

## Pourquoi consacrer le présent numéro aux thérapies brèves?

Les thérapies brèves, soit des interventions psychothérapeutiques limitées dans le temps, ont joui ces dernières années d'une popularité croissante. Ceci pour plusieurs raisons, dont les plus évidentes se situent au niveau de la pratique. Les travaux de recherche dans ce domaine ont montré que c'est dans le cabinet du psychothérapeute que se déroule une bonne partie des traitements, indépendamment de leur orientation théorique et en tant qu'interventions d'une durée d'au maximum 15 à 20 séances. La durée moyenne est même plus courte. Selon Garfield (1994) elle va de sept à dix séances (à ce sujet, voir aussi Kordy et Kächele, 1995; Koss et Shiang, 1994). Ce résultat correspond bien aux données acquises lorsqu'on a demandé aux patients ce qu'ils attendent d'une thérapie. La plupart d'entre eux souhaitent être traités par le biais d'une intervention de courte durée, centrée sur leurs problèmes et la formulation d'objectifs, pour que leurs troubles et symptômes s'améliorent rapidement; cette démarche ne devrait pas en premier lieu être associée à un travail fondamental sur leur biographie et leur développement (Garfield, 1994). Il est important de mentionner dans ce contexte que la recherche qui s'est intéressée aux effets de la psychothérapie a clairement montré que pour les 75% des patients auxquels ce traitement a apporté des éléments positifs, ce résultat a été obtenu durant les premières 20 à 30 séances (cf. Lambert et Bergin, 1994). Les thérapies de plus longue durée ajoutent très peu aux effets du traitement (Grawe et al., 1994).

Une seconde raison à la popularité des thérapies brèves est en rapport avec le fait que la psychothérapie doit se soumettre aux contraintes de l'économie de la santé, dès lors qu'elle s'efforce d'être reconnue par la collectivité et par la société en tant que traitement curatif et, en tant que tel, d'être remboursée par les deniers publics. Le système de la santé finance les traitements en fonction de principes – besoin, adéquation et caractère économique – et non d'éléments en rapport avec la théorie de la psychothérapie. A ceci s'ajoute le fait que la situation financière caractérisant depuis quelques années les domaines de la santé publique et de la sécurité sociale dans tous les Etats occidentaux n'est pas particulièrement détendue, ce qui fait qu'on tend à exiger et à promouvoir les offres de traitement dont le coût semble avantageux. De ce point de vue, les thérapies brèves peuvent être considérées comme peu coûteuses, dans le sens où elles

sont en mesure de traiter nombre de problèmes et troubles émotionnels ou psychiques à un prix raisonnable. Les études empiriques qui se sont intéressées à l'efficacité et à l'efficience des thérapies brèves ont clairement démontré cet aspect (cf. en particulier Austad et Berman, 1991; Budman et Furman, 1988; Koss et Shiang, 1994).

Par ailleurs, quelques raisons d'ordre théorique justifient tout à fait l'intérêt porté aux thérapies brèves. La réflexion menée à leur sujet a produit de nouvelles idées importantes et très intéressantes au sein de divers courants de thérapie; elle a montré que la thérapie brève n'est pas simplement une forme abrégée ou même superficielle des modèles et techniques existants, qui serait utilisée dans le traitement de problèmes ou difficultés pas trop graves. Au contraire, on a pu clairement démontrer que les interventions de ce type sont utiles par rapport à de nombreuses indications et qu'elles peuvent être très efficaces et adéquates lors du traitement de différents troubles psychiques (Budman et Gurman, 1988). Dans ce contexte, nous constatons que les thérapies brèves – et en particulier celles qui se fondent sur une tradition spécifique, comme la thérapie du comportement et les thérapies systémiques – représentent des approches complètes et efficaces; elles ont apporté des aspects essentiels au développement de la psychothérapie et en particulier à une meilleure compréhension du fonctionnement de l'être humain et de la manière dont il gère et solutionne ses problèmes.

