

Pierre Gaudriault
Vincent Joly

Construire la relation thérapeutique

- Prévenir l'abandon précoce
- Définir les enjeux du processus thérapeutique

DUNOD

Dessins: Rachid Marai (marai@club.fr)

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autori-

sation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-058190-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Avant-propos

CET OUVRAGE est d'abord inspiré par des années d'expérience de thérapies sous plusieurs formes. Bien entendu, ces formes nous ont été dictées par notre formation, professionnelle et personnelle, inspirées d'abord de la psychanalyse. Cependant, la diversité des cas nous a souvent amenés à nous poser bien des questions et à faire évoluer nos méthodes – comme la plupart des gens qui font métier de la thérapie – pour tenir compte de la pluralité et la mouvance des psychopathologies et aussi de la manière propre à chacun d'exprimer sa souffrance psychique. Nous devons, notamment, considérer les obstacles qui s'interposent à la demande de thérapie, qui peuvent venir des patients eux-mêmes, des thérapeutes ou aussi des institutions qui les hébergent.

Il nous a donc paru nécessaire de questionner, de différentes façons, l'entrée dans ce processus si particulier qui consiste à travailler sur son propre psychisme, ses comportements, ses habitudes envers soi et les autres, pour y comprendre quelque chose, en compagnie de quelqu'un qui n'est ni un parent ni un ami, mais un professionnel qui n'a pas d'autres compétences que de contribuer à cette compréhension.

L'une des particularités de ce travail, la plus importante sans doute, est d'utiliser essentiellement la parole comme instrument de cure, celle qui permet l'écoute, l'échange et l'analyse de ce qui ne semblait pas, au premier abord, en état d'être entendu, d'être compris et éclairci par la présence de quiconque.

Faire venir la clarté des mots là où l'on a été si souvent enfermé, dans l'opacité de réactions incontrôlables, absurdes, des états dans lesquels on se met sans savoir pourquoi, c'est le pari de la psychothérapie.

Nous avons bien conscience qu'en présentant la psychothérapie au singulier nous faisons preuve d'un peu d'audace, peut-être de négligence, car c'est une pratique qui se décline habituellement au pluriel à tel point qu'il est bien difficile d'en dresser un catalogue exhaustif. Nous verrons cependant qu'il y a quelques raisons de penser qu'au-delà de leur diversité, les méthodes psychothérapeutiques de tous bords pourraient avoir quelques traits communs qui fondent leur existence, et ceci est vrai aussi bien sur le plan de leur efficacité que de leurs échecs.

Nous n'avons voulu faire l'apologie d'aucune de ces méthodes et nous verrons que les recherches comparatives ne sont guère concluantes. Bien entendu, nous ne prétendons pas à la neutralité et le lecteur se rendra compte que nous insistons plus sur certaines pratiques qui nous ont paru plus importantes que d'autres. Cependant, il faut aussi admettre qu'il était impossible de faire allusion à toutes les recherches et les comptes-rendus de pratiques qui constituent, depuis plus d'un siècle, une littérature immense.

Nous avons donc surtout retenu les textes et études qui illustraient au mieux les concepts que nous avons présentés dans les chapitres 2 à 7. On s'apercevra que nous avons aussi bien fait appel à des recherches chiffrées et statistiques qu'à des réflexions théorico-cliniques, car nous sommes convaincus qu'il y a là une complémentarité dont il ne faut pas se priver. Sans nécessairement aller dans le sens de l'unité de la psychologie chère à D. Lagache, nous croyons qu'aucun concept psychothérapeutique n'est assez convaincant en lui-même pour se priver de tous les éclairages disponibles dans des domaines variés de la littérature générale et spécialisée. Il nous est arrivé aussi de faire appel aux philosophes, romanciers, conteurs et cinéastes qui, on le sait bien, ont parfois des intuitions sur le devenir du psychisme humain plus subtiles que les observations des meilleurs spécialistes.

