

Semestre : 01

Unité d'enseignement : Fondamentale

Matière : Les psychothérapies 1

Crédits : 05

Coefficients : 02

Objectif de cet enseignement :

-Permettre à l'étudiant de connaître les différentes techniques thérapeutiques, s'appuyant sur diverses assises théoriques, utilisées dans le traitement des troubles psychologiques.

Les pré-requis :

L'étudiant doit préalablement avoir acquis les notions fondamentales liées à la personnalité et aux troubles psychologiques.

Contenu de la matière

Les psychothérapies 1 : Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Introduction

- Principes de la psychothérapie analytique classique
- Technique de l'association libre
- Technique de la décharge émotionnelle (catharsis)
- Transfert et contre- transfert
- L'interprétation
- Psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique
- Modèles cliniques de thérapie analytique

Mode d'évaluation : Examen, évaluation continue

Introduction :

Si la psychopathologie est la science qui étudie les perturbations du comportement et de l'expérience de l'homme, les psychothérapies devraient être définies comme les approches destinées à les améliorer.

Le terme de « psychothérapie » aurait un peu plus d'un siècle. On le devrait à **Bernheim**, le leader de l'école hypnologique de Nancy, qui publia, en 1891 un ouvrage intitulé « **Hypnotisme, suggestion, psychothérapie** ».

Il y eut un engouement important pour les méthodes de psychothérapie au siècle dernier, qui se poursuivit jusqu'au début de la première guerre mondiale. La psychanalyse occupa par la suite le devant de la scène ; puis, à partir de 1945, de nouvelles méthodes psychothérapeutiques virent le jour, venant plutôt des Etats- Unis que d'Europe.

On peut dire que l'hypnose fut le précurseur des psychothérapies modernes.

Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

Définition générale :

GIUSTI (1995) :

« La psychothérapie constitue toujours une rencontre entre deux ou plusieurs personnes, dans laquelle l'une se définit ou est définie comme ayant besoin d'aide et demande à être soignée ou à changer, alors que l'autre possède et est reconnue pour avoir des qualités personnelles déterminées et un corps de connaissance théorique et technique, qu'elle utilise pour aider l'autre à produire un changement »

Pour définir une interaction comme psychothérapie, il doit exister :

- Une relation interpersonnelle de type professionnel ;
- Une théorie qui guide les interventions.

STROTZKA (1978) :

« La psychothérapie est un processus interactionnel conscient et planifié visant à influencer les troubles du comportement et les états de souffrance qui...sont

considérés comme nécessitant un traitement, par des moyens psychologiques (par la communication) le plus souvent verbaux, mais aussi non verbaux, dans le sens d'un but défini, si possible élaboré en commun (minimalisation des symptômes et/ou changement structurel de la personnalité) au moyen de techniques pouvant être enseignées sur la base d'une théorie du comportement normal et pathologique... ».

Il faut noter que dans les textes de l'Association Européenne de Psychothérapie, une méthode scientifiquement reconnue de psychothérapie implique entre autres :

- Une formation qui comprend un minimum de 250 séances de thérapie personnelle (travail sur soi) ;
- 130 séances de supervision de la pratique clinique ;
- 250 heures de théorie.

GARRONE (1985) fait de la psychothérapie l'intégration de trois éléments principaux : le processus relationnel (la relation établie entre le patient et son psychothérapeute) est relié à un cadre par un contrat plus ou moins formel.

COTTRAUX (2011)

« La psychothérapie consiste en la mise en œuvre d'interventions psychologiques dont le but est de soulager une souffrance émotionnelle exprimée par un patient, un couple, une famille ou un groupe. Ces interventions se déroulent dans le cadre d'un contrat explicite de soins. Il s'agit d'un "traitement" qui est mis en place par un professionnel de santé, responsable de l'utilisation judicieuse de méthodes auxquelles il a été formé ».

Ceci distingue donc les psychothérapies d'autres types d'interventions qui parfois s'en rapprochent, mais diffèrent dans leurs buts.

Qu'est-ce qu'une psychothérapie efficace ?