Il reste – et nous devons également le souligner – que ni le présent numéro du Forum, ni les arguments présentés ne visent à démontrer que seule la thérapie brève est à même de combler toutes les souhaits formulés par rapport à la psychothérapie. L'évolution qui a eu lieu aux Etats-Unis, où la durée des traitements a été systématiquement réduite dans le cadre des systèmes de "managed care" (Austad et Berman, 1991), a montré que lorsque la démarche devient une voie à sens unique, elle aboutit à un cul-de-sac en se heurtant aux résistances du patient lui-même, mais aussi à son propre manque de flexibilité. C'est pourquoi il n'est pas étonnant que le "Consumer Report Study" présenté par Seligman (1995) souligne que les thérapies de plus longue durée apportent de meilleurs résultats et surtout que les patients en sont plus satisfaits (voir aussi à ce propos Koss et Shiang, 1994; Lambert et Bergin, 1994). En écrivant 'de plus longue durée' nous

ne pensons toutefois pas aux thérapies longues, telle la psychanalyse classique, mais bien à des traitements d'une durée de 30 à 50 séances. Il paraît en outre logique que Seligman, qui est devenu président de l'association de psychothérapeutes comptant les plus importants effectifs au monde (l'American Psychological Association, APA), s'efforce de lancer un important programme de recherche sur les effets de la thérapie longue dans la pratique (cf. Seligman, 1998). Ce travail doit examiner aussi bien les effets de la psychothérapie par rapport à sa pratique (c'est-à-dire au niveau auquel elle est pratiquée, sans utiliser d'échantillons randomisés), ainsi que – entre autres – les rapports 'dose-effets', soit la question de la durée optimale des traitements. Il ne s'agit donc pas de prôner une nouvelle orientation favorisant les thérapies brèves; il faut par contre souligner que pour être à même de répondre aux exigences de sa pratique, la psychothérapie doit disposer de modèles et de méthodes applicables de manière flexible (Richter, 1996). En principe, cela veut aussi dire que les écoles de thérapie qui attribuent grande valeur à la notion d'"intervention minimale" (Kanfer et al., 1996) doivent aussi disposer de concepts et de méthodes utilisables dans le cadre de traitements plus longs. Il en va de même sur le plan des méthodes visant à traiter des troubles spécifiques, ainsi que sur celui des modalités variables des différents traitements et des formes de thérapie adaptées à certains groupes d'âge. Aucune "école de psychothérapie" ne devrait se fonder sur une méthode monolithique, acquise en tant que procédure standardisée et appliquée à tous les types de problèmes. Il faut au contraire que le terme d'école soit entendu dans le sens de courant incluant des concepts théoriques et pratiques multiples, appliqués dans la pratique selon une approche flexible qui tiendra compte des besoins des clients (Richter, 1996). Dans ce sens, l'offre d'une école de psychothérapie ne doit pas se fixer sur un concept; elle doit s'adapter aux besoins et à la pratique. Une offre structurée de cette manière peut tout à fait comprendre des thérapies

brèves, avec des méthodes qui en sont part intégrante. C'est pourquoi il est important de porter attention à ce thème et d'informer le grand public de l'état de son évolution. Il s'agit là d'une des visées centrales du présent numéro. A d'autres niveaux, il s'agit aussi de définir les troubles pour lesquels les thérapies brèves sont indiquées et d'analyser les facteurs qui contribuent à l'efficacité de ces types d'intervention.

Du fait que la place à disposition est limitée, les éditeurs ont eu à effectuer un choix parmi les différentes approches. Nous nous sommes concentrés sur des concepts ayant valeur de paradigmes et qui font actuellement l'objet d'un débat dans les pays de langue allemande. Les modèles de thérapie brève élaborés par les approches suivantes ont donc été pris en compte: la psychanalyse, la thérapie 'centrée sur le client' (C. Rogers), la thérapie du comportement et la thérapie systémique (cf. la notion de thérapies visant à la recherche de solutions). Nous avons en outre inclus deux approches plus récentes: la thérapie corporelle basée sur la psychologie des profondeurs et la psychothérapie dite "positive" (Peseschkian) – toutes deux ont été développées assez récemment et sont dotées d'un potentiel novateur. Malgré ces restrictions, nous sommes heureux de constater que de nombreux auteurs ont accepté d'offrir une contribution, ce qui fait que le présent numéro paraît en deux cahiers: le premier contient des articles traitant du thème à un niveau global et des travaux ayant valeur de paradigme, le second (Psychotherapie Forum [1999] 7/1) regroupera des textes sur des approches et développements récents.

Les éditeurs remercient les auteurs d'avoir accepté de collaborer au présent numéro. Ils espèrent que leurs articles recevront un écho positif, dans le sens où ils permettront à un public spécialisé mais aussi aux patients intéressés de mieux savoir ce qu'est la thérapie brève.

*Anton-Rupert Laireiter  
Oskar Frischenschlager*