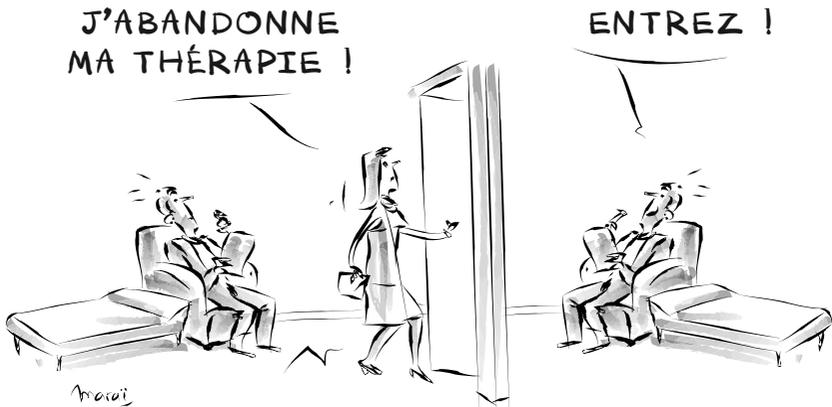
Sur bien des sujets que nous avons abordés, nous avons conscience de n'en avoir proposé qu'un aperçu que certains trouveront un peu mince et sur lequel ils auront sans doute des observations à faire. Notamment, un sujet comme le transfert négatif est immense et s'engage dans une voie sur laquelle d'autres, plus qualifiés que nous dans la pratique de la psychanalyse, pourraient apporter une contribution bien plus grande. Nous renvoyons les lecteurs curieux d'approfondir certains points à l'importante bibliographie que nous avons constituée. Mais il est certain que sur des questions aussi sensibles, c'est plutôt l'expérience personnelle et la pratique psychothérapeutique qui leur permettront d'obtenir les réponses qu'ils recherchent.

À qui s'adresse cet ouvrage ? Sans doute, des psychothérapeutes expérimentés y retrouveront souvent leurs propres intuitions. Nous avons plutôt pensé aux jeunes professionnels et aux étudiants qui s'appêtent à se lancer dans cette pratique. On sait qu'il n'existe pas de formation officielle au métier de psychothérapeute en France et la loi sur le titre d'application récente n'y changera pas grand-chose. La formation à la psychopathologie prévue par le décret est déjà assurée par la formation actuelle des psychologues cliniciens et des psychiatres, qui sont, à n'en pas douter, les mieux placés pour assumer la fonction de psychothérapeute. On sait cependant que la meilleure formation académique et les meilleurs manuels ne remplaceront jamais un cursus personnel et un travail sur ses propres projections et fantasmes dans la relation à soi-même et aux autres. Notre ouvrage non plus n'a pas cette prétention. S'il peut au moins contribuer à enrichir la réflexion de ceux qui se destinent à la psychothérapie, il aura répondu à nos attentes.

Nous voulons ici remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, Joëlle et Alain Besse, Valérie Blanc, Émilie Jeanneau, Duarte Rolo, Fabienne Thannberger, Cécile Ydire, par la relecture, les observations, les conseils avisés.

Chapitre 1

Entrer en thérapie : une question ouverte



D'UN CHEMIN VERS LA THÉRAPIE

Entreprendre une thérapie correspond sans doute, comme l'a suggéré Winnicott, à un moment de son histoire où l'on souhaite sortir des répétitions morbides et tenter de rendre sa vie plus créative¹. Mais comment le candidat à la thérapie peut-il savoir si le moment est venu pour lui d'avancer dans ce sens ? Il ne peut ignorer que c'est une entreprise de longue haleine qui lui demandera de la réflexion sur lui-même, du temps et même souvent certains moyens financiers. Il a tourné les problèmes dans tous les sens, il a cherché à sortir de son malaise par toutes sortes de procédés plus ou moins hasardeux, il a lassé sa famille, ses amis, ses relations par des appels perpétuels, il a cherché à minimiser les obstacles, il s'est jeté dans le travail ou les plaisirs, les aventures en tous genres, il a voyagé loin de chez lui pour s'oublier, rien n'y a fait, il est revenu au point de départ.

Il risque alors de tomber dans une détresse extrême avec l'impression, comme le mentionne Freud en 1920, d'être confronté à l'ingratitude de ses proches, la trahison de ses meilleurs amis, l'échec de ses amours, etc., et d'y voir les signes de la dureté implacable du monde plutôt que de s'interroger sur lui-même.

Chez les enfants, le malaise peut s'exprimer d'une façon beaucoup plus indirecte, mais à laquelle l'entourage familial ne reste pas indifférent : troubles de l'apprentissage scolaires, agitation, énurésie, encoprésie, provocations ou bien repli sur soi en sont souvent les manifestations les plus visibles. Ces formes de désarroi n'en sont pas pour autant plus faibles que celles des adultes. Et c'est à l'entourage de l'enfant d'entendre une souffrance qui n'est jamais directement exprimée verbalement.

L'individu en souffrance peut chercher un appui auprès de personnes de l'entourage familial ou amical dont il a éprouvé la bienveillance, quand un tel entourage existe. Mais la compréhension des proches ne résout pas tout. Il va se rendre compte que la résonance émotionnelle envers un parent ou un ami l'empêche de reconsidérer son propre état avec suffisamment de recul. Leur présence chaleureuse ne lui suffit plus, parce que le malaise psychique a pris une dimension excessive et récurrente, les réconforts habituels ne permettent plus de le calmer, il envisage alors le recours à quelqu'un de l'extérieur.

