

La montée et le déclin de la *Pax Medica*¹

Nous voici à l'âge de la psychothérapie fondée sur le cerveau

par John Arden et Lloyd Linford

Vers la fin des années 1890, Sigmund Freud, neurologue réputé, renonça à ses efforts en vue de créer une « psychologie scientifique » fondée sur la neuroscience parce que les connaissances sur le cerveau physique étaient simplement trop primitives. Il dut se contenter d'étudier les processus de l'esprit, ce que ne l'a pas trop mal servi, sachant qu'il jetait ainsi les bases de l'ensemble du champ de pratique de la psychothérapie telle qu'on la connaît de nos jours. Aujourd'hui, un siècle plus tard, le rêve abandonné de Freud montre quelques signes de résurrection. Une cascade de découvertes sans précédents, issues des sciences du cerveau, est en voie de modifier notre façon de penser et de pratiquer la psychothérapie — entraînant possiblement la transformation la plus significative qu'ait connue notre champ de pratique depuis l'invention de la psychanalyse.

Nous sommes témoins de l'avènement d'une nouvelle perspective dynamique nous permettant de comprendre comment fonctionne la psychothérapie et comment elle modifie la neurophysiologie de nos clients. Nous appelons cette nouvelle perspective de traitement la « thérapie fondée sur le cerveau » et nous la considérons comme une façon d'approcher la tâche thérapeutique à partir des neurosciences, de la psychologie du développement, de la recherche sur la psychothérapie et de la théorie des systèmes. Bien que tout cela puisse paraître compliqué, nous sommes toujours dans la lignée de l'aspect le plus important et le plus puissant de la psychothérapie traditionnelle : une conversation guérissante, capable de transformer la souffrance mentale et émotionnelle. Ce que nous découvrons au sujet des neurosciences contient la promesse d'une aide à la compréhension de la question qui captive les thérapeutes depuis la naissance de leur discipline : comment une « simple conversation » — ou, comme l'appelait Freud, la « cure par la parole », arrive-t-elle à changer le cerveau ?

Cette ère nouvelle, potentiellement révolutionnaire, représente une rupture nette avec la thérapie telle que nous l'avons connue, en particulier avec les tendances dominantes de 30 dernières années. Au cours des 3 dernières décennies, la « position par défaut », la posture convenue, lorsqu'il s'est agi de penser les troubles mentaux et émotionnels, de les classer et de les traiter, a été celle du mode de pensée médical. Nous avons baptisé cette vision du monde la « Pax Medica », un terme adapté de la *Pax Romana* — la période de 200 ans de paix relative et de conformisme que l'empereur romain Auguste initia dans les contrées éloignées de l'Empire Romain en l'an 27 A.C., mettant ainsi un terme à plusieurs décennies de guerres civiles, d'invasions étrangères et d'autres menaces à l'harmonie et à l'ordre social. Tout comme la *Pax Romana*, la *Pax Medica* a apporté un sentiment de stabilité, de cohérence et de légitimité à la culture, alors fragmentée, de la psychothérapie. En revanche, elle a créé sa propre hégémonie — lourdement influencée par le modèle médical — qui a dominé le champ de la psychothérapie au point de façonner la langue même qui nous sert à décrire notre travail.

La *Pax Medica* aurait été bien improbable pendant les 60 premières années du 20^e siècle, alors que la psychanalyse et la thérapie psychodynamique occupaient toute la scène.

¹ D'abord publié dans la revue *Psychotherapy Networker* (février 2010), sous le titre *The Rise and Fall of Pax Medica*. Traduit par Gilles Delisle, Ph.D. avec la permission des auteurs.

En effet, si vous aviez un problème de santé mentale avant la fin des années 1960, vous n'aviez habituellement pas d'autre choix que de passer des années à mettre au jour vos pulsions inconscientes, vos conflits, le refoulement et la dynamique transférentielle, auprès d'un thérapeute formé à la psychanalyse et adepte d'une neutralité étudiée. Ceux qui souffraient d'un trouble mental sévère, donc de « mauvais candidats » pour l'analyse ou la thérapie psychodynamique, recevaient des traitements physiques draconiens — électrochocs, bains glacés, traitements à l'insuline, neurochirurgie et lobotomie. Dans l'une et l'autre catégories de traitement — douce ou dure — personne ne semblait considérer le moins du monde cet objet mystérieux, indéchiffrable et largement hors de propos, qui se trouve derrière votre front !

Toutefois, vers la fin des années 1960 les vieux modèles commencèrent à perdre de leur emprise. À l'époque, les héritiers de Freud, à la différence de Freud lui-même, faisaient preuve d'une insouciance indifférente à l'égard de la recherche empirique visant à établir si leur méthode atteignait ou non ses buts. Pourtant, au début des années 1950 un psychologue rebelle, fêré d'expérimentation, Hans Eysenck, s'était penché sur la question : « La psychothérapie analytique marche-t-elle ? ». Après avoir passé en revue la documentation existante sur les résultats de la thérapie analytique, il publia la réponse scandaleuse : « Non ! ». La psychothérapie, écrivit-il, ne se montre pas plus efficace « que le simple passage du temps ». De manière bien prévisible, les piliers de l'ordre établi ne lui accordèrent pas la moindre attention.

Cependant, la psychanalyse traditionnelle était en voie de se transformer en dinosaure, supplantée qu'elle était par une sorte de confusion bourgeonnante de thérapies diverses ayant pour portes-drapeau quelques personnages — Carl Rogers, Fritz Perls, R.D. Laing, Milton Erickson, Virginia Satir, Salvador Minuchin — régissant leurs approches — la thérapie centrée sur le client, la thérapie existentielle, la thérapie humaniste, la Gestalt, la thérapie narrative, la thérapie cognitive et combien d'autres — comme autant de fiefs, sans sembler faire le moindre effort de dialogue ou d'intégration. À l'aube des années 1970, avec le développement de la thérapie cognitivo-comportementale et la prolifération des approches, la situation était telle qu'on aurait cru que quiconque voulant « faire quelque chose » qui ait à voir avec la « guérison psychique » pouvait se réclamer de la psychothérapie. Le champ de pratique commençait à ressembler à une sorte de Woodstock pour psychothérapeutes.

