

Commentaires sur l'état de la recherche en psychothérapie (comme je la vois)

David Orlinsky

Université de Chicago

Traduction : Françoise Ducroux-Biass

David E. Orlinsky est professeur au «Department of Comparative Human Development» de l'Université de Chicago. En 1969, il fonda l'*International Society for Psychotherapy Research*¹ dont il est un ancien président. Il est co-auteur de deux livres: *Varieties of Psychotherapeutic Experience*² qu'il publia en 1975 avec Kenneth Howard, et *How Psychotherapists Develop*³ avec Helge Ronnestad (2005). Par ailleurs, il dirigea avec Jesse Geller et John Norcross la publication de l'ouvrage intitulé *The Therapist's own Psychotherapy*⁴. Il est également l'auteur de nombreux articles de recherche.

¹ Ndt: Société internationale pour la recherche en psychothérapie.

² Ndt: Diversité dans l'expérience psychothérapeutique.

³ Ndt: Développement personnel des psychothérapeutes.

⁴ Ndt: La propre psychothérapie du thérapeute.

Résumé

Dans cet essai, l'auteur fait part de ses hésitations quant à la valeur d'une recherche en psychothérapie basée sur un paradigme ou modèle standard qui, par des procédures «manualisées» aléatoires, tend à réifier les personnes (patients et chercheurs) et rétrécir, selon lui, la vision des phénomènes censés être étudiés. Ce modèle est conforté par les biais cognitifs matérialistes de notre culture occidentale (dichotomie soma/psyché), dans une course au financement qui asservit les chercheurs aux bâilleurs de fonds. Dans sa conclusion, Orlinsky exprime son désir de voir un jour se développer une recherche en psychothérapie et une formation de psychothérapeutes fondées sur l'expérience.

Mots-clés: psychothérapie, recherche, science normale, componentialité, unité psychosomatique, fondé sur l'expérience.

Note préliminaire: cet essai est une réponse à l'invitation de Chris Muran, actuel président de la «Society for Psychotherapy Research⁵ North American Chapter». Il m'avait demandé de donner mon point de vue sur l'état actuel de la recherche en psychothérapie dans la colonne du Bulletin de la section réservée au président sortant. Ce texte a été publié (sans les références) dans le Bulletin de janvier 2006. J'espère qu'il sera compris comme une critique constructive de la recherche et **non** comme une attaque de la recherche scientifique en psychothérapie à laquelle j'ai consacré plusieurs dizaines d'année de ma vie. J'y développe l'idée que notre recherche a besoin de devenir plus réaliste et de ce fait plus réellement scientifique. Tout commentaire peut être envoyé à: d-orlinsky@uchicago.edu.

Il me faut tout d'abord confesser que, lorsque je peux l'éviter, je ne *lis* pas vraiment ce qui a trait à la recherche en psychothérapie. Pourquoi? La langue y est ennuyeuse, la narration répétitive, les caractères manquent de profondeur et les auteurs n'ont généralement pas le sens de l'humour. Ce n'est pas amusant, tout au moins pas intentionnellement. Mais au lieu de

⁵ Ndt: désignée ci-après par les initiales SPR.

lire, je *scanne* ou j'*étudie*. J'ai pris l'habitude de scanner les résumés des articles au fur et à mesure que les journaux me parviennent afin de m'assurer qu'ils ne contiennent rien de ce que je désire savoir; quand un résumé retient mon intérêt je scanne la table des résultats. Par ailleurs, j'ai accepté d'*étudier* la recherche en psychothérapie de manière systématique, à intervalles irréguliers de quelques années, en me centrant systématiquement sur les études qui concernent le processus et le résultat (Howard & Orlinsky, 1972; Orlinsky & Howard, 1978, 1986; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Je l'ai fait pendant quarante ans environ, et c'est sur cette base (pour ce qu'elle a de valable) que je rends compte ici de ce que je pense de l'état de la recherche en psychothérapie.