Le médecin de famille est souvent au premier rang parce qu'il est le professionnel le plus familier pour les problèmes de la santé. Son soutien

1. « Trouver un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre. » (Winnicott, 1971).

n'est pas négligeable et son expertise est utile pour donner un premier niveau de réassurance, avec ou sans l'administration de psychotropes. L'usage de ces produits ne remplace pas un véritable travail sur soi. La plupart des médecins le savent bien et font volontiers appel à la psychothérapie et au spécialiste capable de la mettre en œuvre.

Ce parcours exemplaire qui débouche sur l'entreprise d'une psychothérapie, aussi évident soit-il, n'est pourtant qu'un schéma théorique qui connaît bien des vicissitudes. Dans la plupart des cas, le chemin de la psychothérapie est loin d'être linéaire, il paraît plutôt semé d'embûches qui donnent lieu à des hésitations, des répétitions et des renoncements. Les raisons de ces atermoiements sont multiples.

Les effets de la psychothérapie peuvent susciter l'inquiétude et même toute perspective de changement renvoyer à des idées de ruptures catastrophiques. Le projet de travailler sur soi fait peur précisément parce qu'il met en jeu une réflexion difficile sur l'état psychique dans lequel on se trouve et sur la croyance que cet état ne peut être modifié sans risque. Il s'agit bien, pour l'adulte en souffrance ou pour l'entourage de l'enfant en souffrance, d'une remise en question. Or, s'interroge J. McDougall (1978), qu'est-ce qu'on peut attendre à « être témoin de sa propre division, chercher un sens dans le non-sens du symptôme, douter de tout ce que l'on est », remettre en cause sa « normalité », son bon sens ? Cette visée peut paraître iconoclaste et apporter plus de soucis que d'apaisement.

Elle l'est d'autant plus que les maux dont on vient se plaindre au thérapeute ne sont pas toujours des motifs suffisants pour entreprendre une thérapie. « Les humains tiennent plus à leur souffrance qu'à leur bonheur », écrit sans ambages Roustang (2006). Voilà déjà quelques raisons d'hésiter à se lancer dans cette aventure.

Il s'y en ajoute d'autres qui sont historiques. La *guérison psychique* s'adressait autrefois à ceux qui souffraient d'abord de faiblesse morale. Ellenberger (1970) nous rappelle que des formes anciennes de soutien psychologique, avant même qu'on parle de psychothérapie, consistaient, par de bonnes paroles, à donner la *consolation* aux affligés, l'*exhortation* aux timides, l'*admonestation* aux intempérants. Sur un autre plan, des exorciseurs étaient capables de lutter contre la possession ou une influence néfaste à laquelle un malade était assujéti. Toutes ces pratiques n'ont pas disparu et sont même parfois mises en concurrence avec la psychothérapie. Elles se rapprochent, les unes et les autres, des thérapies morales ou *cures d'âme* pratiquées par certains ministres du culte visant à absoudre des pénitents de quelque faute secrète. La confession catholique serait également une racine de la psychothérapie moderne.

La notion de *secret pathogène* fut reprise par les magnétiseurs et donna lieu à des œuvres littéraires comme *la Lettre écarlate* de N. Hawthorne ou *La Dame de la mer* de H. Isben. Elle a contribué à l'élaboration de nombreuses méthodes psychothérapeutiques comme celles de Benedikt, Janet, Freud, Jung (*ibid.*, pp. 79-80). Benedikt, qui s'opposait à l'hypnose, était partisan que la psychothérapie soit une cure d'exploration de la *second life*, c'est-à-dire, la vie intérieure que chacun cache en soi sous la pression des conventions sociales. En 1895, il publia un traité dans lequel il montre l'influence de cette vie cachée dans les névroses et diverses maladies physiques. On connaît mieux l'importance qu'accorde Janet aux « idées fixes subconscientes » et Freud au refoulement.

L'idée selon laquelle la psychothérapie pourrait révéler quelques vérités inconscientes embarrassantes sur soi est aujourd'hui popularisée, elle suscite à la fois fascination et inquiétude. Le projet d'explorer cette partie trouble de soi-même paraît donc hasardeux, il y a autant de motivation à le faire qu'à y renoncer. Entreprendre une thérapie ne peut pas être considéré de la même façon que d'autres projets sur le plan de la vie personnelle, des études ou du travail.

