

# Psychothérapie au lieu de psychiatrie? Pas l'embaras du choix

Theodor Itten

## Concernant la psychothérapie

En tant que discipline scientifique la psychothérapie est un domaine très large. Il existe de nombreuses modalités différentes, mais complémentaires. À l'époque de Sigmund Freud et depuis son décès en 1939, un grand nombre d'orientations thérapeutiques sont nées. Les traitements sont offerts en groupe ou en individuel. Indépendamment de la méthode, c'est à chaque fois la relation thérapeutique qui permet la transformation des émotions. En tant que psychothérapeute, dans mes rapports avec mon client je suis – comme le fou du roi – le seul à devoir respecter la vérité, les choses qui se manifestent à visage découvert. En psychothérapie, il s'agit pour l'individu de comprendre son propre univers, la manière dont il a appris à vivre et la manière dont il vit concrètement pour, lorsqu'il en souffre, les modifier. En tant que patient et que psychothérapeute, je tente de sentir ce qui se passe en moi, au niveau des émotions, des images et des ressentis. Suis-je fermé ou suis-je ouvert ? Est-ce que je refoule quelque chose ? Suis-je détaché de mes propres émotions ? En tant que patient, j'utilise des associations verbales pour tenter de faire partager à mon ou ma thérapeute ce que je ressens à l'intérieur de moi. En psychothérapie, on ne cesse d'examiner le monde intérieur, mais on tente aussi de cerner un processus caractérisant un état social (diagnostic). On s'exerce à vivre vraiment ses émotions dans des interactions. En tant que patient, je peux me redécouvrir en présence de mon thérapeute de manière honnête et authentique. Je peux comprendre – et parfois cela fait mal – comment je construis mon propre univers et comment, pour me protéger, je commets des erreurs à ce niveau. Quelle est l'histoire accompagnant mon « faux » système, le soi que j'ai adopté pour survivre à la situation familiale et sociale qui m'a été donnée, que je n'ai pas choisie ? Quelles habitudes ai-

je adoptées comme défense et comment me restreignent-elles ou comment en suis-je dépendant ? Les symptômes sont des panneaux de signalisation indispensables qui m'aideront à trouver ma voie vers la vérité de ma propre âme. Ayant fait l'expérience en thérapie d'une nouvelle intégrité et d'une nouvelle unité entre corps, soi et âme, je peux réorganiser ma vie. En tant que patient, je peux grâce à cette expérience prendre de la distance par rapport à l'histoire pré-conditionnant la phase actuelle de ma vie et je peux élaborer un plan de vie mieux en rapport avec moi-même. Lorsque je suis triste, écrasé par la vie et déprimé, j'ai l'impression d'être emprisonné. Emprisonné émotionnellement, mais aussi pris dans une incapacité. Lorsque je raconte l'histoire de ma vie à mon thérapeute, je peux rechercher avec son aide à sortir de cette prison. Le thérapeute va se demander de quoi je ne parle pas encore. Où sont mes tabous ? Quels sont les vécus traumatiques qui s'accompagnent d'émotions telles que j'ai peur d'être inondé par elles ? Dans mon état de patient et à ce moment précis je ne veux pas savoir pourquoi j'ai été emprisonné, mais ce qui va me rendre ma liberté. Une fois sorti de cette prison, j'aurai suffisamment de place pour respirer et je me sentirai suffisamment protégé par des limites librement fixées pour commencer à réfléchir à la question de savoir pourquoi j'avais abouti dans cette geôle qu'est la dépression. Quel avait été le sens de cette triste expérience ? Pourquoi n'avais-je pas réussi à capter les signaux indiquant que ma psyché se fragmentait ? Et à supposer que je les aie identifiés, pourquoi est-ce que je ne les ai pas pris au sérieux, les percevant comme les feux clignotants et salutaires (le 'blink' de Gladwell 2007) d'un dispositif d'alarme ?