C'est à cette anarchie thérapeutique que la *Pax Medica* apporta un semblant d'ordre, de discipline, de cohérence et de professionnalisme.

La montée de la *Pax Medica*

À l'origine de la *Pax Medica*, on trouve 3 événements déclencheurs qui se produisirent à quelques années d'intervalles : l'invention du Prozac, le « blockbuster » pharmaceutique qui promettait une guérison rapide et efficace de la dépression; la publication du *DSM III*, établissant une classification diagnostique formelle des problèmes mentaux et émotionnels en tant que maladies; et l'avènement des thérapies soutenues empiriquement, lesquelles exigeaient des traitements qu'ils articulent des lignes directrices de traitement claires et reproductibles, et qu'ils soient solidement soutenus par des données empiriques.

Alors que les premiers tricycliques connurent un succès mitigé, l'arrivée du Prozac en 1974, elle, a tout changé. Le Prozac réorienta la psychiatrie en la détournant des rêves, des souvenirs d'enfance, des fantasmes et de l'identification projective, pour la plonger dans un état de fascination pour tout ce qui tou-

chait, de près ou de loin, à la pharmacologie. Le Prozac devait son succès à l'idée, fort séduisante et vaguement biologique, voulant qu'il corrige des « déséquilibres chimiques » dans le cerveau. À première vue, les essais cliniques semblaient confirmer la théorie derrière le produit. Aujourd'hui encore, plus de 30 ans après son entrée en scène, le Prozac demeure immensément populaire à travers le monde. Rien qu'aux États-Unis, ce sont des millions d'ordonnances qui sont rédigées chaque année pour la version générique — et les antidépresseurs plus récents sont prescrits encore plus souvent. Aux États-Unis, 1 homme sur 20 et presque une femme sur 10 prend un antidépresseur.

L'idée d'un traitement médical pour les problèmes psychologiques était largement acceptée dans la culture populaire. L'engouement était évident : un simple comprimé pour guérir de sa dépression plutôt que de s'échiner dans une psychothérapie qui n'en finit plus. L'idée suivant laquelle à chaque année, en même temps que son examen médical, chacun verrait son médecin dépister ses « déséquilibres chimiques » et corriger les éventuels écarts au moyen d'une ordonnance était virtuellement irrésistible. Les traitements médicaux pour les troubles psychologiques sont la quintessence de la solution à l'américaine — rapide, facile, simple, efficace, et nouvelle. Au contraire, la psychothérapie psychodynamique avait un côté vieillot, lent, démodé et fastidieux — typiquement... européen !

Après le Prozac, la psychothérapie elle-même devait changer si elle devait survivre à la lutte que lui livrait la petite pilule magique. Qu'est-ce qui pourrait sauver l'entreprise thérapeutique et l'empêcher de couler comme une roche ?

La thérapie cognitivo-comportementale était l'une des réponses. Au cours des années 1970, le psychiatre Aaron Beck développa son approche, la TCC et eut recours aux méthodologies de recherche des sciences sociales pour en démontrer empiriquement l'indiscutable efficacité. Bon nombre de thérapeutes dédaignaient les méthodes de recherche des sciences sociales, sur lesquelles étaient fondées les recherches visant à mesurer l'efficacité de la psychothérapie. Beck, lui, voyait plutôt la recherche comme un outil propre à construire une crédibilité scientifique pour la TCC. Pour les clients potentiels, la méthode présentait un attrait immédiat. À l'opposé de la psychanalyse, la TCC était rapide (entre 12 et 16 séances), focalisée, pragmatique, optimiste, rationnelle, et pas du tout intéressée aux motivations profondes de l'inconscient. Comparée aux grottes obscures de la psychanalyse, elle était un jardin ensoleillé.

Comme d'autres thérapeutes de l'époque, Beck ne se souciait pas du cerveau et se contentait de quelques suppositions rudimentaires quant au fonctionnement de l'esprit. Ce qui comptait à ses yeux, ce n'étaient pas les théories complexes sur les processus internes de la psyché, mais bien les techniques conçues et définies avec précision. Mais il se définissait comme un *médecin*, ceux qui le consultaient étaient des *patients*, et sa thérapie, un *traitement* en santé mentale.

Les travaux de Beck rejoignaient tout naturellement la nouvelle édition du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM-III). Dans le manuel, le psychiatre Robert Spitzer identifiait ce qui allait devenir les « best-sellers » de la psychiatrie : le trouble panique, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et la dépression majeure. À un champ d'activité accablé de complexités et d'ambiguïtés — et dans un monde où des sommes d'argent énormes étaient en jeu — Spitzer apportait un peu de paix, de simplicité, et la consolation d'une foi renouvelée dans les vertus de l'autorité. Son manuel s'établit rapidement comme la « bible de la psychiatrie » au yeux des sociétés d'assurance, du système de justice, et des chercheurs en quête d'approbation gouvernementale pour de nouveaux médicaments.

L'influence conjuguée de Spitzer, Beck, et des pharmaceutiques pava la voie à une sorte de vision de compromis quant à ce que devaient être et devaient faire les « professions de la santé mentale ». Cette façon de voir les choses a dominé le champ d'activité de la psychothérapie depuis la fin des années 1970. Cette *Pax Medica* stipule qu'en psychothérapie, comme en dermatologie ou en orthopédie, le diagnostic — qui présuppose une pathologie spécifique — est d'importance vitale dans l'évaluation d'un patient et la planification d'un traitement. Dans la médecine physique, en l'absence de causes observables — lésions, virus ou bactéries — le traitement doit cibler les symptômes. De même, cette nouvelle façon de concevoir la psychothérapie exigeait des cliniciens, au moment de la formulation du plan de traitement en vue d'améliorer les symptômes, qu'ils établissent la *nécessité médicale*.

On peut apprécier jusqu'à quel point le modèle médical a pu investir la psychologie traditionnelle quand on sait que, vers le milieu des années 1990, la *Society of Clinical Psychology* de l'*American Psychological Association* (APA) mit sur pied un groupe de travail sur les « traitements validés empiriquement ». Pour se mériter l'« appellation contrôlée », un traitement devait avoir démontré sa supériorité par rapport aux placebos ou à une autre forme de traitement dans le cadre de deux essais cliniques randomisés. Il devait en outre être réductible à un manuel de traitement clair et transmissible. Dix-huit troubles du DSM furent considérés comme candidats possibles à ce processus de validation; presque toutes les méthodes de traitement qui se qualifièrent qui se qualifièrent initialement étaient des variantes de la TCC.

