

Alain Blanchet

Les psychothérapies sont-elles rationnelles ?

Dire, faire dire et guérir

Presses universitaires de Grenoble

La collection *Points de vue et débats scientifiques*, créée et dirigée par Pascal Pansu et Alain Somat, traite de thèmes qui, au sein de la communauté scientifique, font débat et sont sources de polémique. Sans recourir à des jugements de valeur, les ouvrages de la collection s’ancrent dans une position critique et alimentent la controverse.

—

DÉJÀ PARUS DANS LA COLLECTION

Larivée S., *Quand le paranormal manipule la science. Comment retrouver l’esprit critique*, 2014

Pinsault N., Monvoisin R., *Tout ce que vous n’avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*, 2014

Guillaume F., Tiberghien G., Baudouin J.-Y., *Le cerveau n’est pas ce que vous pensez. Images et mirages du cerveau*, 2013

Pansu P., Dubois N., Beauvois J.-L., *Dis-moi qui te cite et je saurai ce que tu vaux. Que mesure vraiment la bibliométrie?*, 2013

La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive,
l'expérience trompeuse, le jugement difficile.

Hippocrate, *L'art de la médecine*, Première section.

Introduction



Pourquoi la plupart des patients pris en charge dans des dispositifs de soin par la parole guérissent-ils, alors que la plupart de ces dispositifs pratiquent des types de soins qui semblent très éloignés les uns des autres ? Cette question est le point de départ de ce livre car, faute de pouvoir répondre de manière convaincante à cette énigme, de nombreuses réflexions et modèles thérapeutiques proposent des réponses toutes différentes. Depuis la guérison comme prérogative exclusive des dieux jusqu'à la guérison comme la conséquence d'une reconquête d'un soi perdu, beaucoup de propositions compatibles ou non entre elles ont fait leur chemin depuis bien longtemps. Mais aujourd'hui, la multiplication des formes de pratiques thérapeutiques et leur consumérisation rendent encore plus difficile l'apport d'une réponse convaincante à cette question initiale.

Les soins psychologiques relevant d'une sous-discipline de la psychologie qui est la psychologie clinique, il est légitime d'attendre de cette spécialité universitaire des éléments de réponse réfléchis et probants. Or, comme le faisait remarquer déjà Chemouni (2001), la psychologie clinique, qui catalogue des modèles explicatifs sans relation claire entre eux, s'est construite sur un sable théorique qui laisse perplexe. La psychologie clinique se trouve ainsi affublée d'une trentaine de définitions, différentes, parfois contradictoires entre elles (Chemouni, *op. cit.*). Par ailleurs, alors qu'on est en droit d'attendre de nombreuses connexions et synergies avec la discipline mère qu'est la psychologie, la psychologie clinique apparaît dans

les instances officielles et dans les sections universitaires comme séparée de ses fondements. En 1901, Pierre Janet fonde la société de psychologie, société savante consacrée à « l'étude de l'esprit, de ses conditions, de ses lois propres, de ses maladies et de son histoire ». Il était alors nécessaire de séparer la psychologie des pratiques obscures (télépathie, occultisme et autres manipulations dites psychiques) qui avaient fleuri à la fin du XIX^e siècle, y compris dans les cercles scientifiques. Il était également nécessaire de contribuer à établir, par la recherche, le corps de connaissances propres à cette discipline. Et c'est ce qui fut fait pendant de nombreuses années.

Dans ce vaste champ de recherche, la psychologie clinique représente l'enjeu sociétal considérable de développer les connaissances sur les pathologies mentales et leur traitement. Emportée par la vague psychanalytique qui a constitué un corpus de connaissances novateur allié à une pratique originale, la sous-discipline s'est trouvée submergée par la vague freudienne dès les années 1930.

Depuis plus d'un siècle (Ohayon, 2006), aucune rencontre, autre que particulière, n'a véritablement eu lieu en France entre la psychologie scientifique fondée par Janet et la démarche psychanalytique de Freud. L'homme a-t-il deux âmes ? Existe-t-il deux pensées étudiées par l'une et l'autre des disciplines ou bien s'agit-il d'un malentendu, d'un défaut d'explication, ou d'une histoire de croyances, de société et de territoire ?