Sur cent personnes, neuf sont blessées avant même d'avoir appris à parler. De nombreux troubles psychiques sont produits par des traumatismes relationnels précoces – par des blessures émotionnelles. Une psychothérapie peut me permettre de comprendre pourquoi, maintenant

que je suis adulte, je continue à porter ces blessures en moi et n'ai pas réussi à dépasser ma propre histoire. Certains collègues décrivent la psychothérapie comme un voyage, comme une mission visant à ranimer le feu de l'âme. Nous utilisons tous nos propres métaphores. Je peux aussi perdre le contrôle, perdre l'esprit, devenir « psychotique » pour éviter de ressentir consciemment la souffrance de ma propre âme, surtout lorsque celle-ci est devenue si forte qu'elle me submerge. Il peut aussi arriver que je n'obéisse pas aux signaux par lesquels mon corps me dit ce qui me ferait du bien – chanter, par exemple, ou courir dans les bois –, ce qui fait que je me bloque à nouveau. Je m'éloigne encore plus de moi-même pour m'adapter aux autres. Le prix à payer sera une névrose ou des douleurs d'estomac ; je me soumetts à une morale imposée par la société et cela m'empêche de faire l'expérience – en toute éthique – de ma propre vitalité. Des potentiels de guérison somnoient en moi, mais je les ai refoulés. Aller lentement va plus vite, moins c'est plus. S'adonner à une paresse créative pour que quelque chose puisse naître. Toujours à partir d'un contact, qu'il soit corporel, visuel. Le rythme, la profondeur et l'ampleur de ma propre respiration. Percevoir en moi ce sentiment d'être vivant – ou de ne pas l'être. Écouter pour savoir ce qui se passe. À partir de là, sur cette base individuelle, je peux traverser le pont de la thérapie pour accéder à mon passé, à mes rêves et à mes craintes puis pour poursuivre mon chemin vers l'avenir, vers ma capacité à m'inventer et à exister.

## En thérapie

Sur la base de son histoire familiale et de son enfance, tout individu développe une forme de défense lui permettant de survivre. À mesure que la personne vieillit, cette protection devient une sorte de caractère individuel. Au moment où je viens au monde, le contexte émotionnel de ma vie m'est donné, à un moment et en un

lieu donnés. Cette « marque » intérieure se maintient. Il est vrai que je peux influencer sur la manière dont je vis cette première forme, ainsi que sur la diversité de ma vie ; sur l'expérience que j'en ai comme d'un défaut ou d'une source de vitalité et de sens. En psychothérapie, j'apprends à connaître les sources de mon ressenti et il m'est à nouveau possible de choisir de suivre une autre voie que celle qui m'a été donnée ou qui m'est familière. C'est ainsi que j'adopte de nouvelles manières de vivre, venant se substituer à celles dont je souffrais. J'aborde moi-même mon propre avenir. Les psychothérapeutes aiment le monde de la psyché et chacun d'entre eux développe son propre style. Nous avons tous été une fois patients puisque nous avons fait une thérapie didactique une fois notre formation de base (en sciences sociales ou humaines, parfois en médecine) terminée. Une formation moderne en thérapie selon l'une des quatre principales orientations (psychologie des profondeurs, thérapie du comportement, thérapie corporelle et humaniste) dure de cinq à six ans, un an de stage clinique compris. À la base, c'est la relation thérapeutique qui aide le patient à guérir (ses effets participent pour 30 % à l'ensemble des résultats obtenus). Les autres facteurs importants de guérison représentent, ensemble, 40 % ; il s'agit, concernant le patient, de la situation existentielle, de l'état du conscient, de la langue, de l'éducation, du travail et de l'appartenance à une classe sociale. L'effet placebo, la croyance que nous avons dans le pouvoir guérisseur de la psychothérapie, contribue à 15 % ; il en va de même des méthodes de thérapie spécifiques utilisées (Lambert / Bergin 1994; Tschuschke / Kächele 1998). La psychothérapie est l'art de la guérison psychique. Il est clair que, comme dans tous les autres domaines professionnels, on y trouve des personnes qui ont mal choisi leur métier. C'est pourquoi on ne peut que recommander à ceux qui cherchent de l'aide de garder les yeux grand ouverts. Laisser la confiance s'installer et porter attention à ce que l'on ressent. Partout où des gens se rencontrent et entrent en relation, il existe un risque de faire des expériences négatives (voir Märtens / Petzold 2002). Les personnes qui suivent un traitement psychothérapeutique examinent la manière dont

elles vivent, leurs vécus et leurs comportements, les schémas qui ont marqué leur enfance et leur existence. La psychothérapie apporte un soutien dès lors que l'on choisit de rechercher de nouvelles voies. De la place et du temps sont accordés au rythme et au style de vie du client, à ses souhaits particuliers. La psychothérapie se fonde sur une volonté d'aborder ensemble, dans une relation thérapeutique caractérisée par la solidarité, les déchirures et les blessures subies par l'âme.

