou prou, y compris la psychanalyse (Être allongé et parler à quelqu'un qu'on ne voit pas provoque généralement un état de transe), à la psychodynamique, aux thérapies cognitivo-comportementales, etc. Conçue pour traiter essentiellement les cas de stress post-traumatique par des stimulations sensorielles alternées, elle aborde aujourd'hui l'ensemble de la nosologie.

Créé par l'américaine Francine Shapiro, son protocole est très strict et codifié. Il consiste à identifier l'image traumatisante, la croyance (cognition) négative associée et la positive à installer. Il est aussi possible de travailler par des sons alternatifs sur chaque oreille ou par un « tapping » sur chaque main. Elle se situe dans une optique courte avec un objectif de guérison rapide d'un traumatisme. L'efficacité que ses promoteurs lui reconnaissent serait due à des mécanismes psychoneurologiques, faisant intervenir aussi bien le cortex que le système limbique.

### **Debriefing psychologique après traumatisme psychique**

Le debriefing psychologique est une intervention psychothérapique individuelle ou collective qui peut être proposée dans la période de deux à dix jours qui suit un traumatisme psychique. Différentes techniques existent, la technique nord-américaine étant assez différente de la technique francophone. Le debriefing vise à la fois à soulager la douleur psychique causée par le traumatisme, et à réduire le risque de survenue ultérieure de complications psychiatriques (notamment d'un Trouble de stress post-traumatique) ou bien encore à réduire leur intensité. Il est généralement suivi d'un second entretien. En France, le réseau des CUMP assure de tels soins dans le cadre du SAMU, mais de nombreux autres praticiens y sont également formés.

### **Psychothérapies corporelles**

#### **Analyse psycho-organique**

L'analyse psycho-organique, théorie et méthode élaborée par Paul Boyesen, allie intimement le travail corporel et le travail analytique. Elle combine les méthodes de la psychologie biodynamique et la démarche psychanalytique classique telle qu'elle a été formulée par Sigmund Freud en intégrant la vision psychologique plus large proposée par Carl Jung, puis « intégrée dans le corps » par Wilhelm Reich.

#### **Thérapie primale**

La thérapie primale attribue à la frustration dans l'enfance et la souffrance vécue comme intolérable par le sujet qui en découle un rôle fondateur dans la genèse du trouble psychique. Cette première expérience traumatique entraîne un clivage névrotique du moi qui a pour fonction de refouler dans l'inconscient cette souffrance et la scène historique qui l'englobe et la contextualise. Mais ce besoin refoulé verrouillé par un schéma défensif psychologique sous forme de négations ou croyances, perdure dans toute son énergie et crée une tension permanente à la recherche illusoire d'une satisfaction réelle, tension qui s'actualise sous forme de pensées et d'activités compulsives.

Dans cette perspective le but de la thérapie est de permettre de se réapproprier consciemment ce besoin en réduisant les postures défensives afin de se remémorer et revivre la scène primitive traumatique. Ce retour à la conscience du souvenir s'accompagne d'une réactivation de la souffrance qui lui est associée, souffrance dès lors reconnue, acceptée et intégrée au moi pour être affrontée et revécue dans l'expression libératrice d'un cri vital<sup>[37]</sup>.

#### **Médiation**

Les méthodes thérapeutiques qui utilisent une médiation, c'est-à-dire qui n'utilisent pas exclusivement la parole, ne sont pas à proprement parler des psychothérapies. Elles peuvent utiliser la création artistique, la danse, le corps. En voici une liste non exhaustive :

- l'art-thérapie ;
- l'analyse bioénergétique
- l'éducation créatrice par la peinture d'Arno Stern ;
- la danse-thérapie ;
- l'hippothérapie, ou plus généralement la zoothérapie ;
- la relaxation, souvent une étape avant une psychothérapie ;
- la sophrologie ;
- le training autogène de Schultz, une technique de relaxation thérapeutique visant un apaisement du stress et de l'anxiété, à travers l'obtention d'un état d'auto-hypnose, aussi utilisée par certains médecins dans un but d'aide au contrôle de l'anxiété et du stress chez les patients présentant une maladie physique, comme une maladie cancéreuse, ou encore une maladie psychosomatique ;
- le rêve-éveillé, utilisation de l'imaginaire et du symbolique via l'élaboration à l'état de veille de scénarios de type onirique.

- la musicothérapie : utilisation de la musique dans une démarche de soins. (musicothérapie active, musicothérapie réceptive, détente psychomusicale)
- la scénothérapie utilise le texte littéraire et sa beauté formelle comme inducteur d'émotions.

### Autres formes

À côté des principales approches évoquées ci-dessus, il existe de nombreuses autres pratiques psychothérapeutiques, pour certaines élaborées à partir d'une base scientifique, pour d'autres inspirées de pratiques traditionnelles, mais dont la validité est rarement démontré rigoureusement<sup>[20]</sup>. On peut ainsi citer :

- La psychothérapie tantrique
- Le focusing
- La psychosynthèse
- La thérapie de la réalité (dite aussi thérapie du choix)
- La constellation familiale
- La psychothérapie transpersonnelle
- La psychothérapie existentielle
- Les thérapies de la mémoire retrouvée (TMR) (voir infra)
- L'analyse tridimensionnelle<sup>[précision nécessaire]</sup> (ATD) a été développée en 1989 par Myriam Goffard<sup>[Qui ?][réf. nécessaire]</sup>.

### Inspirée de l'école française

Bien qu'aujourd'hui l'analyse psychologique de Janet ne soit plus appliquée, on constate un retour de cette approche clinique française<sup>[38]</sup>. Le but de cette psychothérapie est de « permettre à la personne de réactiver ses processus adaptatifs »<sup>[39]</sup>, et ceci à moyen (quelques mois) ou à long terme (quelques années) suivant les besoins.

Le psychothérapeute issu de ce courant base son intervention sur l'analyse de la relation intersubjective (différent du transfert en psychanalyse) avec le patient, c'est-à-dire qu'il y a réelle interaction entre deux sujets à part entière, en prenant en compte « à la fois la psychogenèse et la structure du patient »<sup>[39]</sup>.