L'ambivalence du projet de psychothérapie est cependant peu évoquée dans les tentatives de définir celle-ci qui sont restées, sans doute en raison de la diversité des méthodes existantes, en des termes très généraux : l'encyclopédie Larousse désigne une « méthode thérapeutique utilisant les ressources de l'activité mentale ». Brusset (2005) évoque une « thérapie par des procédés psychiques », et ajoute : « quelqu'un parle de soi à quelqu'un d'autre qui l'écoute, s'efface pour cela, et qui est supposé pouvoir l'aider ». Parot *et al.* (2011) mettent en avant « la qualité intrinsèque de l'échange verbal et du contact relationnel. » Delourme et Marc (2004) sont plus explicites sur les objectifs avec un « processus d'accompagnement psychorelationnel de personnes en souffrance à des fins d'élucidation, d'élaboration et d'émancipation ».

Cette dernière définition paraît s'inscrire dans la tradition de la catharsis des anciens comme purification de l'âme souillée par toutes sortes de traumatismes. C'est laisser entendre que la souffrance psychique se rapporte au ressenti d'un « corps étranger interne » en soi qu'il faudrait rejeter ou au contraire découvrir davantage par la psychothérapie.

L'incertitude d'un tel projet a suscité beaucoup d'hypothèses sur son bien-fondé, de la part des thérapeutes eux-mêmes et des chercheurs qui ont contribué à repérer les effets des thérapies. Sans doute s'est-il agi de légitimer d'une façon scientifique des pratiques qui plongeaient dans l'histoire de l'Humanité et que l'on cherchait à confronter à des moyens

modernes de validation. Nous allons donc nous appesantir un peu sur ces recherches pour savoir comment elles contribuent à la compréhension de la démarche psychothérapeutique.

RECHERCHES ÉVALUATIVES

La possibilité de « profiter » d'une psychothérapie à un moment donné de son histoire est une occurrence dont il est bien difficile de comprendre tous les ressorts. Cette situation a paru suffisamment énigmatique pour susciter de très nombreuses recherches qui ont tenté d'évaluer les effets d'une psychothérapie en fonction de toutes sortes de variables concernant aussi bien les patients que les thérapeutes et leurs méthodes de travail. Ces études ont précisé les facteurs actifs dans la psychothérapie et surtout les conditions de sa réussite. L'objectif ainsi formulé paraît simple, mais a soulevé des questions considérables sur ce que sont précisément les facteurs sociologiques, psychologiques et psychiatriques qui risquent d'interagir avec la démarche de psychothérapie. La notion même de réussite a ouvert également une foule de questions puisqu'elle pouvait dépendre aussi bien de la méthode employée que de l'idée générale que chacun se fait de ce qu'est une vie *réussie*.

L'American Psychologic Association (APA) a longtemps privilégié, pour ces recherches, un modèle largement développé dans la recherche biomédicale (Essai contrôlé randomisé) mettant en œuvre une procédure assez strictement expérimentale. Mais à partir des années 2000, on a commencé à se rendre compte que ce type d'étude ne tenait pas suffisamment compte de la diversité des situations rencontrées dans la pratique clinique (Margison *et al.*, 2000). L'APA a donc révisé sa position et a incité les chercheurs à se rapprocher de la clinique. On est arrivé à l'idée que les essais contrôlés ne suffisent pas, il faut aussi procéder à des études de cas systématiques, analyser la nature du processus psychothérapeutique et ne pas se contenter des indicateurs de résultats (Thurin *et al.*, 2006).

L'ambiguïté soulevée par la notion de « réussite » d'une psychothérapie a bien été illustrée par les débats qui ont suivi la publication de l'expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM) sur l'évaluation des psychothérapies (2004).

Rappelons ce dont il s'agit : au cours de ces vingt dernières années, des évaluations portant sur l'efficacité des différentes formes de psychothérapies ont été réalisées outre-Atlantique. Ces études ont notamment été commandées par les puissantes compagnies d'assurances qui, devant rembourser les séances de psychothérapies, souhaitent connaître le rapport coût/efficacité des différentes formes de traitement. Les conclusions ont souvent été que les thérapies brèves (inférieur à 12 séances) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) étaient les plus efficaces, ce qui remettait en cause de précédentes études ayant montré que la réussite d'une thérapie dépendait du thérapeute et non du type de thérapie. C'était aussi une période de perte d'influence des thérapies humanistes et psychanalytiques. C'est dans ce contexte que fut effectuée en France l'Expertise collective de l'INSERM, à partir d'un millier d'études scientifiques sur l'évaluation des psychothérapies.

Le rapport des experts de l'INSERM conclut que, sur 16 troubles fréquemment rencontrés en psychiatrie, les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être considérées comme efficaces de façon établie dans 15 cas, la thérapie familiale dans cinq cas et la psychanalyse dans un seul cas. Il conclut également que, si l'efficacité de la psychanalyse ne peut pas être prouvée dans 15 des 16 troubles, cela ne signifie pas nécessairement qu'elle est inefficace. Le raccourci peut toutefois s'avérer tentant.