### Psychothérapie vs psychiatrie

La psychiatrie est une discipline médicale pratiquée dans un cadre fixé par la société. Un certain nombre de médecins praticiens de cette spécialisation n'ont pas respecté leur serment d'Hippocrate : « primum non nocere » – avant tout ne pas nuire. L'idée étant que « les maladies psychiques sont des maladies du cerveau », la psychiatrie traditionnelle du début du XIXe siècle s'est chargée de traiter les personnes souffrant de sérieux problèmes psychiques et ayant été diagnostiquées, par exemple, comme « schizophrènes » ; dans ce contexte, la psychothérapie était considérée comme « relativement peu compétente ». On pensait qu'elle pouvait tout au plus être utile pour convaincre le patient de suivre son traitement et pour lui expliquer son diagnostic. Pour le reste, il fallait utiliser les méthodes psychiatriques pratiquées à l'époque. Ceci ne permet pas d'établir une communication avec les patients (Retzer 2004). Les électrochocs et les neuroleptiques provoquent toute une série de dommages nocifs et les traitements menés sous la contrainte peuvent avoir des effets traumatiques qui laisseront des traces pour toute une vie. À l'époque moderne, l'activité des psychiatres consiste à imposer à des personnes en bonne santé physique de prendre des substances synthétiques toxiques – appelées « médicaments » – qui vont les rendre malades. Ceci se pose en obstacle à l'obtention d'autres effets par le biais d'approches thérapeutiques fondées sur la réflexion ; la capacité à l'auto-guérison des patients est étouffée et les processus psychotiques sont « congelés ». Ce fut le psychiatre Klaus Ernst (Clinique psychiatrique universitaire de Zurich) qui parvint à ces conclusions après avoir mené,

au début des années 1950, des essais systématiques sur lui-même en prenant un prototype de neuroleptique, la chlorpromazine (commercialisée sous les noms de Chlorazin, Largactil, Megaphen, Propaphe-nin, etc.). Ayant testé ces molécules sur lui-même et sur sa femme, Cécile, Ernst en conclut que l'atténuation des symptômes avec les neuroleptiques modernes est à double tranchant ; ses descriptions détaillées permettent bien de voir pourquoi les effets positifs d'une psychothérapie qui permettrait de cerner les conflits ne peuvent être que mis en question si le patient prend en même temps des substances psychotropes et en particulier des neuroleptiques : « Pour nous, le facteur essentiel est qu'on provoque un psychosyndrome local au niveau du cerveau qui, bien que réversible – pour autant que nous le sachions aujourd'hui – n'en est pas moins réel (les symptômes connus dans le cadre de leucotomies étant le manque de contrôle et l'hyperactivité, mais aussi l'apathie, le manque d'initiative, la pédanterie, l'indifférence émotionnelle, le nivellement des affects, l'euphorie prévenant toute autocritique, le manque de tact et l'égo-centrisme). Cette manière de voir les choses fait se poser la question de savoir ce qui se passe au niveau de l'ergothérapie et de la psychothérapie menées en parallèle. Concernant la première, nous pouvons être brefs. La cure de Largactil n'empêche pas du tout les patients d'accomplir des tâches de routine. Les malades se lèvent déjà au bout de quelques jours et commencent à travailler sans souffrir de troubles orthostatiques importants (qui se manifesteraient lorsqu'ils sont debout). Bien sûr, il s'agit d'un travail facile accompli sous surveillance des infirmières. Le problème est plus complexe au niveau de la psychothérapie. Selon les souvenirs que nous avons des expériences menées sur nous-mêmes, nous ne pouvions au début même pas envisager de suivre une psychothérapie (...). Il faut en outre effectuer une distinction entre les psychothérapies basées sur des interventions actives et celles dans lesquelles il s'agit du développement de la personnalité du patient. En ce qui concerne la première, les effets relaxants des médicaments sont utiles. Mais nous sommes pertinemment conscients du fait que ces médicaments atténuent l'ensemble des af-



fects et pas seulement ceux qui sont pathologiques. Il se peut bien que ce nivellement si large touche aussi les impulsions liées à la possibilité qu'a l'être humain de se guérir lui-même. Certaines impressions – bien sûr subjectives – que nous avons eues en observant des patients en phase aiguë nous ont même fait nous demander si les effets médicamenteux rendant le patient apathique ne provoquent pas une stagnation dans l'évolution de la psychose, stagnation qui n'aura pas seulement des effets au niveau des rechutes, mais aussi à celui de la rémission. » (Ernst 1954, p. 588 – notre traduction). Ce qui s'appliquait au premier neuroleptique, la chlorpromazine, s'applique en principe à toutes les molécules développées depuis. En effet, celles-ci agissent également en atténuant et en modulant des processus situés au niveau du système nerveux central et à celui du psychisme – de la manière décrite par Ernst.