C'est une thérapie qui permet des changements positifs dans trois domaines : la souffrance psychique ou physique, la personnalité et la qualité de vie. Mais en plus, les psychothérapies peuvent favoriser le développement personnel car elles intègrent dans leurs buts les valeurs personnelles du patient et sa recherche du bien-être.

Il existe au moins 200 formes de psychothérapie, mais seule une poignée d'entre elles ont été réellement évaluées et validées, de manière scientifique ; elles appartiennent à seulement cinq courants principaux de psychothérapie.

Ce sont les thérapies psychanalytiques, cognitives et comportementales, interpersonnelles, familiales et humanistes.

1. La psychanalyse

Les origines de la psychanalyse

Freud effectue un séjour de six mois à Paris en 1885 dans le service du professeur Jean-Martin Charcot (1825-1893), spécialiste mondial de neurologie et de psychiatrie, à l'hôpital de la Salpêtrière. Au détour d'une conversation, il entend Charcot affirmer que le secret de l'hystérie est toujours un problème sexuel.

De retour à Vienne, il forge à lui tout seul un instrument entièrement nouveau, **la psychanalyse**, qu'il devra imposer à un establishment médical totalement résistant à cette idée révolutionnaire : **Nous possédons un inconscient qui est le repaire de pulsions à la fois sexuelles et meurtrières. Nous désirons tous notre mère, et, pour prendre sa place, nous sommes tous enclins à tuer notre père, comme Œdipe et comme les hommes de hordes primitives qui dévoreraient leur père après l'avoir évincé.**

Cette vérité fondamentale se transmet à travers les générations par un processus mystérieux, probablement génétique, mais elle est refoulée dans

l'inconscient : c'est le refoulement originel sur lequel s'établiraient tous les autres.

En août 1889, Freud revient à Paris pour assister au congrès International sur l'Hypnotisme. Il va rendre compte à Charcot (dont il a suivi les leçons trois ans auparavant) de l'accueil hostile qui a été réservé par les neurologues germaniques aux conceptions du maître sur l'hystérie, qu'il a traduit en allemand et tenté de diffuser. Sur le chemin, il s'arrête à Nancy pour s'entretenir avec Bernheim, ce qui témoigne de sa volonté d'éclectisme, sachant que l'école de Nancy s'oppose aux théories de Charcot sur l'hypnose : pour Bernheim, tous les individus sont hypnotisables, pour Charcot, seuls les hystériques le sont. Les mois précédents, il a été accaparé à Vienne par le traitement quotidien d'une seule patiente, Emmy von N..., qui est atteinte de multiples conversions hystériques, dont le tic d'un claquement de langue évoquant le cri du coq de bruyère, depuis qu'elle a assisté à la mort subite de son mari, plus âgé qu'elle de vingt ans. Au fur et à mesure des séances d'hypnose pratiquées sur cette patiente, Freud a parcouru à rebours l'incroyable série de traumatismes psychiques que la patiente a endurés depuis son enfance, et il a fait patiemment disparaître, sous induction hypnotique et un par un, les symptômes nés de chacun des traumas. En fait, il semble plutôt que la patiente, sous le coup de son trauma d'aujourd'hui, sélectionne dans son passé tous les événements qui ressemblent peu ou prou à ce qu'elle vient de vivre, laissant dans l'ombre les événements heureux de sa vie. Mais ce qui a le plus intrigué Freud, c'est que cette patiente a d'emblée interrompu ses exhortations pour lui dire : « cessez de me dire cela ou cela, et écoutez plutôt ce que j'ai à vous dire » et il a suffi ensuite de l'inciter à la verbalisation de ses souvenirs, dans l'ordre ou le désordre où ils lui revenaient à l'esprit, pour la voir s'améliorer. Il confesse donc que la découverte de la méthode fut fortuite :

« À notre grande surprise, nous découvrîmes que chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à réveiller l'affect

lié à ce dernier et quand, alors, le patient décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale. »

La théorie

La thèse psychanalytique est bien connue : chacun de nous possède un inconscient où gisent des désirs refoulés. Ces désirs sont reliés aux instincts biologiques primaires, principalement sexuels, que la censure (le surmoi) maintient hors de la conscience. Le conflit entre ces désirs (le ça) et cette censure produit les symptômes d'anxiété, de dépression ou des troubles physiques qui envahissent le moi du patient.