Cette publication a donné lieu à de nombreuses protestations qui ont conduit à son retrait du site de l'INSERM. Perron (2006), par exemple, a souligné que la méthode de la méta-analyse utilisée par les experts (pratique consistant à travailler à partir des études existantes) « majorait ou grossissait les biais ». En effet, les études retenues dans la méta-analyse s'appuient sur les critères du DSM IV pour déterminer les troubles des patients et leur évolution. Or le DSM décrit les troubles psychiques en termes de comportements manifestes et non en termes de fonctionnement et de processus inconscients. Une telle description se rapproche des théories cognitivistes par opposition aux théories psychanalytiques. Perron estime que les critères cliniques du DSM « favorisent les thérapies comportementales et cognitives ».

S'en tenir à ces critères, remarquent les psychanalystes, c'est prendre le risque de voir le symptôme disparaître en surface sans que les causes de celui-ci aient été modifiées. Le mal-être, s'il n'est plus visible, n'aura pas pour autant nécessairement diminué et la souffrance risque, par déplacement, de s'exprimer sous une autre forme. Ainsi s'opposent classiquement les TCC, centrées sur le comportement et la cognition, et la psychanalyse qui recherche les causes inconscientes à l'origine du

symptôme. Dès lors, les symptômes manifestes retenus dans la méta-analyse de l'INSERM pour définir la réussite des thérapies risquent de sous-estimer l'action des thérapies analytiques.

Il faut donc trouver d'autres moyens pour apprécier l'effet d'un traitement.

Selon Perron, « un traitement est réussi — utile, efficace, comme on voudra le dire — lorsque les relations interpersonnelles s'assouplissent et se déconflictualisent, lorsque les processus intrapsychiques se font eux-mêmes plus souples et plus mobiles, lorsque s'apaise le tumulte des guerres intérieures, lorsque l'énergie est mieux économiquement employée, bref, lorsque le patient en vient à être plus heureux ou moins malheureux... » (*ibid.*).

Une telle définition est difficile à transposer en termes quantitatifs, dans une étude chiffrée menée sur un grand nombre de patients, d'autant plus que les thérapies humanistes ou psychanalytiques sont particulièrement difficiles à quantifier. Des études chiffrées telles que celles réunies par l'expertise de l'INSERM risquent donc de ne jamais évaluer de manière pleinement satisfaisante les résultats des psychothérapies.

La controverse autour de ce rapport a sans doute eu le mérite de faire apparaître que la démarche d'évaluation des psychothérapies était imprégnée de l'idéologie de leurs promoteurs. Admettons avec Castel que le principal intérêt de ce genre de revue de travaux n'est pas tant de « *donner des résultats* que de révéler les conceptions antagonistes et l'état d'esprit des différents acteurs » (Castel *et al.*, 2004, p. 159).

LE DROP-OUT

Nous voudrions ajouter une autre critique à la perspective des recherches évaluatives sur les psychothérapies : nous constatons que la question des échecs et des obstacles à entreprendre une thérapie n'a guère été abordée dans le rapport de l'INSERM. Les études sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques supposent résolu le problème de son début qui est sans commune mesure avec ce qui se passe dans un traitement biochimique.

Pourtant, tous les thérapeutes, quels que soient les lieux dans lesquels ils exercent, ont vu certaines de leurs thérapies se terminer précocement sans que le patient ait évolué autant qu'ils auraient pu raisonnablement l'espérer.

Pourquoi certaines thérapies échouent-elles à apporter au patient une compréhension de son fonctionnement ou une diminution de ses symptômes ? La question est délicate. Elle est tout aussi ambiguë que celle de la réussite. En effet, comme nous le verrons, les raisons qui permettent de s'interroger sur l'échec d'une thérapie sont nombreuses. L'une des situations d'échec les plus fréquentes est simplement qu'elle n'a pas pu commencer. Cette cause n'est souvent pas comptabilisée dans les études sur l'efficacité des thérapies.

Il s'agit d'une question désagréable. Dans tous les métiers, les professionnels n'aiment pas revenir sur ce qu'ils considèrent comme l'échec de leur travail. Il en est des thérapies comme des autres domaines, et les ouvrages portant sur les échecs thérapeutiques ne sont pas des plus nombreux¹.

► Un phénomène de grande ampleur

Les abandons thérapeutiques précoces constituent un phénomène massif et les études quantitatives portant sur cette question soulignent son ampleur et ses conséquences. Les théoriciens et les chercheurs ont peiné à en définir les causes. Ces abandons restent une entité difficile à cerner comme en témoigne déjà le nombre de mots différents qui servent à désigner cette même réalité.