Conclusion : la psychiatrie moderne telle qu'elle est pratiquée avant tout dans les cliniques universitaires est une fraude au label. Elle n'a plus que peu à voir avec la psyché. Un nombre croissant de services de psychothérapie datant du temps de la psychiatrie sociale et de proximité (en Angleterre, par exemple, à partir des an-

nées 60) sont fermés et les psychothérapeutes ou psychologues ont été licenciés. La souffrance humaine est occultée par un modèle médical d'explication. Des psychiatres qui souffrent d'un complexe d'infériorité envers les autres scientifiques se considèrent et considèrent les patients comme des choses ayant des gènes défectueux et des réseaux neurologiques en panne. Leur concentration sur l'aspect diagnostic ne leur permet pas d'avoir des liens d'empathie avec des êtres qui ont la même valeur qu'eux en tant qu'humains. Même si on accepte l'hypothèse selon laquelle les troubles psychiques sont d'origine organique ou génétique, qu'ils sont des troubles cérébraux de type neurologique, cela ne veut pas dire que l'on ne doit pas traiter les patients avec moins de tendresse, de bienveillance, de respect ou de dignité.

Plus que tout autre, Bertram P. Karon, professeur de psychologie à la Michigan State University et auteur de l'ouvrage pionnier intitulé « Psychotherapy of Schizophrenia » (1994), a voulu répondre à la question de savoir pourquoi les psychiatres sont si peu favorables à la psychothérapie lorsque les patients ont un diagnostic de schizophrénie. Il démontra déjà dans les années 50 que celle-ci est efficace dans

la pratique même avec des clients considérés comme souffrant d'un épisode aigu. Il en parla lors d'une contribution présentée à la Washington School of Psychiatry en mars 2001 : « ... que la schizophrénie est une expérience humaine qui a un sens – un sens qu'il est difficile de révéler ; mais il suffit de patience, de chaleur humaine, de tolérance par rapport au fait que nous ne comprenons pas (encore) tout. Il suffit d'être disposé à tenter de comprendre le ressenti humain là où il fait le plus mal, de supporter les tentatives désespérées de défense et d'être prêt à prendre au sérieux les idées de la psychanalyse lorsqu'on écoute des patients parler d'eux-mêmes. Comprendre les personnes souffrant de schizophrénie implique que l'on se confronte soit même avec des aspects qui nous concernent nous-mêmes comme nos familles et notre société, même si nous ne voulons pas les voir ou les laisser redevenir conscients (lorsque ressentis et émotions ont été refoulés). (...) La véritable tragédie au niveau de la schizophrénie n'est pas la gravité des symptômes et la souffrance qu'ils provoquent chez les patients et leurs familles ; ce qui est tragique, c'est que nous savons qu'il existe des thérapies psychanalytiques efficaces mais que nous ne les utilisons pas. Au lieu de cela, les patients et leurs familles se satisfont de traitements visant à faire des malades des infirmes pour le reste de leur vie, même si ce sont des infirmes qui ne dérangent pas trop. Dans les programmes d'éducation psychique qui pourraient être utiles on fournit en général des informations erronées qui ne font qu'imposer une charge plus lourde aux patients et à leurs familles. » (2003, p. 90, notre traduction). Karon ne cesse de critiquer l'idée (fausse) selon laquelle les méthodes psychiatriques de type biologique, l'utilisation par exemple de psychotropes et d'électrochocs, sont meilleures que la psychothérapie : « On dit parfois qu'il a été démontré que la psychothérapie n'est pas utile. Dans le cadre du Michigan State Psychotherapy Project (Karon et VandenBos 1981) nous avons traité des patients schizophrènes en leur offrant des traitements différents selon un principe aléatoire ; il s'agissait a) de 70 séances de psychothérapie par patient en moyenne ou b) d'une médication efficace ou encore c) d'une combinaison des deux. L'évaluation à l'aveugle montra que la psychothérapie