Je crois que ces dernières années, la psychothérapie s'est dotée de bien des atours de ce que Thomas Kuhn (1970) a décrit comme «science normale⁶» – signifiant par là que la recherche s'est en grande partie consacrée à faire ressortir de manière incrémentielle et systématique les détails d'un «paradigme» général qui soit largement accepté et dans une grande mesure incontesté. Le paradigme de recherche ou modèle standard comprend l'étude (a) des procédures thérapeutiques «manualisées» (b) pour des types de troubles spécifiques (c) dans des conditions et lieux d'application particuliers. Ceci est très différent du champ que j'ai décrit, il y a trente ans, comme «pré-paradigmatique» (Orlinsky & Howard, 1978) mais, d'une certaine manière, il s'agit d'une avancée considérable. Cependant, les «atours de la science normale» mentionnés plus haut ont un double sens. Ils suggèrent *l'apparence* de la science normale certes, mais dont le consensus paradigmatique implicite peut aussi représenter *le piège* d'un modèle réduit et non réaliste.

Le paradigme est familier. Il repose sur le fait que la psychothérapie est un ensemble de procédures spécifiques et spécifiables («interventions» ou «techniques») que l'on peut enseigner, apprendre et appliquer et que la puissance et l'efficacité comparatives de ces procédures dans le traitement spécifique et spécifiable des troubles comportementaux et psychologiques définit plus ou moins les formes de psychothérapie – à condition que les patients soient désireux et capables de se soumettre au traitement dispensé par un thérapeute compétent.

Dans ce processus, les thérapeutes sont supposés être des sujets actifs (agents, fournisseurs) et les patients des objets réactifs (cibles, récipiendaires). Il est bien possible que, *en théorie*, les chercheurs croient que les

⁶ Ndt: «science normale», cf. «Wikipedia.org».

patients et les thérapeutes sont des sujets actifs et que ce qui se passe entre eux dans la thérapie apparaisse comme une interaction mais, *en pratique*, le paradigme ou modèle de recherche standard qu'ils suivent systématiquement définit implicitement le traitement comme un processus unidirectionnel.

Les projets expérimentaux qui soumettent aléatoirement les patients à des conditions de traitement alternatif, juste comme si c'étaient des objets (ne se souciant que rarement de *leurs* préférences), mettent en évidence ces conceptions implicites du patient, du thérapeute et du processus de traitement. Par contre les thérapeutes ne sont jamais soumis, ni systématiquement, ni au hasard, à des conditions de traitement alternatif (car il est essentiel que soient prises en compte *leurs* préférences subjectives vis-à-vis du traitement). Ceci a pour conséquence, comme l'ont fait clairement remarquer Elkin (1999) et d'autres, que les comparaisons entre les conditions de traitement reflètent les effets de l'interaction du traitement-x-thérapeute plutôt que les effets principaux du traitement. Mais cette question est adroitement ignorée par tout le monde (comme dans le conte de «Nouveaux habits de l'empereur»⁷).

En outre, en la focalisant sur certaines qualités ou caractéristiques abstraites des patients ou des thérapeutes, le paradigme de recherche dominant rétrécit la vision que nous avons des phénomènes que les chercheurs en psychothérapie pensent étudier. La cible du traitement n'est pas vraiment le patient en tant qu'individu mais plutôt en tant que *trouble* spécifiquement diagnostiqué. D'autres caractéristiques du patient sont censées être «contrôlées» soit par sélection aléatoire (autre mythe embarrassant du fait que l'efficacité de la sélection aléatoire dépend des grands nombres et que le nombre de sujets dans un échantillon ou dans des répliques d'échantillons est rarement assez grand pour justifier la sélection), ou contrôlées statistiquement en utilisant les quelques caractéristiques de patients qui d'habitude sont systématiquement évaluées comme covariants. Les covariants sont communément des variables choisies démographiquement et évaluées dans le but de décrire l'échantillon (âge, genre, état civil, race ou ethnicité, etc.) puisqu'il n'y pas de théorie largement acceptée pour guider la sélection des variables du patient. (Assez récemment, des mesures d'«alliance» ont été recueillies de manière routinière chez des patients, reflétant ainsi l'accumulation massive des résultats empiriques sur l'impact de la relation thérapeutique.)