Les grondements de scepticisme et de mécontentement envers la *Pax Medica* ne se firent pas attendre. En 1980, à peine 4 ans après la sortie du DSM III, trois chercheurs peu connus — Mary Lee Smith, Gene Glass, et Thomas Miller — entreprirent de colliger et d'analyser les résultats de plusieurs recherches dotées de bons protocoles, et portant sur les résultats de la psychothérapie. Ils aboutirent à 2 conclusions inattendues. Malgré les traitements injustes dont elle faisait l'objet, les données démontrant l'efficacité de la psychothérapie étaient très solides. Mais, plus étonnant encore — et totalement à contre-courant de l'air du temps — les techniques en elles-mêmes, lorsque considérées en dehors de l'impact de la relation thérapeutique, n'exerçaient aucun effet significatif sur l'issue de la psychothérapie. Depuis, les recherches sur l'efficacité des méthodes spécifiques de traitement ciblant des troubles tout aussi spécifiques — soit 80 à 90 % de toute la recherche en psychothérapie — ont corroboré ces résultats. Au total, le scepticisme envers l'importance du diagnostic et de la méthode s'est répandu depuis les années 1980. Même la supériorité alléguée des TCC est contestée par un solide contingent de dissidents au sein même de la profession.

Les ISRS² en question

Les pharmaceutiques ont répandu l'idée voulant que le « déséquilibre chimique » soit la cause de la dépression. La machine du marketing de masse a convaincu des millions de personnes que celle-ci peut être guérie par la manipulation des neurotransmetteurs. Mais si la recherche en psychothérapie a bien érodé les certitudes à l'effet qu'il n'existe qu'« une seule bonne méthode » qui assure le succès de la psychothérapie, une nouvelle lecture critique de la recherche pharmacologique de la dernière décennie a aussi sapé les fondements de la théorie simpliste et unifactorielle, de l'action des antidépresseurs. Même la « preuve empirique » de l'efficacité de la médication est maintenant considérée comme suspecte. En 2008, Erik Turner et d'autres chercheurs de l'*Oregon Health and Science University*, firent

² Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

appel aux tribunaux afin de contraindre la *Food and Drug Administration* à leur donner accès à toutes les données sur l'efficacité des antidépresseurs qu'elle gardait dans ses archives. Les revues scientifiques, c'est bien connu, préfèrent les résultats positifs aux résultats négatifs. Aussi, Turner et ses collègues s'attendaient bien à trouver dans leurs archives un certain nombre de résultats indiquant que les ISRS n'étaient pas plus efficaces que les placebos.

Mais ils furent renversés de constater le nombre d'études non-publiées ayant abouti à des résultats négatifs. Les études faisant état de résultats positifs avaient 12 fois plus de chances d'être publiées que celles qui montraient des résultats négatifs ! Turner *et al.* en conclurent que ce biais éditorial avait eu pour effet de gonfler d'environ un tiers l'impression couramment admise de l'efficacité des ISRS. Pour certains médicaments c'était deux fois plus.

Effectivement, il apparaît maintenant que les succès claironnés des ISRS s'étaient depuis le début sur une méthodologie de recherche exagérément simplifiée et sur une sélection systématique des résultats favorables. Une nouvelle analyse à grande échelle des recherches sur l'efficacité des ISRS, conduite en 2006, montre que le pourcentage d'efficacité de ces médicaments se situe en 56 et 60 %. Sachant qu'une méta-analyse de Bruce Arroll et d'autres, en 2005, révèle qu'entre 42 et 47 % des sujets répondent aux placebos, un médicament que ne fait mieux que par une marge de 10 à 15 % ne justifie guère la confiance populaire et psychiatrique dont il jouit, en tant que traitement de première ligne pour l'un des troubles mentaux les plus répandus. Dans une étude publiée par la revue *Scientific American* en 2006, et pertinemment intitulée *Les antidépresseurs : une bonne médication ou une bonne mise en marché ?*³, David Dobbs rapporte que seulement 50 % de tous les essais cliniques de psychopharmacologie au cours du siècle dernier ont été publiés — essentiellement, ceux qui montraient des résultats favorables. Selon Dobbs, cet état de fait est imputable en partie au modèle causal simpliste de la dépression, celui de la « cause unique / déséquilibre chimique ».

En 2006, trois audacieux psychologues, Kevin McKay, Imel Zac, et Bruce Wampold ont démontré de manière éclatante l'importance de la relation thérapeutique, en se procurant et en réanalysant, assez paradoxalement, des données de recherche ayant porté sur l'efficacité de la médication ! Une recherche de grande envergure conduite par le *National Institute of Mental Health's Treatment of Depression Collaborative Research Program*, qui avait porté sur diverses approches de la dépression — mais ne considérait même pas la relation thérapeutique en tant que variable — avait comparé les effets obtenus avec un antidépresseur, l'Imipramine, et ceux d'un placebo. Les résultats publiés proclamaient le pouvoir de la pilule. La nouvelle analyse des données par McKay, Zac et Wampold montre toutefois que le psychiatre le plus efficace a obtenu de meilleurs résultats avec le placebo que le psychiatre le moins efficace n'a obtenu avec l'antidépresseur.

La thérapie fondée sur le cerveau

Cela fait plus de dix ans que sont apparues dans notre champ d'activité les premières discussions sérieuses sur la pertinence clinique des neurosciences. Depuis, des termes jadis mystérieux tels *amygdale* et *hippocampe* font partie du vocabulaire de tout thérapeute branché qui se veut le moins *tendance...* Mais sommes-nous prêts à aller au delà de l'exhibition de notre nouveau jargon professionnel d'apparence plus scientifique ? Avons-nous la volonté de démontrer qu'en fait les neurosciences peuvent influencer profondément la direction que prendra désormais la pratique clinique ? Il est vrai que

³ Antidepressant: Good Drugs or Good Marketing?

certaines critiques font valoir que bien peu de choses ont vraiment changé dans la théorie et les méthodes de notre champ de pratique depuis l'arrivée des neurosciences. Ils écartent d'un revers de la main l'intérêt croissant pour le cerveau et le mettent sur le compte de notre besoin compulsif de présenter de vieilles choses sous un nouvel emballage. Où sont, disent-ils, les recherches qui démontrent que le fait de parler du cerveau avec nos clients accroît l'efficacité de nos interventions, ou que de nouvelles méthodes issues des neurosciences sont de nature à étendre et à approfondir notre impact ?