### Mémoire retrouvée (TMR)

Ces thérapies sont dans la littérature appelées soit : TMR, thérapies de la mémoire refoulée ou retrouvée, TSR , thérapies des souvenirs refoulés, RMT, Repressed Memory Therapy, ART , Age Regression Therapy, DEP, Deep Emotional Therapy. ... Quel que soit le vocable, les objectifs sont les mêmes, retrouver par la thérapie à l'âge adulte, des souvenirs d'abus sexuels « refoulés » (au sens freudien), survenus dans l'enfance.

Selon E. Loftus, spécialiste américaine de l'étude de la mémoire (1997, *Le Syndrome des faux souvenirs*, éd. Exergue) ou encore R. Webster, (1995, *Le Freud inconnu*, éd. Exergue), rien ne permet de prouver, en l'état actuel de nos connaissances, que le refoulement inconscient existe, ni qu'un souvenir retrouvé en psychothérapie soit vrai.

R. Webster constate : « À ce jour, on a été incapable de produire des preuves solides qu'un seul souvenir d'abus sexuel retrouvé en thérapie corresponde à de réels épisodes. On a en revanche abondamment prouvé que la mémoire (surtout la mémoire enfantine) est extraordinairement malléable et imprécise. » (1995, p.484)

Aujourd'hui, ces pratiques thérapeutiques sont dénoncées par des scientifiques de renom, des associations professionnelles de psychiatres et de psychologues, qui vont jusqu'à les interdire à leurs membres, comme en Grande-Bretagne le Royal College of Psychiatrists.

## Agapèthérapie

La thérapie en question, est pratiquée initialement au Québec. Elle se développe aussi en France et en Belgique. "Agapèthérapie" vient du grec : agapè = Amour de partage et de convivialité, thérapie = démarche de guérison avec l'aide d'un thérapeute. Agapèthérapie = Guérison par l'Amour et le partage.

Dans les convictions de ces thérapeutes, des souvenirs ou traumatismes datant de la conception, d'avant la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans peuvent être la source de problèmes émotionnels ou mentaux actuels. Les Agapèthérapeutes prétendent guérir par une démarche d'aide, qui par certains côtés s'apparente à des pratiques suggestives et charismatiques dites de l'*inner-child therapy* (de "l'enfant intérieur"). Des résultats négatifs ont été rapportés.

## Intervenants

Selon les législations spécifiques de chaque pays le titre de psychothérapeute peut ou non être réglementé. Là où il est réglementé, par exemple en France, l'exercice des psychothérapies par des non psychothérapeutes peut être néanmoins parfaitement légal. Aussi est-il important de bien connaître les différents types de professionnels qui peuvent proposer des psychothérapies, et de se renseigner précisément lorsqu'on souhaite consulter un professionnel.

- En France, les psychothérapeutes sont des professionnels enregistrés au Registre national des psychothérapeutes. Ils sont enregistrés en préfecture et leur exercice dépend de l'Agence régionale de santé du lieu où ils exercent. Ils sont titulaires d'un diplôme de psychopathologie spécifique délivré par un institut de formation public ou privé agréé après des études universitaires avancées en médecine (doctorat), psychologie (M2) ou psychanalyse (M2).
- En France, les *psychologues* sont titulaire d'une licence, d'une maîtrise et d'un DESS de psychologie (dit aujourd'hui Master de sciences humaines mention psychologie). Ce titre universitaire est protégé par la loi française. Ils réfèrent leur pratique au code de déontologie des psychologues depuis le 22 mars 1996, garant de l'éthique de la psychologie. Au Canada les psychologues sont des professionnels de santé titulaire d'un doctorat en psychologie (D.Psy.).

La psychologie est une science humaine et dépend donc de méthodologies différentes de la psychiatrie qui est issue de la médecine (sciences biologiques). Psychologues et psychiatres ont donc une approche différente (parfois complémentaires, parfois antinomique) de la souffrance humaine. En effet, les psychologues ont une formation de haut niveau concernant la psychologie de l'individu (dans ses dimensions cognitives, émotionnelles, relationnelles) et de la dynamique des groupes humains. Le titre de psychologue, selon la spécialisation et le domaine d'intervention du praticien, peut donc recouvrir un large spectre de pratiques. Entre le neuropsychologue qui va au moyen d'un bilan neuropsychologique, pouvoir formuler un diagnostic très précoce de démence, le psychosociologue intervenant en entreprise, le psychologue expérimentaliste en laboratoire qui étudie les mécanismes de la représentation mentale, le psychologue clinicien faisant des bilans, des groupes d'analyse ou des psychothérapies, les écarts peuvent être très larges.

- Les *psychiatres* ont une formation de médecin : tronc commun pendant six années, puis quatre ans de spécialisation. Ils sont donc habilités à prescrire des médicaments, et leurs consultations peuvent être remboursées car ce sont des consultations médicales (cependant, les psychiatres pratiquent parfois des techniques psychothérapeutiques dans lesquelles la participation financière du patient est censée avoir une vertu thérapeutique et demandent donc un paiement sans remboursement). Les psychiatres exercent dans le public (hôpital, dispensaire, Centre Médico-Psychologique) ou le privé (cabinet, clinique). Le terme *psychiatre* ne présume pas de la technique thérapeutique utilisée (Cf. psychothérapies), mais du diplôme de docteur en médecine et de l'inscription au conseil de l'ordre des médecins. Ils sont soumis au code de déontologie médicale.
- Les *psychanalystes* peuvent ou non être psychologues ou psychiatres. Ils ont suivi une formation psychanalytique, mais celle-ci n'est garantie par aucun diplôme. En revanche, leur affiliation à des mouvements psychanalytiques reconnus garantit la solidité de leur formation. Il ne faut pas hésiter à leur demander à quelle école ils appartiennent, ou à consulter les registres des différentes écoles de psychanalyse.

- Les *travailleurs sociaux*, notamment au Canada, sont fréquemment formés aux thérapies ou plus précisément au counseling. Ces professionnels peuvent au Canada sous certaines conditions précises obtenir un permis de psychothérapeute (délivré par l'ordre des psychologues).
- Les *services de secours d'urgence* peuvent proposer des soins psychothérapeutiques. En France, c'est le cas avec les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP voir Débriefing).
- Certains thérapeutes n'appartiennent à aucune de ces catégories, rien ne garantit alors leur professionnalisme ni le cadre éthique de leur intervention, et c'est au patient de se renseigner alors précisément.