⁷ Ndt: titre d'un conte d'Andersen

De la même manière, les psychothérapeutes sont décrits sous forme de certaines qualités ou caractéristiques abstraites. L'agent de traitement qui est étudié n'est pas vraiment le thérapeute en tant qu'individu mais plutôt comme un ensemble spécifique de *savoir-faire thérapeutiques manualisés* auxquels le thérapeute est censé avoir été formé et auxquels il est censé se conformer dans la pratique. Les quelques autres caractéristiques qui sont habituellement évaluées (formation professionnelle, niveau de carrière, orientation théorique et peut-être genre, race ou ethnicité) sont en grande partie utilisées pour décrire l'échantillon, ou parfois comme covariants. Et ceci, à nouveau, parce qu'il n'existe pas de théories largement acceptées ou de données empiriques reproduites sur une large échelle pour guider la sélection des variables concernant les thérapeutes.

Cette vision réduite et extrêmement abstraite des patients, des thérapeutes et du processus thérapeutique du paradigme de recherche dominant trouve un appui dans les biais cognitifs de la culture moderne que nous partageons tous. L'un de ces biais a été décrit par le sociologue Peter Berger et ses collègues sous le nom de *componentialité*. Cette assomption de base établit que: «les composants de la réalité sont des unités indépendantes qui peuvent être mises en relation avec d'autres unités semblables, impliquant ainsi que la réalité n'est pas conçue comme un flux ininterrompu de jonctions et de disjonctions d'entités uniques. Cette appréhension en termes de composants est essentielle à la reproductibilité du processus de production [industrielle] aussi bien qu'à la corrélation entre hommes et machines. [...] La réalité est ordonnée en termes de telles unités qui sont appréhendées et manipulées comme des unités atomistiques. Ainsi tout est analysable sous forme de composants constituants; tout peut être séparé et réuni à nouveau dans les termes de ces composants» (Berger, Berger & Kellner, 1974, p. 27).

Cette componentialité se réfléchit dans la manière nettement individuelle et décontextualisée dont nous pensons aux personnes. Nous avons tendance à penser que les individus sont des unités de «personnalité» essentiellement séparées, indépendantes et fondamentalement interchangeable, lesquelles sont à leur tour constituées d'autres composants internes qui interagissent entre eux plus ou moins mécaniquement – qu'ils soient conceptualisés en tant que traits qui peuvent être évalués quantitativement comme des variables de différence individuelle ou, d'une manière plus holistique mais moins précise, comme des composants cliniques de la personnalité (*ego, ça ou super-ego*). C'est ainsi que lorsque les chercheurs cherchent à évaluer l'impact, présumé positif même s'il s'avère parfois négatif, de la psychothérapie sur les patients, ils centrent systématiquement leurs

observations sur des individus componentiels hors de tout contexte de vie, et sur des composants constitutifs des individus sur lesquels sont ciblés les traitements thérapeutiques, à savoir sur les troubles symptomatiques et les traits de caractères pathologiques. En général, ils n'évaluent pas les individus comme faisant partie de contextes de vie socioculturels, politico-économiques et développementaux. Une vision componentielle de la psychothérapie et de ceux qui la pratiquent se dégage implicitement du paradigme de recherche dominant qui produit aux chercheurs une sensation de maîtrise cognitive encourageante. Mais fait-elle justice aux *réalités* que nous cherchons à étudier, ne les déforme-t-elle pas?

Un autre biais de la culture moderne largement répandu vient encore compliquer et déformer le travail des chercheurs en psychothérapie et en psychopharmacologie (et plus largement en médecine). Il s'agit de l'assomption implicite que, malgré les efforts des philosophes modernes tels que Ryle (1949) pour détruire ce mythe cartésien, il y a une distinction ou dichotomie essentielle entre *soma* et *psyché* (ou matière et esprit). C'est ce qui fait que – grâce à l'IRM et à la tomographie par ordinateur qui permettent de détecter des changements dans la réponse émotionnelle – la découverte que les phénomènes psychologiques ont des correspondances neurologiques ou encore corporelles soit considérée comme sensationnelle au point de faire les titres de la presse quotidienne. Le biais matérialiste de la culture moderne alimente le fait que cette corrélation tende à être vue en termes réductionnistes, de sorte que les aspects physiologiques des phénomènes étudiés sont considérés comme fondamentaux, voire comme la *cause* de leur aspect psychologique.