Le *drop-out* touche de nombreux patients quels que soient leur âge, leur sexe, leur milieu social ou le type de thérapie qu'ils entreprennent. Les chiffres de ce point de vue sont éloquentes.

1. Ces réflexions auto-critiques existent cependant : dans le champ de la psychanalyse, voir par exemple le texte de Freud lui-même de 1937 (*L'analyse finie et l'analyse infinie*, Freud, O.C., XX), l'ouvrage récent de Green de 2010 (*Illusions et désillusions du travail psychanalytique*, Paris, Odile Jacob) ; dans le domaine de la systémie, voir l'article de R. Pauté et L. Touchette de 2009 (« Le développement de la recherche chez les cliniciens : d'abord questionner la pratique clinique » in *Thérapie familiale*, 2, 133-146).

Les premières études portant sur l'importance du *drop-out* sont anciennes. Rogers s'est penché sur cette question dès 1951. Les études datant des années 50-60 montrent qu'environ la moitié des patients abandonne la thérapie avant la troisième séance. Selon Brandt (1965), plus d'un tiers des patients (36 %) ne revient pas après le premier entretien. En 1975, une étude synthétisant la littérature sur ce sujet est venue confirmer ce chiffre : Baekeland et Lundwall constataient que le taux d'abandon après la première séance varie entre 20 et 57 %.

Ces taux d'abandon très élevés ont été constatés, dès cette époque, pour des types de population très différents témoignant de l'extension du phénomène. Des études plus récentes ont également observé la précocité des abandons unilatéraux de la thérapie. Selon une étude menée par Garfield en 1978, plus de 65 % des patients arrêtent leur thérapie avant la 10^e séance et, dans plus de la moitié des cas, la durée moyenne d'une thérapie ne dépasse pas 6 à 8 séances.

On retrouve régulièrement des taux très élevés d'abandon de la thérapie depuis plus de 50 ans. Les chiffres varient selon la définition du *drop-out* (cf. infra), mais l'échelle de grandeur reste sensiblement la même : la moitié des patients met fin à la thérapie après quelques séances. Pourtant, le mode de prise en charge, le fonctionnement des institutions, les types de thérapies n'ont pas cessé d'évoluer en un demi-siècle. Tout se passe comme si ces évolutions n'avaient pas de prise sur le phénomène. Dans une revue récente de littérature, Barrett *et al.* (2008) arrivent à cette conclusion : sur 100 personnes consultant dans un centre de soins, seule la moitié d'entre eux reviendra après un premier entretien d'évaluation, ils ne seront plus qu'un tiers après la première séance de thérapie, 20 d'entre eux dépasseront la troisième séance, et moins de 17 iront au-delà de 10 séances. L'image est saisissante. Elle témoigne de l'importance et de la difficulté des premiers temps de la thérapie.

Il faut regretter que beaucoup d'études sur l'évaluation des psychothérapies excluent de leur protocole ces patients abandonnant la thérapie. Les comparaisons sur l'évolution des traitements ne portent ainsi que sur la partie émergée de l'iceberg.

L'ampleur des chiffres montre également le rôle crucial des premières séances. En effet, comme l'ont déjà montré Salta et Buick en 1989, le taux d'abandon diminue une fois que les patients ont dépassé la troisième séance. Lorsque l'on parle de *drop-out*, il ne s'agit pas de patients lassés par une analyse interminable. Il s'agit plutôt de personnes qui n'arrivent pas à entrer dans le processus thérapeutique, reculant juste après avoir fait le premier pas.

Le *drop-out* ne pose donc pas uniquement problème avec les thérapies longues ou d'orientation psychanalytique. En effet, la plupart des thérapies cognitivo-comportementales doivent durer au moins douze séances.

Le taux de *drop-out* n'a d'ailleurs pas pu être mis en lien avec un type spécifique de thérapie. Il ne semble pas pertinent de chercher à l'étudier en terme d'efficacité d'un type de thérapie ou d'un autre.

Charlotte est une femme célibataire de 34 ans qui souffre de manifestations anxieuses pouvant entraîner des douleurs digestives intenses. Pendant la première séance, elle déplore son émotivité et demande s'il existe un moyen de la diminuer. Charlotte est une femme cultivée qui a notamment lu certains ouvrages de Freud qu'elle critique. Elle est opposée à toute approche psychanalytique à laquelle elle ne croit pas. Pour elle, ses problèmes ne peuvent pas avoir une origine sexuelle.