## Réglementations

### Belgique

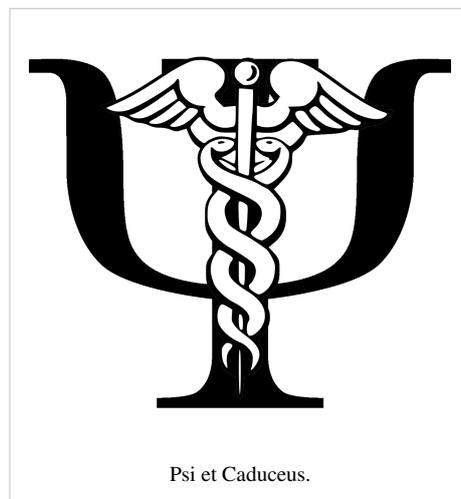
Depuis 5 ans, les ministres de la santé successifs ont décidé de légiférer les professions de santé mentale. Quatre d'entre elles sont tout particulièrement visées : les psychologues cliniciens, les sexologues cliniciens, les ortho-pédagogues et les psychothérapeutes.

Différents projets ont été élaborés, mais aucun ne faisant l'unanimité n'a débouché sur une législation. En caricaturant un peu les positions en présence, il y a essentiellement deux tendances : l'une considère que ces professions doivent être des professions de la santé (sans différenciation entre santé somatique et psychique) et, à ce titre, faire partie de l'arrêté 78 qui régit les professions médicales et paramédicales, l'autre pas.

### France

Actuellement, le titre de psychothérapeute est réglementé en France. Il sanctionne la validation d'un cycle de spécialisation théorique et pratique en psychopathologie effectué après des études universitaires de médecine (doctorat de médecine), de psychologie (M2 de psychologie) ou de psychanalyse (M2 de psychanalyse). Il constitue un titre commun partagé par des professionnels issus de formations distinctes et complémentaires. Les psychothérapeutes sont inscrits au registre ADELI qui regroupe l'ensemble des professionnels de santé, ils exercent sous la surveillance de l'agence régionale de santé dont ils dépendent et un registre des psychothérapeutes peut être consulté en préfecture. Par dérogation certains professionnels ne disposant pas des diplômes universitaires exigibles mais pouvant justifier de plus de cinq années d'exercice à la date de parution de loi peuvent être admis à porter le titre de psychothérapeute après un passage devant une commission spécialisée et un éventuel complément de formation.

Jusqu'à peu, en France, le titre de psychothérapeute ne faisait l'objet d'aucune réglementation et tout un chacun pouvait donc s'en prévaloir sans formation ni contrôle de l'activité. Afin de faire face à d'éventuelles dérives le législateur français s'est prononcé en faveur de l'encadrement du titre de « psychothérapeute ». L'article 52 de la loi du 9 août 2004 (JO n° 185 du 11 août 2004 page 14277), appelé parfois « amendement Accoyer », du nom de son principal inspirateur, visait à réglementer l'usage du titre de psychothérapeute. Mais suite à une intervention du Conseil d'État, jugeant la formulation de cette loi ambiguë, il devint impossible d'en publier les décrets d'application. La loi du 24 juin 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » (article 91) modifia cette première version de la loi en abandonnant la notion de "membre de droit". Elle institua l'obligation d'une formation universitaire pour tous les nouveaux psychothérapeutes. Ces modifications levèrent la contradiction interne de la première version de la loi ce qui permit la parution de son décret d'application. Celui-ci a été publié le 20 mai 2010 (Décret du 20 mai 2010 n° 2010-534, JORF n° 0117 du 22 mai 2010 page 9448) et d'éventuelles sanctions pour usage illégal du titre de



Psi et Caduceus.

psychothérapeute deviennent donc applicables à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010, date de son entrée en vigueur.

Le texte intégral de la loi et de son décret d'application peuvent être consultés sur le site Légifrance : article 52 de la loi du 9 août 2004 (après sa modification du 24 juin 2009)<sup>[40],[41]</sup> Les psychothérapies ne sont remboursées par la sécurité sociale ou les assurances maladies françaises que si elles sont pratiquées par des psychiatres ou si elles sont effectuées dans un centre médico-psychologique. Certaines mutuelles et assurances privées peuvent rembourser à leurs clients une partie des honoraires versés à leurs psychothérapeutes.

## Luxembourg

Une particularité notable du Luxembourg, est qu'il n'existe pas d'instituts de formation psychanalytique<sup>[42]</sup> comme il en existe dans d'autres pays d'Europe par exemple.

## Québec

Le titre de psychologue est reconnu et protégé au Québec comme partout au Canada. Le psychologue est titulaire d'un doctorat d'exercice en psychologie (D.Psy.). La législation est claire et stipule les études nécessaires pour l'obtention du titre, les règles de déontologie ainsi que les diverses réglementations concernant les rouages internes de l'ordre professionnel des psychologues du Québec. De nombreuses discussions ont eu lieu dans les années 2003-2004 auprès de divers ordres professionnels (psychologues, conseillers d'orientation, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes). La Loi n° 21 (activités réservées et psychothérapie) de 2009 stipule que la psychothérapie est d'emblée réservée aux psychologues et aux médecins. Ceci étant dit certains professionnels titulaire d'une maîtrise (5 ans d'études) dans le domaine de la santé mentale ou des relations humaines d'une part et membre de l'un des ordres professionnels mentionnés ci-dessus d'autre part, pourront obtenir un permis afin de pratiquer la psychothérapie.

Les ordres professionnels éligibles incluent l'ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices, l'ordre professionnel des travailleurs sociaux (incluant les thérapeutes conjugaux et familiaux), l'ordre des ergothérapeutes et ordres des infirmières et des infirmiers. Les psychologues et les médecins étant déjà associés à la pratique de la psychothérapie par le public, ils ne sont pas tenus d'utiliser ce titre. Les autres professionnels ayant obtenu l'autorisation d'exercer la psychothérapie (dans les conditions mentionnées ci-dessus) devront obligatoirement faire précéder leur titre de psychothérapeute par leur premier titre professionnel (qui leur a justement permis d'être psychothérapeute); par exemple : « M<sup>me</sup> X, infirmière psychothérapeute »<sup>[43]</sup>.