comme seul traitement ou combinée au début avec des médicaments qui furent supprimés dès que l'état des patients l'autorisait permettait à ces derniers de quitter plus rapidement l'hôpital, qu'ils étaient moins souvent réadmis, que leurs troubles de la pensée étaient nettement plus atténués que ce n'était le cas lorsqu'ils prenaient toujours des médicaments et que, dans l'ensemble, ces patients pouvaient mener une vie plus humaine sur plus d'un plan. Il est vrai que la psychothérapie combinée avec la prise continue de médicaments avait des effets plus positifs que ceux d'un traitement uniquement médicamenteux ; mais à long terme elle n'était pas aussi efficace que si le patient avait reçu uniquement de la psychothérapie (avec, le cas échéant, des médicaments au début). Sur une période de quatre ans, les rapports d'hospitalisation et surtout de ré-hospitalisation ont montré que la psychothérapie est nettement moins coûteuse qu'un traitement médicamenteux traditionnel. (...) Concernant la schizophrénie, le traitement le plus indiqué est donc une psychothérapie offerte par un spécialiste compétent ayant de l'expérience et une formation à ce niveau. Lorsque les patients, les thérapeutes et le setting le permettent,

il est préférable de ne pas accompagner la psychothérapie d'un traitement médicamenteux. Mais lorsque les patients souhaitent le prendre, ou lorsque les thérapeutes ne sont pas disposés à mener des entretiens difficiles avec des patients confus, ou encore lorsque le setting l'exige, on peut utiliser des médicaments ; mais il faudrait que les patients arrêtent de les prendre dès que leur état le permet (ibid., p. 97/106).

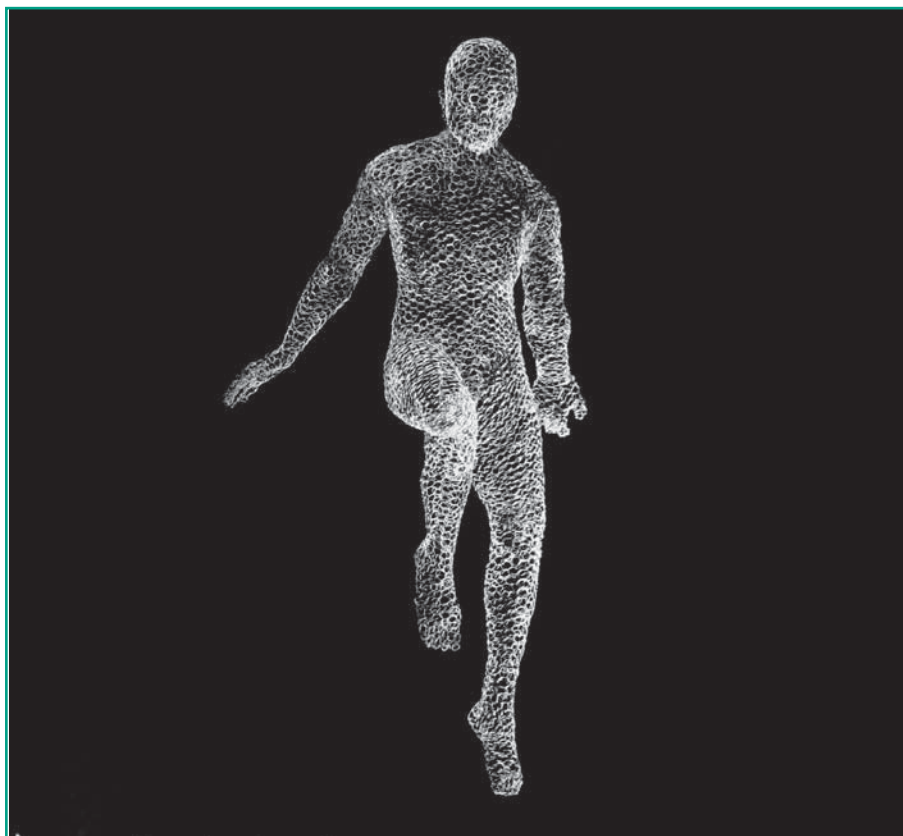
Comparées aux efforts requis par une psychothérapie, les méthodes biologiques de psychiatrie ont l'avantage de ne pas exiger que l'on cherche à cerner les problèmes individuels des patients – selon Karon. Lorsqu'il s'exprime de cette manière, ce dernier n'a pas simplement à l'esprit la « paresse » des psychiatres, mais aussi leurs intérêts financiers : « De nos jours, la prise de médicaments représente la principale forme de traitement ; elle n'exige pas que l'on comprenne les symptômes de la schizophrénie. Elle permet de réduire la confusion émotionnelle des patients avec pour conséquence directe que leur comportement s'améliore et qu'il devient plus aisé d'établir des rapports avec eux. Ceci peut être parfois très utile car les gens ont presque toujours peur des schizophrè-

nes. L'être humain tend à être cruel lorsqu'il a peur. Or, comme la cruauté ne fait qu'empirer l'état des personnes souffrant de schizophrénie, il serait plus avantageux de prendre des mesures pour que ces malades fassent moins peur. (...) Une étude financée par l'American Psychiatric Association montre que les psychiatres qui pratiquent la psychothérapie ne peuvent pas gagner beaucoup plus que 100'000 US\$ par an ; par contre un cabinet dans lequel le travail se limite à la prescription de médicaments et aux expertises rapporte facilement 300'000 US\$ par an – une puissante incitation. » (ibid., p. 100s.)