L'origine des troubles psychiques est, possiblement, le refoulement de traumatismes psychiques. La séduction précoce d'un enfant par un adulte, explique, selon Freud, certaines névroses. Toutefois, cette théorie a été remplacée sans arguments solides par une autre : ce sont les enfants qui désirent les adultes et fantasment à leur sujet. Cette théorie fait du complexe d'Œdipe une phase obligatoire du développement psychologique et affectif. Une enquête à partir des archives de Sigmund-Freud a montré que cette théorie résultait de l'échec du traitement d'Emma Eckstein, qui se plaignait d'avoir été séduite par un adulte dans son enfance, successivement par la psychanalyse et par une opération du nez effectuée par Wilhelm Fliess, ami et correspondant de Freud. Cette intervention se fondait sur la correspondance symbolique entre le nez et les organes sexuels. Selon Fliess, les dysménorrhées, la fatigue et les troubles de la marche de cette patiente étaient liés à la masturbation, et l'opération de son nez devait résoudre le problème en modifiant ses réflexes. L'intervention effectuée par Fliess tourna à la catastrophe, car il avait oublié une compresse dans les fosses nasales et la patiente dut être réopérée par un chirurgien compétent. Face à ces échecs successifs, Freud aboutit à la conclusion qu'Emma Eckstein lui avait menti et qu'il n'y avait pas eu de séduction réelle, mais un simple fantasme « œdipien ».

La pratique

L'analyste énonce, lors de la toute première séance, la règle fondamentale : « Dire tout ce qui passe par l'esprit ». Cette règle, bien entendu, sera transgressée, et la résistance à tout dire va être l'objet de l'analyse.

Le psychanalyste se contente d'interpréter les associations d'idées que verbalise le patient, allongé sur un divan, sans le voir. Par cette attitude, il facilite le retour vers le passé du patient, qui va vivre une triple régression :

- Une régression temporelle, de l'adulte vers l'enfant ;
- Une régression topique, de la conscience vers l'inconscient ;
- Et une régression formelle, de la pensée logique vers la pensée irrationnelle.

Le patient retraversera les stades successifs du développement psychologique et affectif : le stade oral, le stade anal, le stade phallique et le stade génital. Cette triple régression va faciliter le transfert qui consiste à déplacer sur l'analyste des émotions et des désirs infantiles. Les désirs infantiles ne sont qu'une variation sur le thème du souhait d'avoir des relations sexuelles avec le parent de sexe opposé. Les rêves sont la voie royale qui permet d'avoir accès aux désirs inconscients. La fonction du rêve est de protéger le sommeil, en permettant de réaliser des désirs que nul n'accepterait d'avoir à l'état de veille. L'analyste est le miroir d'une aliénation fondamentale qui oblige tout être humain à parcourir à nouveau le chemin d'œdipe, en repartant du stade où il s'est fixé : oral, anal, phallique. Cette fixation entraîne un déficit dans le fonctionnement affectif et des perturbations dans les relations avec les autres.

Il convient que le patient, l'analysant, transfère sur la personne de l'analyste des affects, des pulsions, des conflits qui ont été provoqués dans le passé par des liens qu'il a noués en particulier avec ses parents et sa famille. Ces liens tels qu'il les a vécus, ce sont ses « relations d'objets » et peu importe à l'inconscient que le temps ait passé, pour lui tout est actuel. Dès 1890, Freud compare le traitement psychique, qui n'est pas encore la psychanalyse, au rapport amoureux.

Mais le transfert est à un double titre un concept central de la psychanalyse : d'une part, les névroses des patients résultent de transferts à des situations actuelles de problèmes qui ont une source ancienne, et c'est le dévoilement de ces transferts qui libère des symptômes ; d'autre part, si le cadre analytique fonctionne, le patient transfère sur l'analyste des relations aux objets parentaux et l'analyste y réagit (le contre-transfert) pour mener le patient à comprendre ce qui, dans le passé, a entravé sa liberté actuelle.