Les sexologues sont titulaires d'un baccalauréat et d'une maîtrise. Leurs études professionnelles les forment à utiliser plusieurs approches de manière générale et les spécialisent à deux approches plus particulières. Ils peuvent donc intervenir avec une myriade de types de clientèles. Ils ne sont, pour l'instant, soumis à aucun Ordre professionnel, mais des regroupements officiels existent afin de garantir l'éthique de leur pratique. Au Québec, le RPSQ et L'APSQ peuvent fournir des informations sur les approches et pratiques de leur membres enregistrés.

## Suisse

Le titre de psychothérapeute est en cours de protection à une échelle fédérale en Suisse. Le Conseil des États et le Conseil national ont en effet récemment (2011) promulgué une loi, connue sous le nom de LPsy, qui réglemente tant le titre de psychologue que celui de psychothérapeute. Il devient ainsi nécessaire pour obtenir le titre de psychologue de détenir un master en psychologie et d'avoir effectué une formation supplémentaire agréée pour obtenir celui de psychothérapeute.

Jusqu'à l'édiction de cette loi la manière traditionnelle qu'avaient les psychologues de faire valoir officiellement leur formation universitaire (licence suivie ou non d'une formation postgraduée) était de s'affilier à une association telle que la Fédération suisse des psychologues (FSP), afin d'obtenir le titre de « psychologue FSP » ou de « psychologue spécialiste en psychothérapie FSP », entre autres titres prévus. Hormis la FSP, il existe également l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP)<sup>[44]</sup> qui confère le titre de psychothérapeute ASP, et qui permet que les

prestations fournies par les psychothérapeutes ayant ce titre soient prises en charge par les assurances maladies, si ces traitements sont prescrits par un médecin. Enfin on trouve également en Suisse la SBAP qui organise professionnellement les psychologues titulaires d'un master en psychologie appliquée, c'est-à-dire une formation acquise dans une école universitaire professionnelle. La différence entre la FSP, l'ASP et la SBAP est que ces dernières admettent à la formation post-graduelle en psychothérapie des universitaires titulaires d'un master en sciences humaines ou sociales, après une formation complémentaire de niveau universitaire dans les matières psychologiques pertinentes pour la psychothérapie. La SBAP, par exemple, offre des facilités à ceux qui possèdent déjà un autre master en sciences humaines ou sociales pour obtenir un master en psychologie. Notons enfin que tous les Cantons, sauf un, ont une loi sanitaire qui régleme l'autorisation de pratique de la psychothérapie non-médicale.

## Évaluation et recherche

L'importance de la pertinence des pratiques relevant de la psychothérapie, tant pour les individus qu'au niveau collectif, justifie des actions d'évaluation et d'analyse d'efficacité même si elles sont complexes à réaliser<sup>[45]</sup>.

### Dodo Bird Verdict

Le terme *Dodo Bird Verdict* désigne la thèse selon laquelle les principaux modèles de psychothérapie auraient tous une efficacité équivalente. Le terme *Dodo Bird Verdict*, signifiant « verdict de l'oiseau dodo », est emprunté à un passage d'*Alice au Pays des merveilles*, dans lequel l'oiseau dodo déclare à l'issue d'une course que tous les candidats ont gagné et méritent un prix. Ce phénomène paradoxal a été mis en évidence par Saul Rozensweig en 1936. Selon lui, toutes les psychothérapies seraient efficaces et auraient une efficacité comparable. Une étude sur l'efficacité des psychothérapies réalisée par Lester Luborsky en 1975 confirma cette hypothèse lança un large débat ainsi qu'une série d'études contradictoires. Les partisans du *Dodo Bird Verdict* s'appuient sur une théorie dite théorie des facteurs communs. Cette théorie explique l'équivalence des résultats de toutes les psychothérapies en s'appuyant sur les ressemblances entre les approches. Ces ressemblances formeraient des facteurs d'efficacité plus lourds que les différences entre les approches. Les facteurs communs, expliquant l'essentiel des résultats, concerneraient essentiellement la qualité de l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire l'attitude positive des patients envers la thérapie, l'attitude chaleureuse et supportive du thérapeute, ainsi que la constance du cadre thérapeutique. Un des intérêts du débat autour du Dodo Bird Verdict a été de faire prendre conscience de questions qui traversent l'ensemble du champ de la psychothérapie telles que celles de l'alliance thérapeutique ou du consentement éclairé<sup>[46]</sup>, qui peuvent, en effet, possiblement s'appliquer à chacune des techniques psychothérapeutiques. Ce type de théorie plaide pour le maintien d'une diversité de thérapies et l'indication des traitements en fonction des préférences des patients plutôt qu'en fonction de leurs pathologies. En effet un patient démontrant une attitude positive envers un certain type de thérapie auraient de plus grandes chances de bénéficier de résultats positifs. Le *Dodo Bird Verdict* reste néanmoins un construit statistique qui peut être contredit par certaines situations particulières. Certaines attitudes psychothérapeutiques communes à de nombreuses formes de thérapie et généralement efficaces peuvent ainsi s'avérer dangereuses ou particulièrement contre-indiquées dans le cas de certains patients fragiles ou sensibles à l'alliance thérapeutique sur un mode pathologique.

### Thérapies comportementales et cognitives

Le modèle particulier des thérapies comportementales et cognitives, qui visent la réduction de symptômes précis plutôt qu'un travail d'élaboration aux ambitions plus vastes mais plus imprécises, les rend particulièrement aptes à l'évaluation chiffrée de leurs résultats. Une très vaste littérature porte ainsi sur l'efficacité de ces thérapies sur divers symptômes et pathologies isolées. Les TCC se sont ainsi notamment montrées efficaces dans le traitement de la dépression, des troubles anxieux et phobiques, de la schizophrénie et des troubles bipolaires.