Pour véritablement saisir ce que les neurosciences signifient pour l'avenir de la psychothérapie, il importe de comprendre comment de nouvelles idées et des perspectives fraîches pénètrent une profession et la transforment à divers niveaux, certains d'emblée apparents, d'autres plus abstraits et plus obscurs. Le rôle croissant que les neurosciences sont appelées à tenir dans la psychothérapie de l'avenir ne sera pas limité aux bénéfiques pratiques et immédiats qu'apporteront des interventions novatrices ou d'étourdissantes neurotechnologies. Pour apprécier ce que sera cette ère nouvelle, il faut d'abord voir comment elle est susceptible de changer la perception de notre profession, de même que la perception que nous aurons de nos clients et de notre rôle clinique.

Examinons d'abord la base de connaissances qui sous-tend tout ce que nous faisons. Durant la majeure partie de son histoire, la psychothérapie a été inondée de métaphores servant à décrire comment fonctionne la psyché et les raisons pour lesquelles elle se dérègle. Les données empiriques dont nous disposons montrent déjà que bon nombre de modèles et de méthodes aident nos clients. Pourtant, en l'absence de données spécifiques et d'une compréhension du cerveau physique nous ne savons ni pourquoi, ni comment nos interventions agissent sur le cerveau. Nous devons nous satisfaire de cet « à peu près » — des théories et des explications plausibles mais non vérifiables — au sujet de ce que nous pensons ou imaginons qu'il se passe dans la boîte noire de notre crâne.

Dans l'univers de plus en plus concurrentiel des soins de santé, cela ne suffira sans doute pas à faire qu'on continue à nous prendre au sérieux. La thérapie fondée sur le cerveau changera notre façon de penser la thérapie. Elle changera aussi l'idée que l'on se fait des thérapeutes dans l'ensemble du système de santé. Elle puisera ses méthodes dans la neurobiologie, les données probantes et les recherches sur l'attachement, affermissant ainsi la position de la psychothérapie dans la communauté scientifique.

Grâce aux neurosciences et aux recherches sur l'attachement, nous savons maintenant que les relations interpersonnelles ont un impact profond sur les structures et sur les processus du cerveau. En effet, les neurosciences nous apprennent que notre cerveau est fondamentalement social de par sa nature même. En tant qu'espèce, nous exerçons un effet constant les uns sur les autres. Nous affectons réciproquement nos humeurs et nos émotions et, de ce fait, nous réorganisons mutuellement nos circuits neuronaux. La psychothérapie agit essentiellement comme régulateur *de-système-nerveux-à-système-nerveux* (comme ce qui se passe entre la mère et l'enfant, entre l'ami et l'ami, l'amant et l'amante). Ce système de régulation aide le client à moduler le niveau d'activation et de réactivité de son cerveau, en même temps qu'il lui permet d'activer ses propres capacités neuronales de régulation de ses émotions.

Cette réalité, en elle-même, devrait empêcher de réduire la bonne vieille « cure par la parole » à un « remède de grand-mère », sorte d'activité para-professionnelle et non-scientifique, refoulée à la banlieue des vrais soins de santé fournis par la *Pax Medica*. De fait, à mesure que nous comprenons mieux comment agir sur les dimensions profondes, subtiles et infiniment complexes des communications interpersonnelles entre le client et le thérapeute, il est permis d'imaginer que le statut de la relation thérapeutique, peut-être la plus puissante des « interventions » cliniques, sera de mieux en mieux reconnu

dans l'ensemble du système des soins de santé. La psychothérapie ne pourra plus être vue comme l'expression d'une « alternative » aux soins de santé. De plus en plus, l'avenir du système de soins de santé, aux prises avec des coûts sans cesse croissants, passera par la reconnaissance du fait que la psyché affecte directement le corps, que « psyché est corps est psyché ». Cela signifie que les approches corps-esprit — la nutrition, l'exercice physique, les techniques de relaxation, le yoga — seront vraisemblablement intégrées dans toutes approches nécessairement « holistique » de la santé. Qui sait ? Une telle perspective pourrait bien avoir aussi un impact sur l'establishment médical et faire en sorte que les médecins passent plus de temps à explorer le rôle que jouent les émotions et les relations dans la santé ou la maladie de leurs patients !

La thérapie fondée sur le cerveau n'éliminera sans doute pas les grandes Écoles de pensée en psychothérapie, du moins les TCC et diverses approches psychodynamiques, qui nous ont donné la plupart des outils que nous utilisons dans notre pratique quotidienne. Ce qui va changer toutefois, c'est que la focalisation thérapeutique partira de l'intérieur avec le cerveau du client, plutôt que de l'extérieur avec un ensemble de principes et de pratiques venues de l'une des « chapelles » institutionnelles de la psychothérapie. Autrement dit, la thérapie élaborée à partir d'une compréhension du cerveau permettra aux cliniciens d'échapper une fois pour toutes à ce qu'on pourrait appeler le puits sans fond de la théorie. Il ne sera plus d'aucune utilité de faire serment d'allégeance à une famille théorique quand notre point focal sera le cerveau. Cette méta-perspective aidera de mieux en mieux les thérapeutes à décider de la meilleure façon d'approcher tel client particulier, à tel moment particulier de la thérapie, afin de résoudre tel problème ou symptôme particulier, en activant tel ou tel processus neuronal. Nous serons en position d'intégrer effectivement une variété de modèles, nouveaux ou anciens, à mesure qu'il apparaîtra que ce qui compte, en bout de ligne, c'est ce qui change le cerveau.