Pour que ce phénomène, essentiel à la cure, se déroule, deux conditions sont fondamentales : d'abord, il faut que l'analyste ne se laisse pas prendre au « jeu » ; il ne doit pas quitter une neutralité bienveillante qui installe une distance d'avec le matériel qu'apporte l'analysant, ses relations d'objet transférées. Ensuite, l'analysant doit s'abandonner à faire oralement des associations libres, à laisser divaguer sa conscience en disant tout ce qui lui passe par la tête, sans rien retenir. Pourquoi ? Parce que, Freud en est convaincu, la raison, qui pourrait retenir des inepties ou des dérapages en imposant un enchaînement rationnel des pensées, ferait un barrage moral à ce qui procède de la névrose même et qu'il s'agit d'analyser. Le matériel de l'analyse ne peut survenir que dans cet état peu contrôlé, proche de la rêverie, mais il ne suffit pas, loin s'en faut, que l'analysant adopte cette pensée libre : l'analyste doit lui aussi être dans un état d'attention « librement flottante ». Pourquoi ? Parce que c'est à cette condition seulement qu'il est sensible à des associations entre les dires de l'analysant qu'autrement, en éveil rationnel, il ne capterait pas. Il doit lui aussi associer, mais ici dans le but de laisser converger les différents signes qu'envoie l'inconscient du patient et d'établir la cohérence entre ces différents contenus.

Une anecdote permet de comprendre ce que c'est qu'être analyste : à un jeune analyste qui lui demandait comment s'entraîner à l'analyse, Lacan a répondu : « Faites des mots croisés ! ». Si l'on considère que la grille a une cohérence interne (on la remplit complètement avec des mots qui correspondent aux définitions), chaque définition doit être interprétée en elle-même, mais

l'interprétation (le mot qui, croit-on, lui correspond) en est révisable jusqu'à ce que la grille soit finie. Or, ce sont les interprétations des autres définitions qui confirment ou non la première...et ainsi de suite : les signes que livre l'analysant ont une cohérence, inconnue de l'analyste en tout cas au début de la cure.

Quand l'analysant parle, l'analyste entend en interprétant ; il « entend des interprétations » possibles, qu'il affine ou révisé... tant que l'analyse n'est pas terminée. Et elle l'est lorsque chaque signe a pris une place cohérente avec l'ensemble de tous les autres. Cet exercice de l'analyse suppose l'attention flottante qui permet cette écoute associatrice et un rude travail intellectuel. On comprend alors qu'il y faille une longue formation.

La puissance de la pratique

C'est dans le cours de sa pratique de la cure et des nombreux débats théoriques avec ses détracteurs ou ses élèves que Freud rencontre une difficulté, d'ordre thérapeutique, mais qui va bouleverser sa théorie et lui faire entrevoir les limites mêmes de la psychanalyse. L'obstacle suscitera, tout au long du $\times \times e$ siècle et encore aujourd'hui, des interrogations et des doutes.

Rappelons que jusqu'à la Première Guerre Mondiale, Freud a structuré le psychisme en trois parties, qu'on appelle des instances, chacune avec sa fonction. C'est donc pour lui comme si le psychisme était un lieu (*topos* en grec) interne avec trois pièces :

- L'inconscient qui contient les représentations construites à partir de traces mnésiques refoulées grâce à un mécanisme de défense qui protège les deux autres pièces des souvenirs traumatiques (réels ou imaginaires mais efficaces) ; il s'agit en particulier d'un ensemble de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents : le complexe d'œdipe.
- Le préconscient, sorte d'antichambre dont la fonction est de trier ce qui va passer de la pièce précédente à la suivante ;

- La conscience, perception du présent, différente de la mémoire, le moi qui vit en société.

Cette partition du psychisme, dont l'inconscient est le cœur même, c'est ce que les psychanalystes appellent la première topique que Freud approfondit dans les quinze premières années de la psychanalyse. Qu'est-ce qui vient la remettre en cause ?