## Résultats en psychanalyse

Il est possible de citer un vaste corpus d'études scientifiques concernant les résultats de la psychanalyse. Un rapport de l'Association internationale de psychanalyse, publié en ligne et traduit en français par J-M Thurin<sup>[47]</sup>, démontre une attention soutenue des psychanalystes pour les travaux d'évaluation, notamment dans le monde anglo-saxon. La plupart des études de résultats concernant la psychanalyse intègrent, en plus de la réduction des symptômes psychiatriques, des mesures relatives à l'épanouissement de la personnalité et à l'amélioration de la qualité de vie. Cette attention authentique aux résultats thérapeutiques, source de nombreuses études ouvertes à la critique scientifique, n'exclut néanmoins pas un questionnement philosophique légitime concernant les enjeux éthiques et politiques de ce type de mesures.

## Études récentes

### Rapport INSERM (2004)

Des études, dont le rapport INSERM<sup>[48]</sup>, visent à comparer l'efficacité de thérapies différentes par la méthode des méta-analyses. Contrairement au Dodo Bird Verdict le rapport INSERM tendrait à prouver que certaines psychothérapies seraient peu efficaces quand d'autres le seraient plus. Les thérapies comportementales et cognitives seraient ainsi d'une efficacité supérieure à la psychanalyse et aux thérapies systémiques dans la quasi totalité des troubles étudiés. L'institut a une grande expérience de la méthodologie scientifique, mais pour les détracteurs de ce rapport, majoritairement psychanalystes, un biais méthodologique serait tout de même présent<sup>[49],[50]</sup>. Cela viendrait du fait que « l'INSERM, par sa culture professionnelle (la recherche médicale et biologique), a du mal à comprendre la différence entre clarifier un problème en vue de justifier des décisions à prendre et prouver une découverte ou un mécanisme physiopathologique. L'institut est plus à l'aise avec les maladies « à physiopathologie<sup>[51]</sup>. »

Jacques Van Rillaer, l'un des auteurs du *livre noir de la psychanalyse*, insiste sur le fait que les psychanalystes n'auraient aucun argument scientifique à avancer<sup>[52]</sup>. Il précise : « Pour répondre à l'étude de l'Inserm, les analystes ne sont pas en mesure de se situer au niveau scientifique. La réaction a donc été la sempiternelle objection concernant l'impossibilité de mesurer le psychisme ou l'âme. Je dis bien « l'âme », car la psychanalyse ne s'intéresse guère aux comportements, mais seulement aux profondeurs de "l'âme" »<sup>[53]</sup>.

Contrairement à l'assertion de Jacques Van Rillaer les résultats de l'étude d'Helsinki, réalisée par des psychanalystes de tradition anglo-saxonne, tendent à nuancer les résultats de l'étude INSERM sur une base scientifique. En effet les mesures d'efficacité de l'étude INSERM constituent des mesures à relativement court terme, des mesures d'efficacité à plus long terme pouvant au contraire favoriser les psychothérapies longues du type de la psychanalyse.

### Étude d'Helsinki (1994-2011)

L'étude sur l'efficacité des psychothérapies réalisée récemment à Helsinki (*Helsinki Psychotherapy Study*) est la première étude à comparer l'efficacité des psychothérapies brèves et longues sur un suivi de dix années. Ses résultats plaident pour l'intérêt des thérapies longues. L'exemple majeur de psychothérapie longue est la psychanalyse classique puisque les thérapies comportementales et cognitives ainsi que les thérapies systémiques constituent presque toujours des approches brèves. Selon cette études, et conformément au Dodo Bird Verdict, toutes les thérapies étudiées (thérapie centrée sur les solutions, thérapie analytique brève et thérapie analytique longue) ont amené une réduction des symptômes psychiatriques et ont amélioré les capacités sociales et professionnelles des sujets dans une mesure comparable. Cependant les résultats ne se sont pas avérés équivalents une fois pris dans le temps. Les psychothérapies brèves se sont ainsi avérées plus efficaces que les thérapies longues après un suivi d'un an, tandis que le suivi à trois ans et cinq ans montrait une meilleure efficacité des thérapies longues, sur le long terme. Une telle étude semble ainsi confirmer les thérapies brèves et les thérapies longues dans leurs ambitions respectives. Les thérapies brèves seraient des approches efficaces sur le court terme mais la psychanalyse classique obtiendrait de meilleurs résultats sur le long terme<sup>[54],[55]</sup>.