Lors de la récente conférence de la SPR à Montréal (Bae et al., 2005), au cours d'une conversation avec mes collègues de traditions culturelles différentes, je me suis rendu compte à quel point la dichotomie corps-esprit (et par la suite, la distinction entre «santé physique» et «santé mentale») ne semble pas naturelle à des perspectives culturelles différentes, et combien elle déforme la *continuité psychosomatique* de la personne humaine vivante. Lorsque cette continuité fondamentale est conceptuellement divisée en «psyché» et «soma», il se crée une qualité mystérieuse, tel un produit de remplacement (comme l'énergie qui se dégage de la fission atomique), une qualité mystérieuse appelée, avec le plus grand des mépris, «effet placebo». Cet effet, mystérieusement affublé d'une étiquette latine, est considéré comme un «contaminant» par les projets de recherche, mais il est typique que les chercheurs échouent dans le combat qu'ils mènent pour essayer

de le contrôler (plutôt que de le comprendre), parce que «l'effet» reflète un aspect de notre réalité d'êtres humains qui *ne peut pas* être éliminé.

La réalité, voici comme je la vois : une personne (a) est une unité psychosomatique, (b) qui évolue dans le temps, le long d'une *trajectoire de vie spécifique* et (c) qui est un *self subjectif* objectivement connecté à d'autres selfs subjectifs, (d) chacun d'entre eux constituant des nœuds actifs ou réactifs d'une toile intersubjective de relations de communauté et de modèles culturels, une toile dans laquelle ces mêmes modèles et relations, (e) exercent une influence formative sur le développement psychosomatique des personnes.

La réalité de la psychothérapie, comme je la vois, comprend (a) une relation sociale, définie culturellement, formée intentionnellement entre (b) des personnes qui interagissent entre elles dans les rôles de client et de thérapeute, (c) pendant un laps de temps déterminé, durant lequel leurs trajectoires de vie se rencontrent, (d) le thérapeute agissant au nom de la communauté qui l'a certifié apte (e) à s'engager dans une relation avec le patient dans le but d'influencer le cours de la vie du patient dans des directions qui doivent être bénéfiques au patient.

Aucune de ces réalités ne me semble avoir été convenablement prise en compte par le paradigme ou modèle de recherche standard suivi par la plupart des études de processus et de résultats psychothérapeutiques. Au contraire, le paradigme de recherche dominant nuit sérieusement à la véritable nature des personnes et de la psychothérapie (comme je les vois). Pourquoi donc le paradigme domine-t-il le champ de la recherche en psychothérapie et pourquoi les chercheurs s'obstinent-ils à l'utiliser s'il s'agit d'un lit de Procuste mal taillé, comme je l'ai déclaré ?

La réponse est *en partie culturelle* car le paradigme reflète la scission psycho/somatique componentielle, biais cognitif matérialiste de notre culture occidentale. Elle est également *en partie psychologique* du fait que les partisans du paradigme deviennent plus militants, conséquence de la dissonance cognitive⁸ engendrée par le début de l'échec du paradigme de la promesse scientifique utopique (Festinger, Riecken & Schachter, 1956). Elle est aussi *en partie historique* étant donné que d'une part, le champ de la psychothérapie a son origine dans celui de la psychiatrie à partir duquel il

⁸ Ndt: Définition de la *Dissonance cognitive* in «Wikipedia.org»: «L'individu en présence de cognitions ('connaissance, opinions ou croyances sur l'environnement, sur soi-même ou sur son propre comportement', Festinger, 1957, p. 9) incompatibles entre elles, ressent un état de tension désagréable motivant sa réduction (i.e. état de dissonance cognitive).»

s'est en grande partie développé en tant que sous-spécialité médicale et que d'autre part, le champ de la psychologie clinique a empiété sur le champ de la psychiatrie, l'a imité pour finir par en être le rival. Finalement, la réponse *est en partie économique* puisqu'il faut faire plaisir aux bailleurs de fonds de la recherche (le *véritable* effet «placebo») pour obtenir les sommes nécessaires à sa propre recherche et avancer dans sa propre carrière au moyen de publications dans son propre domaine, tout en contribuant au remboursement de «coûts indirects» à l'institution qui vous emploie.