D'abord, une réflexion de Freud sur les pulsions, initialement conçues sur un mode biologique ; Freud opposait les « pulsions du moi » (ou d'autoconservation) aux pulsions sexuelles qui entrent en conflit avec les précédentes (c'est le « conflit fondamental »). En 1914, Freud propose de concevoir le moi non plus comme défensif, mais comme le réservoir de la libido. C'est évidemment à un point théorique essentiel que Freud touche ici. Il considère comme de nature sexuelle toute satisfaction des fonctions de base de la vie : ainsi, la satisfaction de la faim est-elle le modèle même de la satisfaction libidinale et cette satisfaction va être transférée à d'autres objets que le lait pour devenir sexualité orale, indépendante de toute nourriture. On comprend que le sein de la mère, en tant qu'objet apaisant la faim, devient un objet sexuel. Cependant, cet objet justement n'est pas, pour le bébé, différencié au début de lui-même, et l'enfant se prend donc alors lui-même comme objet d'amour : c'est ce que Freud considère comme l'étape du narcissisme et, quand le développement psychique se déroule normalement, la libido orale pourra être investie dans des objets extérieurs ; dans le cas contraire, elle reste dirigée sur le moi, par cet attachement très archaïque de l'enfant, antérieur à la différenciation entre son corps et le sein. Ce que l'enfant doit apprendre, c'est qu'il y a une limite entre son corps et celui de sa mère.

À la suite de ces considérations sur le moi, Freud propose une nouvelle topique, une nouvelle représentation de l'appareil psychique, structuré en trois autres éléments :

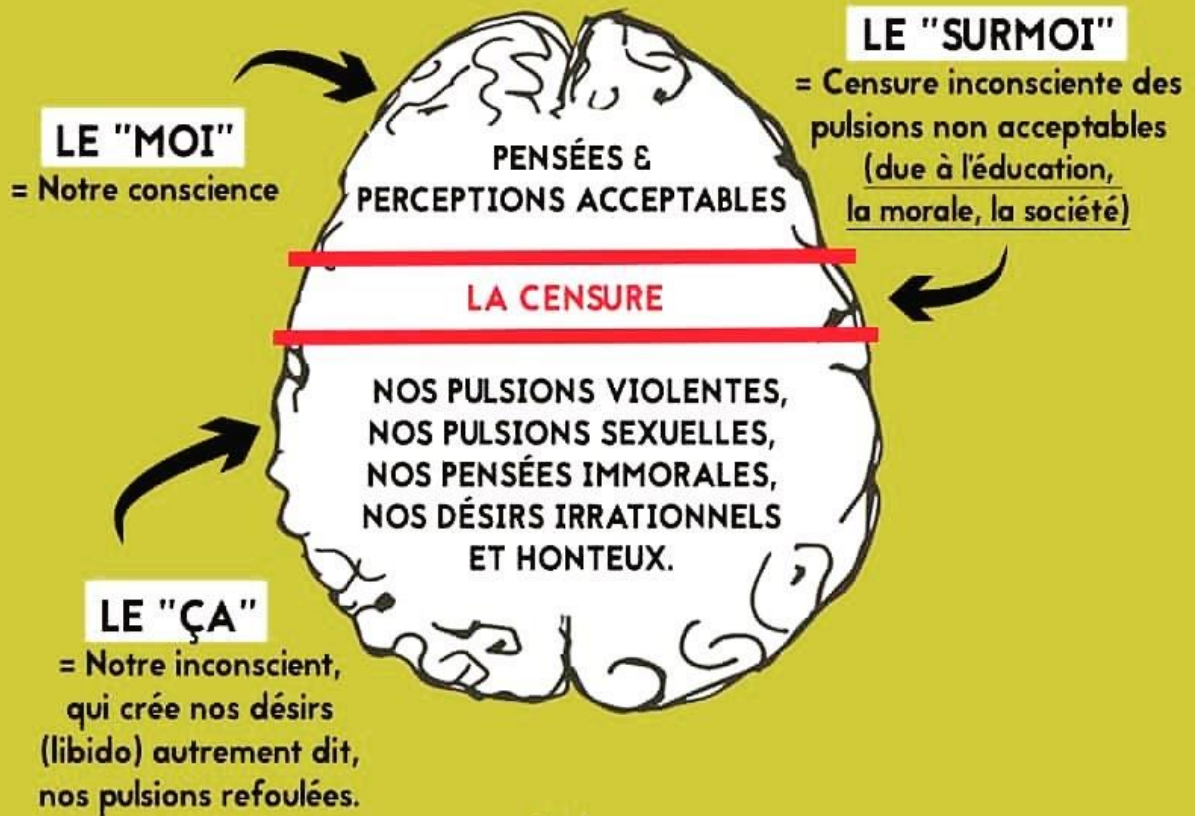
- Le moi, qui est dès lors plus que la conscience même s'il conserve une fonction défensive ; il est en partie inconscient, en partie investi d'énergie libidinale ;
- Le surmoi, qui représente la conscience morale, des forces dont les fonctions sont l'interdit, la censure ;
- Le ça, terme emprunté à Nietzsche pour désigner l'indicible, l'archaïque pulsionnel.