## Notes et références

- [1] Walter Cooper Dendy, Psychē ; a discourse on the birth and pilgrimage of thought, Longman, Bronws, Green, Longmans, 1853 [ présentation en ligne ([http://books.google.fr/books?id=UeYtAAAAyAAJ&pg=PA98&dq=psycho-therapeia+en+1853+dendy&hl=fr&ei=m8Y\\_TanqF8jvsobl\\_6WEBQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=psychotherapeia&f=false](http://books.google.fr/books?id=UeYtAAAAyAAJ&pg=PA98&dq=psycho-therapeia+en+1853+dendy&hl=fr&ei=m8Y_TanqF8jvsobl_6WEBQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=psychotherapeia&f=false))], p. 99
- [2] M-R Moro et C. Lachal, *Introduction aux psychothérapies*, Nathan, Paris, 1996, p. 8.
- [3] ATILF, *Psychothérapie*, Cinquième édition.
- [4] Lucien Israël, *Initiation à la psychiatrie*, Paris et New York, Masson, 1984, p. 180.
- [5] M-R Moro et C. Lachal, *Introduction aux psychothérapies*, Nathan, Paris, 1996, p. 7.
- [6] Bernheim Hipolyte, *De la suggestion*, Paris, Albin Michel, 1916
- [7] Réseau Hippocrate (<http://www.reseauhippocrate.org/spip.php?article8>)
- [8] Sur CAIRN ([http://www.cairn.info/article\\_p.php?ID\\_ARTICLE=PSYS\\_034\\_0233](http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=PSYS_034_0233))
- [9] J.P. Vernant, *Mythe et pensée chez les Grecs. Études de psychologie historique*, 1971. [ présentation en ligne (<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=12434198;>)].
- [10] Yann Leroux, *Psychothérapie psychanalytique*, 2005, .
- [11] Henri F. Ellenberger, *La vie et l'œuvre de Pierre Janet*, conférence prononcée à l'inauguration de l'hôpital Pierre-Janet à Hull, le 12 septembre 1969. La substance de cette conférence est extraite du chapitre sur Pierre Janet dans le livre du D<sup>r</sup> Henri F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York, Basic Books Inc., 1969, .
- [12] Dominique J. Arnoux, *La psychanalyse des enfants*, site de la Société Psychanalytique de Paris, .
- [13] MIVILUDES, « Les dérives sectaires ([http://www.miviludes.gouv.fr/sites/.../Rapport\\_MIVILUDES\\_2003.pdf](http://www.miviludes.gouv.fr/sites/.../Rapport_MIVILUDES_2003.pdf)) » sur *miviludes.gouv.fr*, 2003. Consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2012
- [14] Jean-Claude Benoit, *Le face à face en psychothérapie: entretiens individuels et collectifs*, Éditions E.S.F., 1979, p. 50.
- [15] Antoine Bioy et Damien Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Bréal, 2002, p. 264.
- [16] Odile Bourguignon, *La pratique du psychologue et l'éthique*, Éditions Mardaga, 2009, p. 35.
- [17] Gérard Huber, *Cerveau et psychisme humains: quelle éthique ?*, ohn Libbey Eurotext, 1996, p. 185.
- [18] Un « Psy » expert devant les tribunaux peut-il se tromper ? ([http://www.psyvig.com/default\\_page.php?menu=22&page=10](http://www.psyvig.com/default_page.php?menu=22&page=10)) sur *psyvig.com*. Consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2012.
- [19] Edmond Marc, *Le Changement en psycho-thérapie*, Retz, 1993, p. 167-169.
- [20] O. Chambon, *Les bases de la psychothérapie*, Dunod, 2010, 3<sup>e</sup> éd.<sup>[réf. incomplète]</sup>.
- [21] J. Ruiz, C. Bulliard, H. Delgado-Velez et M. Egli, « Des modèles théoriques aux stratégies thérapeutiques dans le suivi à long terme », dans *Revue médicale suisse*, n° 514, 2004 [ texte intégral (<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23879>)].
- [22] Bernard Brusset, « Les psychothérapies psychanalytiques et le face à face ([http://www.spp.asso.fr/Main/Extensions/Items/01\\_psychotherapies.htm](http://www.spp.asso.fr/Main/Extensions/Items/01_psychotherapies.htm)) » sur *spp.asso.fr*. Consulté le 9 juillet 2012.
- [23] De SCHILL.S ; 1973 la psychothérapie de groupe ; PARIS ; Presses Universitaires de France.
- [24] GUIMON J., 2001, *Introduction aux thérapies de groupe* ; PARIS ; Masson.
- [25] PALMADE G. 1998 ; *La Psychothérapie* ; PARIS ; Que sais-je.PUF
- [26] Illustration n° 10, in Pionon-Cimetti et E. Graciela, *Aspects psychosociaux de C. Gustav Jung*, Paris, 1995, p. 255.
- [27] Deirdre Bair, Jung. Une biographie, Paris, Flammarion, coll. « Grandes Biographies », 2007, 1312 p. (ISBN 978-2-08-210364-0), p. 247.
- [28] Élisabeth Roudinesco et Michel Plon (2011), p. 740.
- [29] <sup>(en)</sup> Thomas Kirsch, *The Jungians: a comparative and historical perspective*, Londres, Routledge, 2000, 276 p. (ISBN 978-0-415-15860-2) (LCCN 99056759 (<http://lccn.loc.gov/99056759>)), chap. 19 (« *The history of Sandplay* »), p. 233-236.
- [30] Élisabeth Roudinesco et Michel Plon (2011), p. 738.
- [31] Extrait de Code de déontologie de la SFPA (<http://www.cgjungfrance.com/article3.html>) sur *cgjungfrance.com*. Consulté le 7 mars 2011.
- [32] La pratique de la psychothérapie (<http://www.cgjungfrance.com/article201.html>) sur *cgjungfrance.com*. Consulté le 7 mars 2011.
- [33] Élisabeth Roudinesco et Michel Plon (2011), p. 736.
- [34] Anthony Wilden, *The rules are no game. The strategy of communication*, 1987, pp.303-321.
- [35] Eric Berne, *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?*, éd. Tchou (1988)
- [36] Rapport de la miviludes, p.136, ;
- [37] Edmond Marc *le guide pratique des nouvelles thérapies*, éd. Retz Paris 1992 p.42 et 43
- [38] « Bien des indices nous font penser qu'un mouvement de retour à Janet est en train de s'amorcer » (docteur Henri F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York, Basic Books Inc., 1969). .
- [39] Chabrier Lydia, *Psychologie clinique*, Hachette supérieur, 2006 .
- [40] Legifrance ([http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?sessionId=F0C62D185554AAD9F8613ACCF3B5ED12tpdjo02v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000787078&idArticle=LEGIARTI000020886883&dateTexte=20110204&categorieLien=id#LEGIARTI000020886883](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?sessionId=F0C62D185554AAD9F8613ACCF3B5ED12tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000787078&idArticle=LEGIARTI000020886883&dateTexte=20110204&categorieLien=id#LEGIARTI000020886883))
- [41] Décret d'application (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00002244482&dateTexte=&categorieLien=id>)
- [42] GERCEPA Groupe d'Étude et de Recherche Clinique en Psychanalyse de l'Enfant et de l'Adulte, Luxembourg.

- [43] [ordrepsy.qc.ca \(http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/ordre/psychotherapie.html\)](http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/ordre/psychotherapie.html)
- [44] [www.psychotherapie.ch](http://www.psychotherapie.ch)
- [45] J-M Thurin, X. Briffaud, *Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie*, in revue *L'Encéphale*, 2006, cahier n° 1
- [46] MARTA J. & LOWY F.H, *Le consentement éclairé : un atout pour la psychothérapie ?*, in *Canadian journal of psychiatry*, 1993, vol. 38, no8, pp. 547-551. [ présentation en ligne (<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=3785041>)].
- [47] [Opendorrdefault \(http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/Psychanalyse/OpenDoordefault.html\)](http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/Psychanalyse/OpenDoordefault.html)
- [48] Synthèse du rapport INSERM ([http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho/psycho\\_synthese.pdf](http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho/psycho_synthese.pdf))
- [49] Roger Perron et al, Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport Inserm « Psychothérapie. Trois approches évaluées ».
- [50] BARUCH Clarisse, *Problèmes méthodologiques de l'évaluation des psychothérapies : A propos du rapport inserm*, *Psychiatrie française*, 2004, vol. 35, n°4, pp. 68-75. [ présentation en ligne (<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=17000539>)]
- [51] **[PDF]** Ehrenberg Alain, Malaise dans l'évaluation de la santé mentale, avril 2006, p.101.
- [52] Van Rillaer Jacques, *Psychanalyse et évaluation. Un conte de fée français*, revue *Science et pseudo-sciences*, n° 267 mai 2005. .
- [53] Van Rillaer Jacques, *Le « dressage pavlovien » des freudiens. Comprendre le conflit psychanalyse - psychologie scientifique*, Texte remanié de la conférence donnée à l'occasion de l'Assemblée générale de l'AFIS, le 15 mai 2004, à l'Institut d'astrophysique de Paris.
- [54] (<http://www.ktl.fi/tto/hps/result.html>)
- [55] (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21316768>)