Contre cette dichotomie artificielle, trois principes essentiels doivent être rappelés (Widlöcher, 1974). (1) L'unité de la psychologie est une valeur épistémologique. Si elle n'est pas constatée dans les faits, elle demeure un principe logique qui s'applique à toute démarche ayant un même objet. (2) La psychanalyse est un domaine de la psychologie, une discipline pilote qui permet l'observation des interactions dynamiques au sein de la fantasmagorie individuelle. Mais si ces interactions intériorisées se sont constituées dans et par la vie sociale, elles sont aussi étudiées dans d'autres domaines de la psychologie. (3) Il n'y a donc pas de solution de continuité entre ces deux approches.

L'évolution de la psychologie clinique à l'aube du XXI^e siècle montre que sa fonction strictement thérapeutique ancrée dans le terrain

du malheur individuel et des problèmes sociaux risque de s'abîmer dans la banalité en ignorant la valeur inestimable des connaissances psychologiques toujours en mouvement et renouvelées par leur dialogue constant avec la psychologie générale, la philosophie analytique et les neurosciences.

Car encore aujourd'hui, les pratiques thérapeutiques en psychologie développent leurs propres modèles en apnée théorique, parce que ces modèles ne sont pas faits pour être modifiés par les faits comme tout modèle scientifique, mais pour faire école. Ce que regrettait Chemouni (*op. cit.*), à savoir que « la psychologie clinique ne s'est guère préoccupée de conduire une réflexion épistémologique sérieuse justifiant ses procédures de connaissance », reste aujourd'hui inchangé. En fait, la psychologie clinique est-elle une discipline scientifique visant la connaissance des mécanismes de dysfonctionnements de l'esprit, comme le projetait Janet en fondant l'institution de la discipline en France? Ou bien est-elle une pratique de soin qui ne trouve sa justification que dans le constat de ses résultats bénéfiques pour les patients? Toute l'ambiguïté de cette sous-discipline est déductible de son ubiquité. Elle revendique d'être de fait une pratique et de droit une théorie. Une pratique ne peut valider à elle seule une théorie parce qu'une pratique ne peut se nier elle-même dans ses présupposés et le sens de ses résultats. Or une théorie ne se décrète pas, elle se prouve : elle trouve sa validation scientifique dans la recherche systématique des faits susceptibles de la contredire.

Cet affadissement des concepts et des pratiques cliniques ne peut être contrecarré que par l'instauration d'un enseignement universitaire corrélé à des opérations de recherches, qui permet d'inscrire la pratique du soin psychologique dans les disciplines psychologique et psychiatrique. La plupart des travaux de recherche en psychologie clinique suivent cette voie, mais pas tous. Or, les auteurs qui se détournent de ce projet scientifique, en étayant leur démarche sur le constat de l'indétermination des comportements humains, de l'impossible objectivation de l'âme et de la singularité de toute rencontre thérapeute-patient, constituent des apports importants pour le champ étudié, à condition que ces apports de première

main soient repris dans une synthèse à vocation scientifique. Par contre, les auteurs qui se détourneraient volontairement du projet scientifique en rejetant ses principes universels, au nom d'une épistémologie solipsiste (mon cas et mes interprétations, l'analyse introspective de mes contre-attitudes, ma conception des ressorts de la thérapie, etc.), s'excluent de fait de tout débat scientifique sérieux et au mieux font œuvre littéraire.

Il est donc utile d'effectuer une reprise psychologique des divers apports des pratiques et modèles explicatifs cliniques, dans le but d'établir un socle théorique qui rende compte de ces approches, de leurs fonctionnements et des principes actifs qui conduisent à apaiser les tourments des patients en les menant à la guérison.