Comme Karon, le psychothérapeute Arnold Retzer, ancien directeur du département de recherche fondamentale en psychanalyse et de thérapie familiale de l'Université d'Heidelberg (il s'est entièrement consacré à la thérapie familiale systémique) a obtenu des résultats positifs en utilisant la psychothérapie lorsque des patients avaient un diagnostic de « schizophrénie ». Dans une large étude, 60 familles au total furent évaluées trois ans après la fin de la thérapie familiale ; selon Retzer, les patients souffrant d'un trouble maniaco-dépressif, schizo-affectif ou schizophrène manifestent un taux moins élevé de rechute. De plus, « ... ils ont moins souvent besoin de médicaments et leur évolution professionnelle et scolaire est plus positive. Si l'on réussit à obtenir que le patient et sa famille renoncent à la conception traditionnelle de la maladie, des évolutions positives deviennent possibles dans les domaines susmentionnés. Il semble donc adéquat et utile d'offrir aussi tôt que possible des thérapies familiales de type systémique aux patients psychotiques et à leurs familles. » (Retzer 2004, p. 189).

### La poésie de l'expérience sans les psychotropes

Le psychanalyste et psychiatre écossais, Ronald David Laing (1927-1989) avait une approche radicale du psychisme ; il devint un modèle et un maître pour de nombreux psychothérapeutes. Il pensait que « ... si nous réfléchissons sérieusement aux questions provoquées par le fait qu'une seule et même chose peut être vue différemment, nous pouvons contribuer à ce qu'une partie des peurs, de la souffrance, de la folie et



de la démence trouvées en ce monde disparaissent. » (Laing 1985, p. 12). Réfléchir à sa propre vie, même lorsque parfois celle-ci semble chaotique, peut être utile et sert à éviter tout dogmatisme. Si je souffre d'un trouble psychique ou que mon âme est en pleine mutation, il peut arriver que je ne sois plus capable de gérer mon quotidien et mes tâches habituelles. Je peux alors trouver de l'aide en faisant une psychothérapie ; cela me permettra de retrouver une certaine clarté mais aussi d'être protégé, psychologiquement et socialement – surtout si je n'arrive plus à m'aider moi-même. Si mon état devient tel que les autres ne peuvent plus me supporter, quelle qu'en soit la raison, j'ai besoin d'un lieu sûr, d'un lieu où me reposer, d'un lieu où je peux simplement vivre, comme l'offrent par exemple les communautés thérapeutiques (de type Soteria ou autre) gérées par la Philadelphia Association. On s'assurera que j'aurai à manger, j'aurai un toit, un lit où me réfugier ; je serai sûr de pouvoir avancer au rythme des pouvoirs de guérison qui se trouvent en moi. Les personnes travaillant comme thérapeutes dans ces communautés sont là pour moi, elles m'accompagnent sur mon chemin, même si celui-ci se situe en dehors du monde normal. « Être avec » dans le respect, respecter le territoire de chacun et suivre la sagesse du cœur – c'est sur quoi se base l'attitude fondant cette approche. On m'offre de l'espace et du temps et cela permet aux autres de venir à moi même si je ne peux pas m'exprimer et de me voir en tant que personne. Ce n'est que si l'on comprend mes besoins et si j'ai la possibilité de les satisfaire que je peux recouvrer la santé psychique.

Laing décrivait comment les patients se servent parfois de l'espace thérapeutique : « Ils voulaient mettre en scène devant moi une sorte de pièce de théâtre, mais il ne fallait pas que je les dérange, que je les retienne ou que je tente de les changer en utilisant des techniques comme « l'interprétation », l'hypnose ou autre dont le seul but serait de les faire changer. » (Laing 1985, p. 200). Pour avoir passé pendant plusieurs années beaucoup de temps avec lui, je sais que Laing pensait que chacun devait utiliser ses propres métaphores. Il portait une attention sans faute aux autres et était toujours dans l'empathie ; cela permettait à d'autres de retrouver un état plus

tranquille, plus équilibré, mieux intégré et plus sain.