La thérapie fondée sur le cerveau a déjà approfondi et élargi le champ perceptuel de plusieurs cliniciens, au-delà de limites de l'« histoire psychologique » exagérément cérébrale qui, plus souvent qu'autrement, mobilise toute l'attention du psychothérapeute. Dans la psychothérapie par la parole, il est toujours tentant de concevoir tout ce que les clients nous rapportent dans les termes d'un déploiement narratif médiatisé par les mots parlés, les leurs comme les nôtres. Alors que, dans l'échange thérapeutique standard, le cerveau gauche (logique, lexical, linéaire) est soumis à une véritable séance de mise en forme, un large part de ce qui nous anime comme êtres humains reste pourtant non-dit, même littéralement indicible. Les états d'activation émotionnelle et physiologique qui transcendent le caractère partiel de nos histoires psychologiques, passent souvent inaperçus dans notre monde dominé par les mots. En effet, peu d'expériences humaines peuvent être appréhendées à travers le langage verbal, rationnel et conscient. La thérapie fondée sur le cerveau nous permet de puiser dans d'autres formes d'expression personnelle — physique, émotionnelle, spirituelle — afin de recueillir des données sur nos clients et d'inclure dans la thérapie plusieurs modalités non-traditionnelles ayant un impact indéniable sur le cerveau — la méditation, bien sûr, mais aussi la danse, la musique, et les arts visuels.

Les neurosciences offrent aux thérapeutes la possibilité de vraiment voir et comprendre les circuits et l'activité neurophysiologiques qui sous-tendent les états de peur, de honte, d'envie, d'anxiété, de dépression et d'addiction. Une telle perspective permet de poser un regard bien plus large sur l'être humain, y inclus celui qui est là devant nous dans la salle de consultation. Cette largeur de perspective, aucun modèle singulier de psychothérapie ne permet de l'atteindre. Plutôt que de s'appuyer sur une grille particulière de décodage narratif — le décodage narratif de l'inconscient et du refoulement de la psychodynamique, le décodage narratif des cognitions figées qui conditionnent les émotions dans la

TCC, le décodage narratif de la thérapie familiale systémique voulant que la personne ne puisse être comprise qu'en référence au contexte familial — la thérapie fondée sur le cerveau contient toutes ces grilles de décodage, sans faire d'aucune d'entre elles une religion. En même temps, elle fournit paradoxalement une explication plus empirique, plus précise et plus économique des difficultés du client. Autrement dit, elle nous offre la possibilité de conjuguer l'art subtil de la conversation thérapeutique et la science exacte et rigoureuse du cerveau.

Nous sommes tout-à-fait conscients que l'union de la neuroscience et de la psychothérapie en est encore à ses débuts. Les praticiens qui, comme nous, cherchent à construire des ponts entre les deux univers en sont encore au stade de l'expérimentation. Nous faisons ce que nous pouvons comprendre des neurosciences et nous passons en revue les théories et la recherche psychologiques afin de trouver des dénominateurs communs qui soient adaptés tant à la situation psychologique de nos clients, qu'à ce qui nous semble être les processus neurologiques pertinents. Dans notre travail, notre première intervention focalisée sur le cerveau consiste simplement à parler de leur cerveau à nos clients — une *terra incognita* pour la plupart des gens — et à expliquer comment la thérapie peut les aider à réorganiser leurs circuits neuronaux afin qu'ils aillent mieux et profitent davantage de la vie. Nous incluons de l'information au sujet du cerveau à chaque phase de la thérapie, depuis l'évaluation initiale et le choix du mode d'intervention, jusqu'aux moments d'ajustement mutuel au sein de l'alliance thérapeutique.

Les clients constatent que le fait de situer leur détresse dans un contexte biologique a pour effet d'extérioriser leur problème. Cela diminue la culpabilité, la honte et le sentiment d'une défectuosité et réduit rapidement la résistance à la psychothérapie. En fait, nous disons à peu près ceci : « Nous allons travailler ensemble à refaire les circuits de votre cerveau de sorte que votre amygdale ne presse pas le bouton de panique quand il n'y a pas lieu de paniquer ». En expliquant l'importance des relations dans le changement du cerveau à chaque étape de vie, de la prime enfance à la vieillesse, nous établissons implicitement que la thérapie elle-même doit être une relation de collaboration et d'authenticité pour qu'elle puisse atteindre ses buts. À un niveau plus subtil, inclure le cerveau dans la psychothérapie équivaut à reconnaître l'héritage biologique que nous partageons tous.

Transformer l'expérience thérapeutique

Nous savons tous que la personne du thérapeute — son Soi — est un élément critique de la thérapie et que celle-ci, comme toute bonne relation, implique une régulation émotionnelle mutuelle. Dans le vocabulaire de la psychanalyse, une bonne alliance thérapeutique doit faire contrepoids aux puissantes marées du transfert et du contretransfert, tout en maintenant l'énergie vitale mais contrôlée, d'un attachement émotionnel réciproque. Les neurosciences rendent explicites les fondements de cette régulation (et de cette dysrégulation), nous aidant ainsi à porter attention à ce dialogue intérieur, tant auditif que somatique, avec davantage de conscience et de compétence.

Une cliente que nous appellerons Ilyana consulta l'un de nous à la suite d'une catastrophe familiale : son fils avait assassiné sa femme et avait été condamné à la prison à vie. La cour avait accordé la garde des petits-enfants d'Ilyana à la mère de sa belle-fille, qui refusait de permettre à Ilyana de les voir. D'un seul coup, elle avait donc perdu sa belle-fille — qu'elle adorait — ses deux petits-enfants et, à toutes fins utiles, son fils. Ces événements traumatiques avaient réactivé des schémas neuronaux hérités d'une éducation auprès d'une mère sévère et puritaine et d'un père alcoolique, schéma renforcé par trois épisodes de dépression majeure au cours de sa vie adulte. Son cerveau avait appris comment être déprimé avant même qu'elle ne soit frappée par les pertes traumatiques et le stress de sa vie actuelle.

Dans sa détresse, elle s'était coupée de presque tous ses amis et de sa famille, elle était d'une extrême nervosité, sentant qu'elle ne pouvait faire face aux plus infimes déceptions et, par dessus tout, elle se sentait désespérément à plat.