Il s'agit de considérer l'ensemble des pratiques, de les comparer, d'en faire l'histoire, d'en étudier les supports communicatifs, les formes spécifiques, les cadres d'expérience qu'elles mettent en œuvre, mais également de considérer les types d'engagement demandés aux patients, les modes d'intervention des thérapeutes et les théories mythologiques qu'elles utilisent comme conception de la maladie et de la guérison. La pratique clinique en psychologie n'est pas la psychologie, mais peut être un objet de la psychologie, de même que la pratique pédagogique avec ses modèles efficaces n'est pas une science de l'éducation, mais l'un de ses objets. Mais il s'agit surtout de situer cette pratique du soin dans un cadre d'expérience plus large. Quelles sont les pratiques voisines ? Quels sont les matériaux utilisés dans l'interaction ? Quelle est la part du langage dans la constitution du soi ? Bref, pour reconstruire les cadres emboîtés qui déterminent ces dispositifs de soin par la parole (DSP), comme le sont, du plus spécifique au plus général, les techniques de l'entretien, les mécanismes de l'interaction et les fonctions du langage, il s'agit de rendre compte des connaissances pertinentes pour ce projet dans ces différents domaines.

Le fait de pouvoir dire et de dire est constitutif non pas de l'humain, mais de tout être animé. Une paramécie dit quelque chose lorsqu'elle se dirige vers un but alimentaire par exemple. Les conduites mimétiques des congénères sont des formes d'interprétations comportementales prototypiques de ce dire. Les organismes vivants sont

donc porteurs d'une orientation vers un but, orientation mise en acte qui est susceptible de délivrer un message, fût-il élémentaire. C'est ainsi que le dire humain n'est pas tout entier contenu dans le langage, consubstantiel avec lui, au contraire, il est aussi contenu dans le corps, qui joue un rôle difficile à décrypter, mais essentiel dans la communication. Le corps transmet ses émotions et sentiments, sans média, par contamination ou contagion. Le corps ne ment pas, dit-on naïvement, sans penser que l'acteur est l'exemple même du contraire. En effet, comme le langage, le corps est pris dans une intentionnalité consciente ou non consciente qui le représente et le met en action. Toutefois, le corps (le mîmo-posturo-gestuel) construit des univers de représentation pauvres en signification établie, alors que le langage construit des univers imaginaires innombrables par l'entrelacement infini de ses signes symboliques.

Les êtres humains sont dotés de faits de conscience, c'est-à-dire d'intentionnalité, ce qui signifie que tout état de conscience vise un objet et porte en lui-même l'objet visé (en tant qu'objet de l'intention, le *cogitatum*).

« Le mot intentionnalité ne signifie rien d'autre que cette particularité foncière et générale qu'à la conscience d'être conscience de quelque chose, de porter, en sa qualité de *cogito*, son *cogitatum* en elle-même. » (Husserl, 1947)

En ce sens, le fait de dire implique une forme de retour à soi qui signe la conscience humaine et son action avec autrui. Mais le langage assure des fonctions complexes et établit une permanence de la trace de ce que l'on dit, permanence qui échappe aux communications instinctives du corps. Ces fonctions fondamentales sont classiquement décrites comme (1) décrire le monde, (2) traduire la subjectivité du locuteur, (3) agir sur l'état de l'interlocuteur. Chacune d'entre elles mérite un approfondissement suffisant pour que l'on puisse se représenter la marche du moteur langagier dans la relation à autrui. Car tout langage s'adresse à autrui (fût-il soi-même) parce que tout langage découle d'une capacité interactive primaire qui détermine son acquisition.

Comment peut-on décrire le monde en dehors de son propre monde? Toute proposition est d'emblée préfixée par un « je crois que », fût-elle une découverte scientifique. Cette dualité ego-monde constitue

la nature du langage qui est toujours une chimie à deux ingrédients. Dire revient à se dire et se dire revient donc à se rencontrer soi-même dans sa propre parole. Cette expérience implique un auditeur (même imaginaire) : celui qui confirme ma propre pensée en y réagissant et en agissant sur moi-même. La chimie à deux ingrédients s'effectue donc par l'action d'un catalyseur immanent qui non seulement la rend possible, mais en outre apporte l'immatérialité du sens. Par exemple, dans les états de solitude extrême, la perte de l'autre est corrélative de la perte du sens.