On pourra trouver ironique que le paradigme adhère si étroitement au modèle de la maladie et à son traitement au moment où la profession psychiatrique, qui a représenté historiquement la présence médicale dans ce domaine, délaisse largement (et regrettamment) la pratique de la psychothérapie (Luhrmann, 2000). L'apparente solidité de la survivance du paradigme est due (a) au fait que les services psychothérapeutiques continuent de recevoir des fonds de l'assurance maladie qui, à force de lobbying, s'est politiquement élargie en incluant les praticiens non médicaux, et (b) au fait que la recherche en psychothérapie soit largement financée par des institutions de recherche biomédicale. Bien qu'il n'existe pas d'industrie ayant pour but non lucratif de promouvoir et de soutenir la psychothérapie comme le fait Big Pharma pour les traitements psychopharmacologiques de la psychiatrie biologique, la plupart des fonds de la recherche en psychothérapie et en pratique psychothérapique provient de sources qui soutiennent implicitement le modèle médical de santé mentale. Comme d'habitude, «c'est celui qui engage les musiciens qui choisit la musique»⁹. Pourtant il serait peut-être plus subtil et juste de dire que les musiciens (thérapeutes et chercheurs) qui sont en quête d'une aide financière jouent la musique de manière qu'elle séduise les sponsors potentiels. C'est toujours le besoin qui nous guide mais nous avons l'étrange capacité de nous persuader que profit et mérite se confondent.

Aveu émanant de l'expérience: je sais très bien que si je peux dire tout cela c'est que, grâce à ma bonne vieille retraite de la faculté des lettres et des sciences, j'ai le privilège de jouir d'une position financière solide (quoique modeste) et aussi parce que je n'ai pas à courir après des fonds. En tant que producteur de recherche en psychothérapie, je suis libre de suivre mon propre chemin en participant par mon travail au réseau de recherche

⁹ Ndt: adaptation du vieil adage anglo-saxon: «C'est celui qui engage le joueur de cornemuse qui choisit la chanson».

collective de la SPR. Mais en tant que consommateur de recherche en psychothérapie, j'ai de sérieuses inquiétudes quant à l'état d'un domaine dans lequel, selon ma perception, le paradigme central autorise les chercheurs à poursuivre leurs études suivant les préceptes de la « science normale ». Cela présente pour eux le risque d'une *fermeture prématurée* à la compréhension de la vraie nature de la psychothérapie et de ceux qui la pratiquent. Si ce n'est pas ouvertement malhonnête (comme je pense que c'est le cas de certaines recherches sur des traitements psychopharmaceutiques alimentés par des firmes pharmaceutiques), c'est néanmoins réducteur et, à mon avis, vraiment problématique.

Si vraiment nous pouvions avoir des psychothérapies fondées sur l'expérience, ancrées dans une recherche systématique et bien échantillonnée (Goodheart, Kazdin & Stenberg) et des formations de psychothérapeutes également fondées sur l'expérience (Orlinsky & Rønnestad, 2005) – auxquelles j'accorde plein crédit – il serait alors très juste (en fait, je pense que ce serait essentiel) que cette recherche repose sur un modèle standard ou un paradigme qui corresponde à l'expérience réelle et à la réalité vécue de ce qui est censé être étudié. Je ne sais pas à quoi ressemblerait un paradigme ou modèle de recherche plus satisfaisant. Ce serait à la prochaine génération de le construire – mais je crois qu'il en sortirait le type de recherche en psychothérapie que *j'aimerais lire*.

Références

- Bae, S. H., Smith, D. P., Gone, J. & Kassem, L. (2005). *Culture and psychotherapy research-II: Western psychotherapies and indigenous/non-western cultures*. Open discussion session, international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montreal, Canada, June 22-25, 2005.
- Berger, P., Berger, B., & Kellner, H. (1974). *The homeless mind: Modernization and consciousness*. New York: Vintage Books.
- Elkin, I. E. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, pp. 10-32.
- Festinger, L., Riecken, H. H. & Schachter, S. (1956). *When prophecy fails: A social and psychological study of a modern group that predicted the destruction of the world*. New York: Harper.
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E. & Sternberg, R. J., Eds. (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd edition). Chicago: University of Chicago Press.
- Howard, K. I. & Orlinsky, D. E. (1972). Psychotherapeutic processes. In *Annual review of psychology*, vol. 23. Palo Alto, Cal.: Annual Reviews.
- Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. New York: Knopf.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—noch einmal. In A. Bergin S. & Garfield, Eds., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. Garfield and A. Bergin, Eds., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. Garfield and A. Bergin, Eds., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd ed. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert, Ed., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. New York: Wiley.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes & Noble.