La thérapeute, d'orientation analytique, mais qui a une position éclectique, répond à Charlotte qu'on ne peut, pour l'instant, évacuer aucune hypothèse quant à l'origine de ses troubles ; la condition importante pour obtenir un changement est, ajoute-t-elle, qu'elle soit prête à reconsidérer d'une façon critique ses propres réactions. Cette invitation à l'autocritique a fait reculer Charlotte qui n'a pas donné suite à l'entretien.

On pourrait être tenté d'interpréter cet arrêt en fonction du type de thérapie proposé. En effet, *Charlotte* s'oppose au pansexualisme freudien et n'a finalement pas souhaité s'engager dans une thérapie d'orientation analytique. Il s'agit, à première vue, d'un abandon lié avant tout au type de thérapie pratiqué par la psychologue. Toutefois, on peut se demander pourquoi *Charlotte* est allée consulter une thérapeute d'orientation analytique pour lui expliquer qu'elle ne croit pas en cette méthode. Elle aurait aussi bien pu choisir d'aller voir un thérapeute rogérien, comportementaliste ou gestaltiste. L'abandon de la thérapie ne tient pas tant à la méthode qu'à l'attitude de *Charlotte* à son égard.

► Destin du *drop-out*

Du point de vue du patient, le *drop-out* pose de nombreux problèmes. Tout d'abord, le patient qui a interrompu son travail avant la dixième séance n'a sans doute pas suffisamment bénéficié de sa thérapie. En effet, une thérapie trop brève risque de ne pas permettre de faire évoluer des symptômes dont on souffre depuis de nombreuses années. Ensuite, un patient qui met fin à sa thérapie contre l'avis de son thérapeute, souvent même sans lui avoir fait part de son choix, risque de se sentir coupable.

Il peut penser que sa thérapie s'est achevée sur un échec et qu'il n'a pas réussi pleinement ce dans quoi il s'était engagé.

Michel vient consulter un nouveau thérapeute après une série d'entrevues avec un thérapeute précédent. Il raconte qu'il était déprimé depuis plusieurs mois et qu'après trois séances de thérapie, il commençait à aller un peu mieux. Il avait l'impression d'avoir compris certaines choses et commençait à s'interroger : à bien y réfléchir, est-ce que ces séances d'« autoflagellation » hebdomadaires étaient encore nécessaires ? Certes, le psychologue ne serait pas d'accord, mais le jour de la séance suivante, il avait un dîner d'affaires qu'il aurait fallu reporter. C'est alors qu'il a commencé à remettre en question sa thérapie. Il s'est dit que le mieux serait de sauter cette séance et qu'il verrait bien ensuite. Après tout, ce n'était qu'une mauvaise passe et il pouvait remonter la pente tout seul maintenant. Michel s'est fait ensuite des reproches, il a regretté la séance manquée, mais ce qui était fait était fait. Il s'en est voulu de ne pas avoir tenu son engagement, il a songé à toutes ces choses qu'il essayait d'entreprendre sans vraiment y parvenir, et lui sont revenues ces idées noires qui le hantent depuis des mois. Mais il n'a pas osé revenir voir le thérapeute et a pris contact avec un autre pour lui raconter tout ça.

Il est à craindre que les patients qui mettent rapidement fin à leur thérapie soient dans une plus grande souffrance psychique que ceux qui l'ont continuée et qu'ils aient plus tendance à se chroniciser dans leurs symptômes, allant de thérapie en thérapie sans réussir à les dépasser.

L'influence de l'abandon précoce sur les thérapeutes a assez peu été étudiée. Pourtant comme le remarquent Wierzbicki et Pekarik, en 1993 :

« Un arrêt prématuré de la cure par les patients peut être démoralisant pour les thérapeutes, particulièrement les thérapeutes débutants. Les thérapeutes peuvent penser qu'ils ont échoué ou qu'ils ont été rejetés par les patients. »
(Wierzbicki et Pekarik, 1993)

De telles pensées risquent de retentir sur leur travail avec leurs autres patients. L'abandon précoce d'une thérapie par le patient peut blesser le narcissisme du thérapeute. Une étude de 2004 menée par Wilson et Spertinger a notamment exploré l'effet du *drop-out* sur les thérapeutes. Pour cela, ils leur ont demandé de dire ce qu'ils avaient ressenti après que des patients eurent unilatéralement interrompu les séances. Cinq des six thérapeutes interrogés ont été profondément affectés par cette décision. Les thèmes qui revenaient le plus souvent dans leur réponse étaient la tristesse et l'étonnement.

« J'étais étonné, déclare par exemple un thérapeute. L'étonnement était plus grand que le soulagement. Il était désagréable d'entendre certains reproches, mais en même temps je pensais qu'il [le patient] était en train de s'ouvrir à ce moment-là. Donc même si c'était parfois désagréable, j'étais plus étonné qu'il soit parti que soulagé ».