## Annexes

### Articles connexes

- Psychothérapie intégrative
- Éthique de la psychologie
- Psychopathologie
- Psychologie analytique
- Psychanalyse
- Analyse profane
- Psychothérapie des psychoses

### Liens externes

- Site de l'association *Psychothérapie Vigilance* regroupant une grande quantité d'informations (<http://www.psyvig.com/>)
- Site e-psychiatrie: ce qui se cache derrière la notion de "psy" (<http://e-psychiatrie.fr/sante-mentale/psychotherapie-psychanalyse-tcc-therapie-familiale-gestalt/>)
- Psychothérapies et dérives sectaires sur le site de l'UNADFI, explication des différents psys (<http://www.unadfi.org/spip.php?article58>)
- Psychothérapies et dérives sectaires sur le site Prévensectes (<http://www.prevensectes.com/psycho.htm>)
- Évaluation des psychothérapies par l'Inserm : Rapport complet (<http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho.html>) et synthèse ([http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho/psycho\\_synthese.pdf](http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho/psycho_synthese.pdf)) Rapport retiré par le ministre après polémiques.
- Repère historique sur la recherche (<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/AspectsGeneraux/ReperesHist.html>)

## Bibliographie

### Histoire

- Henri F. Ellenberger, *Histoire de la découverte de l'inconscient*, éd. Fayard, 1994, réédité en 2001, 975 pages (ISBN 2213610908)
- Henri F. Ellenberger, *Médecines de l'âme*, éd. Fayard, 1995 (ISBN 2213595003)
- Bernard Brusset, *Les Psychothérapies*, éd. PUF, coll. Que sais-je ? (ISBN 2130552013)
- Jacques Miermont, *Psychothérapies contemporaines : histoire, évolution, perspective*, éd. l'Harmattan, coll. psychologiques (ISBN 2-7384-9244-4)
- Joseph Breuer et Sigmund Freud, *Études sur l'hystérie* (1895), éd. PUF, 2002 (ISBN 2130530699)
- Élisabeth Roudinesco et Michel Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 2011 (ISBN 978-2-253-08854-7)

### Psychothérapie

- Edmond Marc, *Guide pratique des psychothérapies*, éd. Retz, 2008 (ISBN 2-7256-2007-4)
- Marie-Rose Moro, Christian Lachal & alii, *Les psychothérapies : Modèles, méthodes, et indications*, éd. A. Colin, coll. Cursus, 2006 (ISBN 2200267967)
- Michel Richard, *Les courants de la psychologie*, éd. Chronique sociale, 1999 (ISBN 2-85008-285-6)
- Nathalie Sinelnikoff, *Les psychothérapies : dictionnaire critique*, 2006, ESF éditeur (ISBN 978-2-7101-1755-1)
- Carl Rogers, *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF éditeur (ISBN 9782710119487)
- Jacques-Antoine Malarewicz, *Supervision en thérapie familiale*, ESF éditeur (ISBN 2710112973)
- Juan Luis Linares, Carmen Campo, *Psychothérapie des états dépressifs*, 2002 ESF éditeur (ISBN 978-2-7101-1582-3)
- Fritz Perls, *Manuel de Gestalt thérapie*, 2009, ESF éditeur, (ISBN 978-2-7101-2008-7)
- Jacques-Antoine Malarewicz, *14 leçons de psychothérapie stratégique*, 2006, ESF éditeur, (ISBN 978-2-7101-1819-0)
- Philippe Caillé, Mara Selvini Palazzoli, *Familles et thérapeutes*, 2006, ESF éditeur, (ISBN 978-2-7101-1796-4)
- Thierry Tournebise, *L'Écoute thérapeutique*, 2005, ESF éditeur, (ISBN 978-2-7101-1750-6)
- Olivier Chambon & Michel Marie-Cardine, *Les bases de la psychothérapie*, éd. Dunod (ISBN 2-10-007061-4)
- Tobie Nathan (Dir). *Psychothérapies*, éd. O. Jacob (ISBN 2738105637)
- Nicolas Duruz & Michèle Gennart (Dir). *Traité de psychothérapie comparée*, éd. Médecine et Hygiène (ISBN 2-88049-168-1)
- Edmond Marc, *Le changement en psychothérapie : approche intégrative*, éd. Dunod (ISBN 2-10-006498-3)
- Edmond Marc & Alain Delourme, *Pratiquer la psychothérapie*, éd. Dunod (ISBN 2-10-006881-4)
- Fédération française de psychothérapie (FFdP, devenue depuis la FF2P), Tan Nguyen (Dir). *Pourquoi la psychothérapie ? Fondements, méthodes, applications*, éd. Dunod (ISBN 2-10-049030-3)
- Fédération française de psychothérapie et de psychanalyse (FF2P). *Etre psychothérapeute*, sous la direction de S. Ginger, E. Marc, A. Tarpinian, éd. Dunod, 2006 (ISBN 2-10-050052-X)
- Serge Ginger, *Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues*, éd. Dunod, 2006 (ISBN 2-10-049587-9)
- Philippe Viard et Françoise Gosselin, *L'Etat et les psychothérapies ou le pouvoir politique face à l'illusion scientiste*, Paris, 2006, L'Harmattan (ISBN 978-2-296-02665-0)
- Alain Amar, « Éthique et personnalité », *Psychiatrie française*, vol. XXXIII n° 1/02, Paris, 2002, p. 128-151
- Milton H. Erickson, *L'hypnose thérapeutique*, 2009, ESF éditeur, (ISBN 978-2-7101-1993-7)