Ayant grandi dans la *Pax Medica*, j'étais (LL) un expert pour diagnostiquer le problème d'Ilyana. En tant que spécialiste des données probantes et de la recherche sur la psychothérapie, j'étais aussi passablement expert dans les techniques que les tiers payeurs auraient aimé me voir utiliser pour lui venir en aide : essentiellement, la médication et une TCC. Mais je savais bien que souvent un simple diagnostic *DSM* passe à côté de pas mal de choses importantes dans le caractère du client et dans la situation qui l'amène à consulter. Il en résulte que le plan de « traitement » conventionnellement correct aboutit souvent à un échec.

En séance avec Ilyana, je visualisai son cerveau frappé de plein fouet par le meurtre de sa belle-fille et la perte de ses petits-enfants. Les stressseurs aigus inondent alors le cerveau de cortisol, l'hormone du stress, modifiant son métabolisme et, éventuellement, sa morphologie. Alors que son amygdale s'affole, un module voisin, l'hippocampe devient vraisemblablement moins efficace. L'hippocampe fonctionne un peu comme un libraire, emmagasinant le déferlement d'informations sensorielles au sujet du monde extérieur en provenance de différentes parties du cerveau, et les organisant de manière telle qu'elles puissent former des souvenirs explicites. Riche en récepteurs de cortisol, l'hippocampe agit comme un thermostat pendant les périodes de stress normal, en réduisant l'axe hypothalamus-pituitaire-adrénales (HPA), désactivant de ce fait l'alarme déclenchée par la réaction de l'amygdale.

Cependant, des niveaux chroniquement élevés de cortisol — conséquence inévitable d'un stress sévère de longue durée — peuvent éroder le bon fonctionnement de l'hippocampe. Un stress chronique peut atrophier l'hippocampe, détériorant la capacité à porter attention à ce qui se passe dans le monde externe et à s'en souvenir en temps utile. Quand cela arrive, l'équilibre normal entre l'amygdale et l'hippocampe — par lequel l'amygdale favorise l'activation du système sympathique et, éventuellement la production de cortisol, alors que l'hippocampe tempère cette activation — en vient à se rompre. Il me semblait que cette dynamique constituait le fond du sentiment constant d'Ilyana d'être à bout et de ses réactions excessives face aux stressseurs normaux de la vie quotidienne.

Ce qu'Ilyana me raconta au sujet de ses années d'enfance — et dont je faisais l'expérience à travers son attachement insécuritaire en thérapie — m'indiquait que son cerveau avait dû composer avec des niveaux élevés de cortisol durant presque toute sa vie. Avec le temps, ces dynamiques avait eu pour résultat une vulnérabilité inhabituelle à la dépression : son hippocampe avait perdu une partie de sa capacité à absorber les caractéristiques du monde extérieur; son amygdale hyperactive maintenait un sentiment de danger imminent et de vulnérabilité à peu près continu; et la prédominance de son cerveau droit biaisait son architecture cérébrale en faveur de la tristesse et de la mélancolie. Parce qu'Ilyana considérait toute ambiguïté comme une menace, elle interprétait d'emblée le flot des expressions faciales et des tonalités vocales changeantes chez les autres comme les signes avant-coureurs d'une catastrophe imminente.

Au cours d'un voyage de plaisir, elle devint intensément anxieuse et déprimée après une querelle avec son amoureux, qui l'accusait d'attendre de lui la « sorte de sécurité qu'une personne ne peut trouver qu'en elle-même ». Ilyana était persuadée que la relation était condamnée parce que, dit-elle, « Je suis tellement fêlée. Je déteste être seule et pourtant, avec ma chance, voilà comment je vais sans doute me

retrouver : seule ! ». Recroquevillée sur elle-même, elle leva les yeux et me demanda d'un ton suppliant. « Comment pourrais-je arriver à faire face à la vie, sans toujours me sentir si submergée ? ».

Une fois qu'elle eut dit ça, elle fondit en larmes, se tassa dans son fauteuil, se retirant du monde. Je regardai ma montre et je pensai à cet ami avec qui je devais déjeuner. Ces gestes d'auto-distraktion me firent prendre conscience de ma propre agitation. Afin de retrouver un état de calme intérieur, je ralentis délibérément le processus, demandant à Ilyana comment elle s'était sentie après cette querelle avec son amoureux.

« Comment je me suis sentie quand j'étais seule ? C'est... une sorte de nostalgie... de profonde nostalgie... J'ai peur. Je me souviens d'avoir ressenti ça quand j'étais enfant, quand mes parents se disputaient et que j'avais peur qu'ils se séparent. » Je lui demandai s'il y avait jamais eu une période de sa vie où elle n'avait pas ce sentiment, ou alors qu'il était moins intense. Elle répondit « Oui, quand Ivan (son mari) était encore en vie. Tout allait bien à ce moment-là. Mais après ce que mon fils a fait et après tout ce qui m'est arrivé — la mort d'Ivan, la perte de mes petits-enfants et de Dolores (sa belle-fille) — c'est la pire vie possible pour une personne comme moi. *Je n'en veux plus de cette vie. Je ne veux plus vivre.*

Mon esprit et mon coeur firent un bond en entendant ces paroles. Je pensai à la tentative de suicide qu'elle avait faite après la mort de son mari. Pouvais-je l'aider à sortir de cette chute en spirale ou avait-elle besoin d'être hospitalisée immédiatement ? C'est à ce moment de la séance que je réalisai, avec un certain effroi, que c'était Ilyana qui régulait mon cerveau et non l'inverse.

Me ressaisissant, je pensai à l'autre enjeu critique quand on travaille avec des clients dysrégulés comme Ilyana : l'attachement. En fait, son amoureux avait bien raison. Son insécurité et ses hauts niveaux de dépression et d'anxiété avaient entraîné l'une de ces catastrophes appréhendées qui guettent les anxieux et les déprimés : un rétrécissement de la seule bonne relation de sa vie. Si je voulais sortir de ma propre angoisse et rester émotionnellement accordé à elle, il fallait que je trouve une façon d'être plus pleinement présent à ce qui se passait entre nous. Plutôt que de ne penser qu'à la gravité du problème d'Ilyana, il fallait que je m'adresse à ses sentiments sans pour autant être contaminé par son pessimisme et son désespoir. Après tout, la relation thérapeutique est fondée sur la capacité du cerveau à comprendre et à réguler les états émotionnels de l'autre. Parfois, notre capacité à reconnaître et à refléter ces états chez les autres (à travers les signes de l'activation autonome qui sous-tendent le stress de l'autre, sa colère, son malheur) est la seule chose qui rende la vie humaine tolérable.