Le sentiment de tristesse exprimé par les thérapeutes était toujours présent lorsque, plusieurs semaines plus tard, ils reparlaient de ces patients, montrant que l'arrêt de la thérapie les avait durablement affectés. Le thérapeute numéro six explique par exemple : « je me suis senti touché en repensant à elle [la patiente] avant notre entretien et en reprenant mes notes ». Plus généralement, Wilson et Sperlinger expliquent que la majorité des thérapeutes se sont sentis « abandonnés » par leur patient. Ils font état d'un sentiment de choc, d'étonnement, de colère ainsi que d'une intense tristesse. Pour la plupart d'entre eux, l'arrêt de la thérapie leur apparut comme un événement brutal et inattendu. Les auteurs soulignent enfin que les thérapeutes ont pu gérer leurs sentiments liés au *drop-out* en référence à leur expérience et à la théorie psychanalytique.

UNE RÉALITÉ PROTÉIFORME

► Le choix des mots

On a vu par les études quantitatives combien les abandons thérapeutiques précoces sont fréquents. Malgré cela, ils restent peu étudiés et peu théorisés. En effet, les obstacles sont nombreux. Tout d'abord, il faut mettre des mots sur le phénomène. Ensuite, sa définition pose également problème et les différences entre les définitions rendent complexe sa compréhension.

Tout d'abord, les abandons thérapeutiques précoces sont difficiles à définir et même à nommer. Quel nom leur donner ?

Doit-on parler, comme nous venons de le faire, d'« abandon thérapeutique précoce » ? L'expression a le mérite d'être claire : il s'agit d'abandon de la thérapie et ces abandons portent sur les premiers moments de la thérapie. Toutefois, la lourdeur de l'expression dit bien la difficulté du théoricien à cerner cette réalité clinique. Nous sommes loin de la densité sémantique des concepts de *résistance*, de *passage à l'acte*, etc.

Veut-on condenser l'expression ? On parlera alors d'*abandon précoce*. Mais l'expression évoquera d'autres réalités cliniques, qu'il s'agisse du

jeune enfant abandonné par ses parents ou de l'échec scolaire. Trop confuse, l'expression ne saurait donc nous satisfaire.

Devant la lourdeur de l'expression française, on peut se tourner vers l'anglais et parler de « *drop-out* », qui signifie « abandon ». Le mot évoque l'*acting-out*, autre concept en psychothérapie avec lequel il possède un lien qui n'est pas seulement homophonique. En effet, comme nous le verrons, le *drop-out* a beaucoup à voir avec l'immédiateté, la violence du passage à l'acte qu'exprime la notion d'*acting-out*. Autre point intéressant, *to drop-out* ne signifie pas seulement abandonner, le verbe désigne également l'action de chuter, synonyme en ce sens du verbe *to fall-out*. Le *drop-out* aurait donc quelque chose à voir avec la chute, avec la perte d'une portance de la thérapie qui n'aurait pas tenu le patient dans son cadre. Enfin, on parle également d'attrition, en anglais comme en français, par emprunt au vocabulaire économique. L'attrition désigne l'usure des effectifs d'une entreprise liée notamment aux départs volontaires. Par extension, l'attrition désigne le départ volontaire d'un patient avant la fin d'une thérapie (qu'il s'agisse d'une psychothérapie ou d'une thérapie médicale).

Il est intéressant de rappeler ici que le mot « attrition » signifie également, dans le vocabulaire religieux, « le remord d'avoir offensé Dieu, par crainte des peines ». Louise Michel utilise, par exemple, le terme en ce sens lorsqu'elle écrit : « Notre ami a déjà été si cruellement puni de son péché — s'il l'a commis — que l'attrition, au moins, a touché son cœur et que Dieu, dans sa miséricorde, lui a sans doute pardonné ». Il n'est peut-être pas anodin que le même mot désigne, suivant le contexte, l'abandon prématuré de la cure ou le regret d'avoir offensé Dieu par crainte des peines. Y aurait-il dans l'arrêt de la thérapie un mouvement de recul devant la peur d'un châtiement ? Le processus thérapeutique irait-il contre l'ordre naturel des choses ou une juste punition ?

► Problèmes de définition

Des recherches quantitatives ont étudié le phénomène de *drop-out*. Mais ces études butent sur des difficultés à définir leur objet. Que signifie arrêter une thérapie « précocement » ? Comment le définir d'une manière claire et identique selon les différentes études ? Depuis vingt ans, les problèmes méthodologiques posés par la définition du *drop-out* ont souvent été soulignés.