Cependant, cette nouvelle conception apparaît vite articulée à un problème thérapeutique : Freud dit rencontrer chez ses patients une « réaction thérapeutique négative », dont il fait l'hypothèse qu'elle est le fruit de pulsions de destruction qui imposent aux patients une répétition de leurs symptômes « la compulsion de répétition ». En fait, il se trouve confronté à des névrosés « pas ordinaires », chez lesquels le conflit fondamental entre la conscience et les désirs à l'égard des objets parentaux est marqué profondément par des traumatismes graves. Tout semble en effet se passer comme si la levée du refoulé au cours de l'analyse ne parvenait pas à atteindre les couches profondes du fonctionnement pulsionnel du moi, à atteindre la couche fondamentale du narcissisme primaire. Si c'est le cas, l'analyste ne peut pas faire appel au moi de son patient pour lui faire entendre des problèmes inconscients, justement parce qu'une partie du moi est inconsciente et ses résistances avec elle. Freud est alors devant un échec pratique.

Freud dira que nos expériences de vie réelles ou imaginaires de l'enfance impacteront dans nos fonctionnements d'adulte. Ce qui se vit de façon consciente ou inconsciente s'organise autour de notre appareil psychique composé du ça, du surmoi et du moi. Et en fonction de ce qui les constituent, de la façon dont ils se sont créés (environnement, relations aux figures parentales, traumatismes, frustrations, conflits) de la manière dont ils cohabitent, l'individu pourra expérimenter sa structure psychique qui est et restera soit névrotique soit psychotique soit états limites. Il ne sera pas pour autant « malade » cependant face à des épreuves émotionnellement fortes, nous pouvons décompenser et voir

apparaître des mécanismes de défenses qui peuvent être sources de souffrance. En essayant de comprendre ce qui constitue notre psychique, nous pouvons prendre le contrôle et ne plus subir. En premier le ÇA, bien enfoui dans notre inconscient, réservoir de ce qui a de plus primitif en nous, nos désirs les plus dissimulés, le ÇA veut tout et tout de suite. Le SURMOI, lui aussi dans l'inconscient, prend le rôle du censeur, il agit en fonction des interdits parentaux, ce qui se fait et ce qui ne se fait pas. Et pour finir le MOI, qui trouve sa place dans le conscient mais pas que et qui a la fonction d'équilibre entre les interdits du surmoi et les pulsions du ça, nous permettant ainsi d'être nous dans le monde qui nous entoure. En bref, samedi nous sommes invités à la plus grande fête de l'année et lundi matin nous avons un examen important à la première heure. Le ÇA dit «trop bien, j'y vais ,ça va être trop l'éclate». Le SURMOI pensera «je vais être trop fatigué, ce n'est pas raisonnable, c'est mon avenir qui est en jeu» .Pendant que le MOI tranchera par un compromis «je ne bois pas trop, je rentre à 2h, je dors jusqu'à 10h et ensuite je bosse». C'est ce qui se passe à longueur de temps, une discussion interne de nous avec nous. Faire appel à un professionnel permet une prise de recul, d'y voir plus clair, d'accepter ce que nous sommes en avançant dans la direction que nous choisissons.