Un exemple : Le père d'une fillette de neuf ans qui n'avait plus dit un mot depuis plusieurs mois vint consulter Laing avec elle. Elle avait déjà subi des tests psychologiques à l'école et avait eu plusieurs consultations avec un pédopsychiatre. Rien n'avait avancé et la fillette continuait de se taire. Laing demanda au père de revenir chercher sa fille dans une heure. Une fois seul avec la petite fille qui se tenait debout au milieu de la pièce alors qu'il était assis, Laing lui dit : « Si tu le veux ou si tu le veux, tu peux faire quelque chose, mais ce n'est pas obligé. Tu peux te taire, tu n'es pas forcée de me parler si tu ne veux pas. Nous allons passer ensemble 50 minutes dans cette pièce, je reste avec toi et nous verrons bien ce qui se passera. Détendons-nous. » (étude de cas présentée lors d'un séminaire à Londres, en 1980). Laing remarqua que la fillette avait bien entendu ce qu'il avait dit. Elle s'avança très lentement vers lui, les bras et les mains tendus en avant, les paumes dirigées vers lui. Il leva ses mains à la même hauteur, les paumes tournées vers elle et attendit jusqu'à ce que ses mains se soient rapprochées des siennes et qu'elles se touchent. Leurs mains entrèrent en contact. Il ferma les yeux. Il suivit les lents mouvements des petites mains dessinant des cercles vers le haut et vers le bas, en avant et en arrière, comme de petites danses jouées avec les mains. Cela dura presque 50 minutes. On sonda, le père venait chercher sa fille toujours muette. Il voulait régler tout de suite le prix de la consultation. Laing lui demanda 70 livres, à une époque où une séance coûtait normalement 30 livres. Le père fut un peu choqué par le montant exigé et il le versa avec une certaine hésitation. Ils partirent. Laing oublia cette histoire. Mais plus tard, lors d'une soirée et alors qu'il faisait la causette dans un coin, une jeune femme s'approcha de lui, se présenta et lui demanda s'il se souvenait de la petite fille que son père avait amenée il y avait douze ans dans son cabinet parce qu'elle ne parlait pas. Non, dit-il, je ne m'en rappelle pas. Que s'était-passé exactement ? Je suis la fillette qui dansait avec ses mains. Wow, dit-il, maintenant cela me revient. Je me suis toujours demandé ce qui s'était passé ensuite et ce que vous étiez devenue. Et bien, dit-elle, nous sommes partis de

chez vous pour nous rendre à la voiture et mon père, qui était vraiment agacé d'avoir dû payer autant, m'a demandé ce que vous aviez fait avec moi pour une somme pareille. Je lui répondis que cela ne le regardait pas. Il eut d'abord envie de me donner une gifle. Mais tout de suite, ce fut la joie qui domina lorsqu'il réalisa que je parlais de nouveau. Laing et la jeune femme portèrent un toast à la vie.

Ce petit épisode montre à quel point il est important en psychothérapie de trouver le bon « ajustage », c'est-à-dire qu'il faut que patient et thérapeute puissent réagir de manière adéquate l'un à l'autre. Les bons thérapeutes reçoivent ce qui vient du patient et s'y adaptent. Ils savent que des substances psychotropes qui modifient la personnalité peuvent bloquer ou même empêcher cet échange, au même titre que d'autres substances – comme le haschich ou l'alcool – influant sur le psychisme. Ils ont confiance que leur propre âme est suffisamment « en résonance » pour qu'ils puissent entrer dans le chaos vécu par le patient sans qu'ils aient à abandonner leur propre position. Il est vrai que la fillette dont le cas fut présenté par Laing n'avait pas encore été diagnostiquée comme psychotique ; mais ce diagnostic et la prescription de neuroleptiques n'étaient pas très loin.