**Évaluation**

- Nicolas Duruz, *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*, éd. Delachaux et Niestlé, coll. actualités pédagogiques et psychologiques (ISBN 2-603-00911-7)
  - J.-M. Thurin & X. Briffault, *limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie*, L'Encéphale, 2006 ; 32 : 402-12.
  - J.-M. Thurin, M. Thurin & X. Briffault, *Evaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies*, L'Information Psychiatrique, vol. 81, n° 1, janvier 2006, p. 39-47.
  - J.-M. Thurin, *Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles ; une nouvelle génération des recherches en psychothérapies*. Bulletin de psychologie, 2006 ; 59(6):575-584.
  - M. Thurin, B. Lapeyronnie & J.-M. Thurin, *Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique*. Bulletin de psychologie, 2006 ; 59(6):591-6
  - J.-M. Thurin, *Evaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques*, éd. Dunod, coll. psychothérapies, 2007 (ISBN 9782100507085)
-

# Sources et contributeurs de l'article

**Psychothérapie** *Source*: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?oldid=85014150> *Contributeurs*: Abouti, Akeron, Alchemica, Amorosclaude, Analogisub, Arkanosis, Arnaud.Serander, Ath200, Baboline, Bapti, Ben Siesta, Bob08, Bouture, Cantons-de-l'Est, Ccmpg, Cdang, Cerhab, ChoumX, ChrisI, Colegram06, CommonsDelinker, Coyote du 86, Crocy, Cvata, Cymbella, D.Brunet, David Berardan, Ded7781, Denispir, Doc murad, DocteurCosmos, Dodoïste, Drb, Dujo, Ediacara, Electzik, Ellanore, Esquila, Fafnir, Fermi, G de gonjasufi, GL, Gaiffelet, Goldenpause, Graphophile, Grondin, Gzen92, Hada de la Luna, Haltopub, Herbch, Herr Satz, ILERESOLU, INREES, Iafss, In08, JLM, Jbdavez, Jean-Louis Lascoux, Jorge, Joseph.valet, Jpm13960, Kanabiz, Kndiaye, Kouï?, Koyuki, Kôan, Leag, Littlejazzman, Lmaltier, Lomita, Ludovic89, Léon66, M.A.D.company, Marcia Bénitah, Markus Haller, Matla01, McSly, Med, Meistermann, Mikefuhr, Ming2, Mon-psychotherapeute, Moyg, NguyenId, Nicola Gianinazzi, Nono64, Ojarretonaire, Ollamh, Ompalababa, Orphée, Orroz, Ouicoude, Pautard, Penjo, Pic-Sou, Piero, PlexusSolaris, Prosopee, Psyfph2, Psyph2, Pythakos, Raph, Richardbl, Romanc19s, Rorschach 78, Ryo, Salomis old, Sebleouf, Serge GINGER, Sherbrooke, Speculos, Superjuju10, Surréalino, Symac, Symbolium, Tieum, Ven ashe, Vlaam, Wanderer999, Wikizen, YannLeroux, Yohannem, Yorick, Youssefsan, Yugiz, Zawer, Zebra2, Zetud, Zoldik, -Pyb, 209 modifications anonymes

## Source des images, licences et contributeurs

**Fichier:Charcot blanche.jpg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Charcot\\_blanche.jpg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Charcot_blanche.jpg) *License*: Public Domain *Contributeurs*: en:André Brouillet

**Fichier:Franz mesmer.jpg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Franz\\_mesmer.jpg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Franz_mesmer.jpg) *License*: Public Domain *Contributeurs*: Kelson, Mu, Stefan-Xp

**Fichier:Hypnotisk seans av Richard Bergh 1887.jpg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Hypnotisk\\_seans\\_av\\_Richard\\_Bergh\\_1887.jpg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Hypnotisk_seans_av_Richard_Bergh_1887.jpg) *License*: Public Domain *Contributeurs*: Archibald Tuttle, Ranveig, Ribberlin, Szilas, Thuresson, Urbourbo, 1 modifications anonymes

**Fichier:Hall Freud Jung in front of Clark 1909.jpg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Hall\\_Freud\\_Jung\\_in\\_front\\_of\\_Clark\\_1909.jpg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Hall_Freud_Jung_in_front_of_Clark_1909.jpg) *License*: Public Domain *Contributeurs*: Aavindraa, Athinsz, Croquant, DO11.10, Daderot, Edward, Effib, Faigl.Jadislav, Filip em, Gilbertus, Highpriority, Infrogmaton, Jkelly, Kilom691, Mu, Pieter Kuiper, Rama, The Evil IP address, Ælfgar, 3 modifications anonymes

**Fichier:Sandspiel1.jpg** *Source*: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Sandspiel1.jpg> *License*: Public Domain *Contributeurs*: Kristina Walter (Mit herzlichem Dank an Sabine Beckmann im Stephansstift Hannover, die für die Fotos freundlicherweise ihr Therapiematerial zur Verfügung stellte.)

**Fichier:Structure psyche Jung.svg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Structure\\_psyché\\_Jung.svg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Structure_psyché_Jung.svg) *License*: Creative Commons Attribution-Sharealike 3.0,2.5,2.0,1.0 *Contributeurs*: Lilyu

**Fichier:Pae AT.jpg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Pae\\_AT.jpg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Pae_AT.jpg) *License*: Public Domain *Contributeurs*: Original uploader was JPZ at fr.wikipedia

**Fichier:Jigsaw-PNL.svg** *Source*: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Jigsaw-PNL.svg> *License*: Public Domain *Contributeurs*: Jigsaw-PNL.jpg: \*Jigsaw.svg: Prosopee derivative work: prosopee (talk) derivative work: Mötty (talk)

**Fichier:Charcot\_blanche.jpg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Charcot\\_blanche.jpg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Charcot_blanche.jpg) *License*: Public Domain *Contributeurs*: en:André Brouillet

**Fichier:Psi and Caduceus.svg** *Source*: [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Psi\\_and\\_Caduceus.svg](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Psi_and_Caduceus.svg) *License*: GNU Free Documentation License *Contributeurs*: Diletante

## Licence

Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported  
[//creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/)