COMMENT FONCTIONNE NOTRE PSYCHISME : L'HYPOTHÈSE DE L'INCONSCIENT CHEZ FREUD



Le processus analytique est long, car le désir œdipien demeure insatiable. Le transfert possède un prix émotionnel : la dépression qui résulte de l'abandon de l'idéal de la toute-puissance infantile- être plus fort que son père et coucher avec sa mère.

Les analyses durent en général plus de trois ans et peuvent quelquefois, sous formes de « tranches » successives avec différents analystes, devenir l'affaire de toute une vie.

Les résultats

Le but de la psychanalyse est-il l'amélioration du fonctionnement de l'individu ou d'un ensemble de symptômes anxieux ou dépressifs ou psychotiques, ou simplement une enquête d'une durée indéfinie qui permettrait éventuellement à l'individu d'atteindre une certaine vérité sur lui-même ? Les travaux publiés à cet égard sont peu explicites et contradictoires.

Freud, dans un essai rédigé à la fin de sa vie, *Analyse terminée et analyse interminable*, a proposé des critères. Il commence par affirmer sur un mode humoristique : « Une analyse se termine quand l'analyste et le patient cessent de se rencontrer l'un l'autre pour des séances. » Ce qui pourrait vouloir dire, de manière technique, lorsque le psychanalyste et le patient ont analysé ce qui doit conduire l'analyse vers son terme.

Freud ajoute de façon plus sérieuse que deux conditions devraient être remplies « approximativement » :

- Le premier critère est que le patient ne doit plus souffrir de ses symptômes et doit avoir dominé ses anxiétés et ses inhibitions. Sur cela, tout psychothérapeute ou médecin pourrait être d'accord.
- Deuxième critère : l'analyste doit juger que suffisamment de pensées refoulées ont été rendues conscientes, car suffisamment de résistances ont été vaincues. Enfin, il n'y a pas de besoin de redouter une répétition des processus pathologiques en cause. Si une difficulté extérieure ne permet pas d'atteindre ces buts, il vaut mieux parler d'une psychanalyse « incomplète » que d'une psychanalyse qui n'a pas été terminée. Rien ne dit, dans ce texte, ce qui pourrait permettre de mesurer ce qui est suffisant ou non. Il faut noter que le patient n'est pas le juge de la fin de son analyse, mais que le jugement de l'analyste s'avère, selon le père de la psychanalyse, le critère général de réussite et de fin du traitement. On est là dans le domaine de l'opinion

autoautorisée d'un sujet psychanalyste supposé savoir ce qu'il y a de mieux pour l'autre.

- Un troisième critère plus ambitieux est également proposé : l'analyste aurait eu une influence si profonde sur le patient qu'il n'y a pas de changements supplémentaires à attendre, en cas de poursuite de l'analyse. Il importe de noter encore, qu'il s'agit de l'influence d'une personne sur une autre et non pas d'un travail en commun. À cette époque, il semble qu'on distingue mal le travail en collaboration, d'une part, de la persuasion par une autorité forcément bonne d'autre part. Sans doute faut-il y voir les effets de l'image mandarinale des médecins de l'époque sur leurs patients. En cela, Freud met ses pas dans ceux de son maître tant admiré, Charcot, au fort pouvoir suggestif. Ce critère semble issu du champ social d'une époque. Simplement, les psychanalystes devraient se souvenir de ce passage quand ils critiquent l'hypnose ou les autres formes de psychothérapies, lorsqu'elles utilisent le « cuivre de la suggestion » plutôt que « l'or pur de la psychanalyse ».
- Freud propose un quatrième critère encore plus ambitieux et encore plus mal défini : il serait possible d'atteindre un niveau de normalité psychique absolue, qui resterait stable comme si l'on avait réussi à résoudre chacun des refoulements du patient et à remplir tous les trous de sa mémoire. Dans ce cas, on assisterait à ce que nous appelons aujourd'hui une « prévention des rechutes ou des récidives du trouble traité ». Ce serait donc la fameuse guérison que peut apporter la psychanalyse. Ce critère est fondé sur la mise au jour des souvenirs enfouis, ce que font beaucoup plus vite et sans recours à la théorie et à la méthode psychanalytique des méthodes brèves, comme les thérapies cognitivo-comportementales TCC, qui, elles, ont été testées dans des études contrôlées.