Le langage est donc émergence et constitution de la réflexivité de la conscience. Comme opérateur logique primordial, la négation constitue la marque de cette réflexivité et donc de ce dédoublement de la représentation par le langage. Parler et se taire est une chose, dire et ne pas dire en est une autre. La négation a cette propriété unique de dire et de ne pas dire en même temps ; en ce sens, elle contredit le principe du tiers exclu, ou principe de non-contradiction, qui s'énonce ainsi : « Il est impossible qu'un même attribut appartienne et n'appartienne pas en même temps et sous le même rapport à une même chose » (Aristote). Or dire « A n'est pas » implique qu'il y a un objet A dont l'être est nié, donc A est. La négation dans le langage mérite une réflexion approfondie, parce que son fonctionnement logique est intimement lié à la naissance de la pensée dans le développement de l'enfant et à la propriété de la négation de dire ce qu'elle nie. Cette division du dire langagier détermine sa capacité réflexive.

Il s'agit, là, d'une clé indispensable pour ouvrir et déplier le packaging bien ficelé des praxéologies thérapeutiques. Les notions de conflit psychique, de division de l'esprit, d'inconscient, de réflexivité, etc., sont intimement liées à la modalité de négation dans le langage. Le fait d'attribuer à autrui des croyances qui ne sont pas les siennes (nommées abusivement « théorie de l'esprit ») procède de la même compétence à pouvoir nier sa croyance. De même, le fait d'effectuer une action non compatible avec sa croyance ou son jugement est une question philosophique classique nommée *akrasia* qui fait l'objet d'une littérature importante (Platon, Aristote, Spinoza et plus récemment Davidson, 1990). Enfin, dans un texte célèbre

de quatre pages (*die Verneinung*), Freud (1925a) argumente son modèle conscient/inconscient à partir de l'exemple de la négation d'une proposition faite par un patient. L'inconscient freudien se retrouve donc dans une proximité notionnelle intéressante avec la capacité de se représenter les croyances d'autrui ; Lacan en fait une synthèse lorsqu'il énonce : « L'inconscient est le discours de l'Autre. »

La reconquête de l'unité du moi divisé constitue l'enjeu des DSP : on parle selon les cas de soi dissocié, de représentations refoulées, d'émotions réprimées. Or cette reconstitution de l'unité est la conséquence d'une action langagière qui permet de représenter les parties séparées et de réunir l'ensemble dans un processus logique dont le déroulement précis échappe le plus souvent aux interactants du DSP. L'immersion nécessaire du patient et du thérapeute dans le processus ne permet pas d'en reconstituer les étapes comme le ferait une opération de recherche distanciée.

Il reste que la constitution du sentiment d'être un moi ou d'avoir un moi, de même que le sentiment de manque, d'incomplétude et d'existence dénuée d'intérêt sont consubstantiels à l'usage du langage, pierre de touche de l'ensemble de la construction de la pensée.

Comme l'autre se trouve être l'élément qui catalyse le dire et lui donne sens, chaque dire répond à un faire dire. Lequel peut s'exprimer par un simple mouvement du corps (un regard par exemple) ou une question explicitement posée. Mais le faire dire peut aussi être implicite dans une phrase sibylline dont les présupposés non exprimés sollicitent une parole de l'auditeur. Le faire dire appartient au domaine de l'interaction langagière. Domaine qui comporte des phénomènes langagiers qui sont constitués par l'interférence de deux subjectivités en action.