Je dis à Ilyana que ses sentiments autour du fait d'être seule et sa peur de se retrouver seule à faire face à sa souffrance étaient compréhensibles. Comment aurait-elle pu ne pas se sentir de cette façon, compte tenu de ce qui lui était arrivé ? « Quand vous dites que vous ne voulez plus vivre, est-ce que ça veut dire que vous voulez que votre vie s'arrête ou que vous voulez que ces sentiments s'arrêtent ? ». Elle secoua la tête et sembla perdue.

J'ajoutai « Laissez-moi vous dire à quoi je pensais tout à l'heure quand vous m'avez demandé comment vous pouviez arrêter de vous sentir si submergée. Il nous arrive à tous d'éprouver ces sentiments de douleur intense parce que notre capacité à ressentir du désespoir quand quelque chose de terrible nous arrive est inscrite dans l'architecture de notre cerveau. Lorsque vous vous sentez très triste ou piégée et pessimiste, vous vous retirez du monde et le côté droit de votre cerveau, juste derrière votre

front, devient beaucoup plus actif. Le côté droit de votre cerveau produit des sensations et des sentiments si énormes que c'est comme si vous en étiez prisonnière — ils bloquent tout le reste. »

Le simple fait de dire à Ilyana ce que je comprenais de sa souffrance m'aidait à me sentir davantage présent. À mesure que je parlais, elle devenait plus calme et plus concentrée. Maintenant, elle me regardait droit dans les yeux, attendant visiblement la suite.

Les sentiments, dis-je, fonctionnent comme une courbe normale. « Il arrive qu'ils se présentent initialement comme quelque chose de léger, comme une sensation d'inconfort ou de malaise, pour ensuite gagner en amplitude jusqu'à ce que nous prenions conscience qu'ils sont là, en tant que pleine émotion. Ce que votre amoureux vous a dit était relativement anodin — le genre de chose qui se dit lors d'une dispute. N'eut été du fait que vous étiez à ce moment-là perturbée par tout ce qui vous arrivait, son commentaire aurait pu vous agacer, certes, mais pas au point de ruiner votre voyage. Voilà comment c'est censé se passer — la sensation est d'abord à peine perceptible, puis elle gagne en intensité, avant de finalement se résorber. Cependant, avec ces sentiments très pénibles qui vous habitent, le côté gauche de votre cerveau attaque la sensation, à la manière des cellules blanches qui attaquent une bactérie : elles se collent à elle et essaient de la contrôler. Dans ces moments-là, votre cerveau gauche s'en prend à votre désespoir avec des pensées telles : « Je n'ai jamais supporté d'être seule », « Qu'est-ce qui ne va pas avec moi ? », « Pourquoi est-ce que je me fais subir ça ? », « Plus je vieillirai, plus je serai seule », « Je ne supporterai pas d'avoir à mourir comme ça ! ».

Parvenus à ce moment de notre échange, Ilyana et moi nous regardions droit dans les yeux, inclinés l'un vers l'autre — J'avais le sentiment que nous étions sur la même longueur d'ondes. Elle dit : « Je veux écrire ça. Je ne suis pas certaine d'arriver à m'en rappeler. Ça me semble important. »

Je dis : « J'ai beaucoup parlé aujourd'hui et je veux revenir à vous. Comment vous sentez-vous maintenant ? ». Elle marqua un temps d'arrêt, comme si elle s'éveillait et dit : « Je me sens mieux. Je me sens plus calme. Je vois bien ce que vous dites : ce que mon amoureux m'a dit n'était pas bien grave. Je me sens mieux maintenant. Je ne sais pas comment je serai, quand je me retrouverai seule à nouveau mais, juste là, assise ici avec vous, je me sens mieux ».

À mes yeux, cet échange avec Ilyana se trouve au coeur de l'expérience que doit être la thérapie, aussi itérative et aussi incertaine soit-elle. Par diverses avenues au fil d'une séance, un client en vient à tolérer ce qui, quelques instants auparavant, lui semblait intolérable. À travers l'échange thérapeute-client, comme dans toute relation où un processus de guérison est en cours, quelque chose change dans le système nerveux de chaque interlocuteur. Le défi particulier de la psychothérapie consiste alors à étendre cette expérience immédiate de calme et de soulagement, et de la transformer en une capacité d'auto-régulation, intégrée au quotidien, au-delà de la psychothérapie. Bien entendu, la thérapie fondée sur le cerveau n'est pas celle qui a inventé l'impact profond qu'une psychothérapie peut avoir sur le cerveau. Toutefois, elle nous fournit un nouveau langage et une nouvelle carte géographique, propre à guider les clients, aussi bien à travers l'intense rencontre émotionnelle avec leurs sombres démons, qu'au fil du processus à plus long terme qui les verra redessiner leurs circuits neuronaux, sur le chemin d'une meilleure santé.

Depuis cette première séance avec Ilyana, notre lien s'est solidifié. Cela lui a permis de ressentir le soutien immédiat au sein de notre relation, tout en lui permettant de comprendre et d'assimiler le lien entre les principes fondamentaux des sciences du cerveau et les changements dont elle fait l'expé-rien-

ce — par exemple, le fait que l'expérience en elle-même peut générer de nouvelles connexions synaptiques et créer de nouveaux circuits neuronaux. Elle en est venue à reconnaître tant dans la sécurité inhérente à nos entretiens, qu'elle transpose et porte désormais en elle-même, qu'à moins qu'elle ne change la nature de ses relations avec les autres, il est vraisemblable que ses habitudes, ses modes de comportement, et ses humeurs resteront inchangés, alors que ses circuits neuronaux continueront de creuser inlassablement les mêmes sillons. Toutefois, au fur et à mesure qu'elle découvre de nouvelles façons de penser et de se comporter quand elle est perturbée, elle continue de confirmer en elle-même la vérité fondamentale du principe neurobiologique qui veut que les neurones qui s'activent au même moment tendent à se connecter en réseau. Elle apprend aussi qu'en devenant plus sereine dans son identité, dans le simple fait d'être qui elle est, elle permet à son cerveau d'être nourri de sa connexion à l'autre.