Permettez-moi de présenter un modeste exemple tiré de mon propre travail, celui d'une patiente qui avait un diagnostic psychiatrique et qui avait été traitée en conséquence. Il s'agit de la femme d'un fermier qui souffrait depuis plus de 20 ans de dépression pendant l'été ; elle m'avait été envoyée par son médecin de famille. Elle avait déjà presque tout essayé, avait fait une psychothérapie analytique, avait séjourné dans différentes cliniques psychiatriques, avait avalé des médicaments et avait suivi une thérapie du comportement. Ces interventions l'avaient aidée pendant un certain temps à vivre avec ses dépressions. Mais ni elle ni son mari ne pouvaient plus gérer la situation. Je lui demandai ce dont elle avait besoin après toutes ces thérapies et toutes ces tentatives de guérison. Qu'attendez-vous de moi qui suis votre nouveau psychothérapeute ? Elle réfléchit un moment puis me répondit : « Je voudrais que nous passions les heures de thérapie dans un bistrot. Nous choisirons chacun à notre tour où nous rendre. Je



voudrais vous parler de ma vie pendant que nous buvons un café ensemble. » Bon, me dis-je, le bistrot sera une extension de mon cabinet. Au bout de deux ans, au cours desquels nous avons été environ 65 fois dans un café pour parler de son âme blessée et complètement enfouie au plus profond d'elle-même, mais aussi de ses expériences en psychiatrie, afin de surmonter ces épisodes et de faire de la place pour ce qu'elle souhaitait pour le reste de sa vie, elle manifesta le désir de clore la thérapie. Un après-midi, elle me dit : « Je trouve que cette thérapie ne va pas assez en profondeur. Nous sommes assis dans un bistrot et nous bavardons, nous parlons de ma vie ; mais je conduis de nouveau ma voiture, j'ai un nouvel emploi à temps partiel, je n'ai plus besoin de me suicider pour que ma vie soit finie, j'ai perdu une partie du poids que j'avais pris à cause des médicaments, je suis mieux capable de parler avec mon mari et mes enfants, j'ai des rêves positifs et je vais de nouveau danser. » – Nous avons alors eu deux autres séances dans mon cabinet, pour clore le processus et passer en revue la manière dont la thérapie s'était déroulée. Plus tard, je la rencontrai de temps en temps en ville et elle ne souffrit plus jamais de dépression clinique. Son cas est un exemple de ce que Laing appelait « être avec » et suivre simplement ce que le patient a en lui en tant que réponse à son mal et qu'il exprime comme souhait. C'est si simple que cela fait rêver. Mais c'est aussi porter entière attention à ce qui naît de la rencontre thérapeutique.

## Conclusion

Ces petits exemples devaient simplement servir d'illustration à ce qui a été dit plus haut : ce n'est qu'en prenant au sérieux, qu'en établissant des rapports d'empathie avec le contexte biographique des patients et en rendant à ceux qui ont été excommuniés la possibilité de communiquer que l'on peut réussir à apporter un soutien aux personnes qui tentent de surmonter de graves problèmes existentiels et les souffrances de leur âme. En tant que psychothérapeutes sérieux et engagés, nous sommes bienveillants envers nos patients. Honnêteté et bonne foi. Si les patients ont vraiment le choix et qu'ils ne voient pas d'autre issue à leur situation, la décision d'entreprendre une psychothérapie plutôt qu'un traitement psychiatrique ne devrait pas être trop difficile.

## Sources

- Ernst, Klaus: „Psychopathologische Wirkungen des Phenothiazinderivates ‚Largactil‘ (= ‚Megaphen‘) im Selbstversuch und bei Kranken“, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, volume 192 (1954), pp. 573 – 590
- Gladwell, Malcolm: „Blink! Die Macht des Moments“, Munich: Piper Verlag 2007
- Karon, Bertram P.: „The tragedy of schizophrenia without psychotherapy“, in: Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, Vol. 31 (2003), No. 1, pp. 89 – 118
- Karon, Bertram P. / VandenBos, Gary R.: „Psychotherapy of Schizophrenia“, Northvale, New Jersey: Jason Aronson 1994
- Laing, Ronald D.: „Weisheit, Wahnsinn, Torheit – Werdegang eines Psychiaters“, Cologne: Kiepenheuer & Witsch 1985
- Lambert, Michael J. / Bergin, Allen E.: „The effectiveness of psychotherapy“, in: Allen E. Bergin / Sol L. Garfield (Hg.): „Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change“, New York: Wiley & Sons 1994, pp. 143 – 189
- Märtens, Michael / Petzold, Hilarion (Hg.): „Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“, Mainz: Matthias Grünewald Verlag 2002
- Retzer, Arnold: „Systemische Familientherapie der Psychosen“, Göttingen / Berne / Toronto / Seattle: Hogrefe 2004
- Tschuschke, Volker / Kächele, Horst: „Was leistet Psychotherapie? Zur Diskussion um differentielle Effekte unterschiedlicher Behandlungskonzepte“, in: Markus Fäh / Gottfried Fischer (Hg.): „Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung“, Gießen: Psycho-sozial Verlag 1998, pp. 137 – 162