Le fait de faire dire n'est pas l'apanage des intervieweurs professionnels, mais la manière de s'y prendre. La mise en œuvre technique du projet reste spécifique non pas parce que l'outil a été forgé en application de principes théoriques clairement définis, mais parce que l'expérience de l'enquête, des rapports sociaux impliqués dans cette situation et des modèles inspirés de l'hypnose et de la psychanalyse, ont forgé des styles d'intervention des intervieweurs plus efficaces que l'interrogation spontanée et naïve. L'absence de réponse personnelle

aux propos de l'interviewé, la confirmation implicite de ses dires, le mode indirect de questionnement, le choix du commentaire plutôt que de l'interrogatoire caractérisent ce style typique de l'intervieweur. Ainsi, les praticiens qui ont pour objectif de guérir leur patient ont en commun, avec les géographes qui étudient les représentations de l'espace par ses habitants, un style particulier : le style de l'intervieweur. Les sciences humaines en général collectent de nombreuses données à partir des dires de sujets interviewés. Ce sont des données qui rendent compte de la représentation que se font les personnes concernées de la situation étudiée. Le nombre considérable de ces études en tout genre n'exclut pas pour autant qu'elles utilisent des techniques semblables (Blanchet, 1991). De nombreuses disciplines pratiquent l'interview : l'histoire, la géographie, la sociologie, le marketing, l'économie, la psychologie, etc. Cette situation d'interview est caractérisée par un but de l'intervieweur qui est de « faire dire ». Faire dire ce que l'interviewé pense, ce que sont ses représentations, son histoire, ses relations sociales, ce qu'il croit être.

Ces outils du faire dire professionnel ont été définis en 1929 lors de la grande enquête que Roethlisberger et Dickson (1943) ont consacrée à l'organisation du travail et à ses effets sur les conditions de vie des ouvriers à la Western Electric. Ces outils de l'enquête « non directive » ont pour objectif de favoriser la parole des interviewés. Dans ce but, ils permettent de contourner la réticence des interviewés aux questions directes et intrusives et de stimuler leur coopération par des interventions empathiques et compréhensives. Ces interventions ont été largement étudiées, on a pu montrer qu'elles n'étaient pas sans influence et qu'elles guidaient de l'intérieur le discours des interviewés, à un point tel que ces influences pouvaient entraîner des modifications des opinions des interviewés. Mais on a également montré que ces interventions, dites « relances », amélioraient les capacités des interviewés à se penser eux-mêmes et augmentaient leur satisfaction à dire leur point de vue sans être soumis au jugement ou aux questions intrusives des enquêteurs.

Ces techniques sont issues des intuitions des premiers sociologues comme Leplay, qui souligne dès la seconde moitié du XIX^e siècle que l'on acquiert bien souvent plus d'information en conversant avec

les gens qu'en posant des questions. Ces techniques sont également issues des premières études dites biographiques, tel l'un des premiers récits de vie publié au début du xx^e siècle intitulé *Le Paysan polonais en Europe et en Amérique* (Blanchet et Gotman, 2010). Mais ces outils sont surtout empruntés à la technique psychanalytique qui définit la parole libre du patient comme l'une des voies royales qui conduit à la compréhension et à la résolution de ses problèmes. L'emprunt de ces outils de l'enquête en science sociale à la psychanalyse n'est pas sans poser des problèmes éthiques et surtout demande à s'interroger sur le statut épistémologique des données acquises ainsi. Alors que le patient se découvre lui-même pour lui-même et élabore sa propre vérité dont il est censé tirer un profit par sa guérison, l'enquêteur tire profit des discours « libres » de l'enquêté sans que ce dernier en soit le bénéficiaire.

Dans le DSP, la question éthique ne se pose pas si les règles de confidentialité sont respectées, mais dans l'enquête, cette question peut être posée. Toutefois, le problème épistémologique est plus épineux. Alors que la vérité du discours d'un patient ne pose pas de problème de validité sociale mais s'évalue en termes d'efficacité positive sur son état de santé, la validité des informations données par une personne interviewée reste un point faible des enquêtes par entretien, tant les conditions de l'enquête, l'environnement, le sexe de l'intervieweur, son opinion sur le sujet, etc., conditionnent sérieusement le contenu du discours de l'interviewé (Blanchet et Gotman, *op. cit.*). Ainsi, dans certaines situations d'enquête, « faire dire » revient malheureusement à faire dire n'importe quoi. Les micros-trottoirs, les interviews journalistiques bâclées, les enquêtes surdéterminées par des poids institutionnels forts sont des exemples frappants de la faible fiabilité des discours, fussent-ils apparemment libres, produits dans l'espace social.