De plus, Ilyana réalise que la thérapie fondée sur le cerveau constitue, en quelque sorte, un entraînement et une mise en forme de son cerveau. À mesure qu'elle comprend mieux son propre cerveau, elle s'entraîne à en faire un meilleur usage. Telle une professionnelle du tennis ou du golf, elle développe une sorte d'instinct qui lui permet de connaître les gestes susceptibles d'améliorer son « jeu », de même que les l'entraînement qui les maintiendra au niveau nécessaire. Et parce qu'elle sent bien qu'elle a maintenant un meilleur contrôle sur ses propres fonctions neurodynamiques, elle se sent davantage aux commandes de sa propre vie.

Parce que son humeur a changé, Ilyana a commencé à faire de meilleurs choix de vie — des changements qui ne sont peut-être pas tellement différents de ceux qu'elle aurait fait dans le cours d'une forme de psychothérapie qui n'aurait pas été spécifiquement fondée sur une connaissance du cerveau. Cependant, cette approche fondée sur le cerveau nous a fourni à tous les deux une sorte de carte routière qui nous a permis de nous orienter à travers les embûches et les virages parfois très serrés du processus thérapeutique. Quand il m'a semblé que je m'égarais dans mon travail avec elle, les principes des neurosciences et les connaissances issues des recherches sur l'attachement m'ont aidé à accorder mon état interne au sien, découvrant pas-à-pas comment renouer les fils du lien avec elle d'une manière qui ressemble sans doute à ce que tout thérapeute sensible aurait pu faire à ma place et qui, pourtant, reste subtilement différente.

Cette forme de psychothérapie fondée sur le cerveau apporte un cadre de référence qui permet de vérifier à tout moment ce qui est traité et ce qui est négligé en cours de séance. Consacrez-vous trop d'énergie à penser à ce qui émerge du cortex préfrontal et des lobes temporaux du client — les centres du langage qui animent le narratif biologique — et pas suffisamment à la posture du client, à sa gestuelle, au ton de sa voix et autres indices non-verbaux ? Ou encore êtes-vous si absorbé dans la chorégraphie de la régulation mutuelle qui se joue à travers les mots, l'expression faciale, les neurones miroir et autres facilitateurs biologiques de l'empathie, que vous en venez à négliger de penser à la théorie psychologique ou aux interventions comportementales concrètes qui pourraient aider le client à amorcer le processus de réorganisation de ses circuits neuronaux ? Il ne fait aucun doute qu'il existe plusieurs façons d'aider une cliente comme Ilyana, mais nous sommes prêts à parier que le travail de n'importe quel thérapeute gagnerait en puissance s'il ou elle commençait à penser en dehors de la *Pax Medica*.

Conclusion

Quinze ans après les premières tentatives sérieuses en vue d'examiner les points de rencontre entre les neurosciences et la psychothérapie, nous avons appris que plus nous étudions le cerveau humain, plus nous semblons profondément et mystérieusement humains. Nous découvrons que tous les moyens techniques dont on nous a dit, à un moment ou un autre, qu'ils allaient révolutionner le traitement et guérir les pathologies mentales — les nosographies tirées au cordeau, la neurochirurgie, les thérapies électroconvulsives, les psychotropes, les méthodes comportementalistes — ont massivement sous-estimé la puissance du cerveau et sa capacité à résister aux réponses simplistes aux questions complexes de la condition humaine. En fait, nous découvrons que, loin de réduire le Soi à une sorte de terreau neurobiologique — comme nous l'avions craint — les neurosciences nous font comprendre que ce qui se situe entre nos deux oreilles est encore plus mystérieux et plus stupéfiant que nous l'avions imaginé.

Ce qui reste la découverte la plus saisissante des neurosciences — celle que nous n'avions jamais anticipé — c'est de voir enfin comment le cerveau humain, de concert avec d'autres cerveaux humains, est perpétuellement engagé dans un processus d'auto-crédation et d'auto-régénération. Au point de rencontre de la génétique, de l'histoire développementale, des circonstances sociales et économiques, des relations, et de nos tâtonnements conscients, nous sommes à la fois déterminés et auto-déterminants. L'élément le plus indispensable, le plus critique de ce processus à la fois déterminé et auto-déterminant de construction du cerveau semble être une chose que nous partageons à des degrés divers avec d'autres mammifères, mais que nous avons développé bien plus que nos cousins du monde animal : le besoin et le désir du cerveau de se nourrir des relations avec nos semblables. Nous écrivons toujours « cerveau » au singulier mais, à vrai dire, le cerveau singulier n'existe pas. Il n'y a que des cerveaux et des systèmes nerveux en relation les uns avec les autres.

À sa racine même, la thérapie est une relation dont la fonction est de changer le cerveau, et nous ne sommes qu'à l'aube d'une nouvelle phase de développement dans notre champ d'activité et de connaissances, laquelle annonce une évolution vers un ensemble de concepts et de méthodes qui seront plus spécifiques, plus concrètes, et davantage enracinées dans le patrimoine sans cesse grandissant de connaissances issues des neurosciences. Nous commençons à réaliser que, en tant que thérapeutes, nous avons toujours été des « neuroscientifiques ». Jusqu'ici, nous n'avions tout simplement pas les outils, les mots et les concepts pour formuler et articuler notre travail de cette façon.

Lloyd Linford, Ph.D., dirige le Psychiatry and Chemical Dependency Best Practices pour le Kaiser Permanent du système de santé de la Californie du Nord et il préside la conférence annuelle Kaiser de psychiatrie. Il est le co-auteur de la série d'ouvrages Brain-Based Therapy et le directeur de publication de plus de 30 autres ouvrages.

John Arden, Ph.D., est le directeur de la formation à la division Santé Mentale des Kaiser Permanente Medical Centers, de la Californie. Il est le co-auteur de la série d'ouvrages Brain-Based Therapy.