La pratique du faire dire dans l'espace social n'est pas non plus exempte des roueries, escroqueries et procédés en tout genre qui visent une soumission librement consentie des personnes concernées (Joule et Beauvois, 2014). La pratique du faire dire dans l'espace intime d'une consultation n'est pas non plus exempte de tromperie visant à servir les intérêts du clinicien.

« Formations comportementales, développement personnel et approches réellement ou artificiellement présentées comme psychothérapeutiques sont ainsi mis en avant comme des solutions innovantes et salvatrices formant un tout. Certains vont même jusqu'à qualifier ces "démarches" de systémiques. » (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, 2011)

Les pratiques cliniques ne se résument pas aux pratiques de soins ; elles ont également pour but d'être des supports aux diagnostics. Ces deux situations impliquent des objectifs et des rôles professionnels différents mais s'inscrivent l'une et l'autre dans la spécialité dite « conduite d'entretiens cliniques sans ou avec support ». Les premières avec l'objectif d'amélioration, par un changement, de l'état subjectif du patient, et les secondes avec l'objectif d'accroître les connaissances sur ses fonctionnements subjectifs. Comme technique d'évaluation des compétences et performances mentales des sujets, les pratiques cliniques sont des pratiques d'enquête qui reçoivent leur validation éthique du lieu de soin ou de l'institution dans lesquels elles sont mises en œuvre.

Toutefois, la grande majorité des pratiques cliniques de l'entretien au sens général du terme comme rencontre sous une forme spécifiée entre un patient et un thérapeute se retrouve dans des DSP. Les DSP sont fondés sur des principes revendiqués qui diffèrent selon les cas, mais qui reposent sur un certain nombre d'idées comparables. L'une de ces idées est la suivante : le fait de parler de soi, de s'exprimer, de raconter ses problèmes, de construire un discours sur soi, apporte un certain bien-être qui constitue la cause principale de la guérison dans les DSP. Le dire serait donc salvateur parce qu'il permettrait d'épancher ses pensées douloureuses, et éventuellement de leur donner un sens, c'est-à-dire de les réinterpréter différemment. Une autre idée est celle-ci : les DSP sont des creusets dans lesquels se joue une forme d'alchimie qui transforme par un jeu d'influence les pensées des patients. Dire, dans ce cas, consiste pour le patient à exprimer ses croyances, auxquelles le thérapeute tentera de substituer d'autres croyances moins pathogènes. Une autre idée consiste à considérer que le soin psychique est effectué par une sensibilité accrue du patient à son corps, ses sentiments et ses émotions. Enfin, on peut aussi bien croire que les prises en charge des patients n'ont

d'effets bénéfiques que par d'autres voies que la parole mais dont la parole est le moyen d'accès : ces voies sont la mise en évidence de causes multiples internes ou externes comme les fantasmes refoulés, les désirs délaissés, les héritages psychiques impensés, les possessions par des entités sacrées ou encore les désordres du corps.

Incontestablement, les DSP mettent en œuvre des processus langagiers, mais leur rôle, source directe de la guérison ou médiation vers d'autres causes, n'est pas clairement vu, ni par les patients, ni par les praticiens. D'ailleurs, il n'est peut-être pas nécessaire d'être éclairé sur les principes actifs qui conduisent la plupart de ces prises en charge vers le mieux-être des patients. La magie de l'interaction soutenue par la théorie psychopathologique spécifique de chaque thérapeute, l'apport de son expérience par le patient et l'énergie qu'il met en action pour perdurer dans son être en atténuant ses souffrances, suffisent à rendre compte de cette étrange situation dans laquelle le dire de l'un et le dire de l'autre construisent une pensée commune propice à la guérison.

En effet, le problème principal posé par ces DSP tient au manque de spécificité des procédures de soin mises en œuvre. Par spécificité, on entend la mise en évidence claire des facteurs qui concourent à la guérison. Il faut entendre par guérison l'amélioration de l'état de santé psychologique des patients qui s'exprime par une meilleure qualité de vie. La guérison n'exclut pas la rechute, ni un certain maintien des symptômes dès lors qu'ils sont mieux supportés. En fait, on observe, après quelque 80 années d'études consacrées à l'efficacité des « psychothérapies » que, globalement, toutes les formes pratiquées sont aussi efficaces les unes que les autres. Ce constat apporté par de nombreuses méta-analyses effectuées sur quantité d'articles scientifiques a été nommé « Dodo Bird effect », en mémoire au dodo d'*Alice au pays des merveilles* qui clamait après une course effectuée par Alice et ses amis : « Tout le monde a gagné ! »

Ce match nul apparent cachait de nombreuses variables de confusion. Parmi celles-ci, une variable était délicate à prendre en compte : les thérapeutes évalués faisaient-ils ce qu'ils disaient faire ? Ou, en d'autres termes, les obédiences thérapeutiques étaient-elles de bonnes références pour évaluer l'efficacité des thérapeutes s'en revendiquant ?

Les études menées sur ce que font réellement les thérapeutes par rapport au modèle qu'ils sont censés suivre donnent des résultats très intéressants : les interventions prototypiques des obédiences ne sont pas suivies par les cliniciens qui adaptent leur stratégie de soin aux situations et aux patients. Par exemple, dans une étude qui sera détaillée dans la troisième partie, les thérapeutes se revendiquant de la psychanalyse font des interventions qui ne sont pas toutes du type attendu par le prototype, loin de là, puisque près de la moitié de leurs interventions appartient au type thérapie comportementale et cognitive. Autre exemple, les thérapeutes cognitivistes, qui sont censés suivre un manuel contraignant, seraient d'autant plus efficaces qu'ils utilisent fréquemment des interventions répondant au prototype psychanalytique. Ainsi, pensant comparer plusieurs techniques thérapeutiques, les chercheurs semblaient ignorer que les obédiences sont des labels autour desquels se regroupent les membres des associations, mais que les différences dans la manière d'appliquer les préceptes entre ces membres brouillent les cartes de la comparaison. Un exemple frappant est rapporté par Jean-Michel Thurin et Monique Thurin (2007) : en comparant les prototypes des interventions utilisés par des cliniciens pratiquant la thérapie interpersonnelle (IPT) et d'autres pratiquant les thérapies comportementales et cognitives (TCC), les chercheurs montrent que les premiers se conforment davantage au prototype des seconds que les seconds. Les thérapeutes IPT faisaient donc des TCC et obtenaient de meilleurs résultats que les thérapeutes TCC !

Ainsi, les différences de style des thérapeutes semblent aujourd'hui l'élément essentiel qui caractérise la thérapie réelle effectuée et explique la variance de son efficacité. On développera ce point crucial car il met en exergue la part prépondérante que joue la personne du thérapeute dans les DSP. Mais ces qualités personnelles comme l'empathie, la chaleur humaine, la flexibilité, etc., ne représentent un facteur que pour autant qu'elles s'ajustent au patient. C'est pourquoi nous soutiendrons la thèse que seule l'interaction thérapeutique est spécifique et que cette interaction a des caractéristiques et des propriétés que l'on ne trouve dans aucune autre. Ces caractéristiques spécifiques sont formulables sans référence aux jargons multiples utilisés dans les modèles explicatifs et largement

diffusés par les sociétés thérapeutiques, et leur mise en évidence trouvera une valeur supplémentaire à pouvoir rendre compte non seulement des DSP modernes, mais également de toute forme de DSP traditionnels. Comme Janet et Freud l'expriment à leur manière, il ne faut jamais oublier que la thérapie de l'âme est l'un des plus vieux métiers du monde.

Voici donc le propos de ce livre : explorer les propriétés infinies du dire, rendre compte des habiletés qui permettent de faire dire dans les situations d'interrogatoire, de confession et d'enquête, et emboîter les dispositifs de soin par la parole dans ces cadres plus vastes du dire et du faire dire pour mettre en évidence leurs principes actifs.