Technique de l'association libre

Méthode qui consiste à exprimer sans discrimination toutes les pensées qui viennent à l'esprit, soit à partir d'un élément donné (mot, nombre, image d'un rêve, représentation quelconque), soit de façon spontanée.

Comme le montrent les Études sur l'hystérie, la libre association se dégage de méthodes préanalytiques d'investigation de l'inconscient qui recouraient à la suggestion et à la concentration mentale du patient sur une représentation donnée ; la recherche insistante de l'élément pathogène s'efface au profit d'une expression spontanée du patient.

Parallèlement, Freud utilise le procédé de libre association dans son autoanalyse et particulièrement dans l'analyse de ses rêves. Ici, c'est un élément du rêve qui sert de point de départ à la découverte des chaînes associatives menant aux pensées du rêve.

Le terme « libre » dans la formule « libre association » appelle les remarques suivantes :

- On peut tenir le déroulement des associations pour « libre » dans la mesure où ce déroulement n'est pas orienté et contrôlé par une intention sélective. Cette « liberté » s'accroît dans le cas où aucun point de départ n'est fourni. C'est en ce sens qu'on parle de règle de libre association comme synonyme de règle fondamentale.
- En fait, liberté n'est pas à prendre au sens d'une indétermination : la règle de libre association vise d'abord à éliminer la sélection volontaire des pensées, soit, selon les termes de la première topique freudienne, à mettre hors du jeu la seconde censure (entre le conscient et le préconscient). Elle révèle ainsi les défenses inconscientes, à savoir l'action de la première censure (entre le préconscient et l'inconscient).

Technique de la décharge émotionnelle (catharsis)

- Méthode de psychothérapie où l'effet thérapeutique recherché est une « purgation » (catharsis), une décharge adéquate des affects pathogènes. La cure permet au sujet d'évoquer et même de revivre les événements traumatiques auxquels ces affects sont liés et d'abrégir ceux-ci.
- Le terme catharsis est un mot grec signifiant purification, purgation. Il a été utilisé par Aristote pour désigner l'effet produit chez le spectateur par la tragédie : « La tragédie est l'imitation d'une action vertueuse et accomplie qui, par le moyen de la crainte et de la pitié, suscite la purification de telles passions »

Transfert et contre- transfert

- **Le transfert** désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique.
- Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. C'est le plus souvent le transfert dans la cure que les psychanalystes nomment transfert, sans autre qualificatif.
- **Le contre- transfert** est ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci.
- C'est en de très rares passages que Freud fait allusion à ce qu'il a nommé contre-transfert. Il y voit le résultat de « l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin » et souligne qu'« aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le lui permettent », ce qui a pour corollaire la nécessité pour l'analyste de se soumettre à une analyse personnelle.

L'interprétation

- Dans la cure, communication faite au sujet et visant à le faire excéder à ce sens latent selon des règles commandées par la direction et l'évolution de la cure.
- C'est l'attitude freudienne à l'égard du rêve qui a constitué le premier exemple et le modèle de l'interprétation. Les théories « scientifiques » du rêve tentaient de rendre compte de celui-ci comme phénomène de la vie mentale en invoquant une baisse de l'activité psychique, un relâchement des associations ; certaines définissaient bien le rêve comme une activité spécifique, mais aucune ne prenait en considération son contenu et a fortiori le rapport existant entre celui-ci et l'histoire personnelle du rêveur. En revanche, les méthodes d'interprétation du type « clé des songes » (Antiquité, Orient) ne négligent pas le contenu du rêve et lui reconnaissent une signification. En ce sens, Freud déclare se rattacher à cette tradition. Mais il fait porter tout l'accent sur l'insertion singulière du symbolisme dans la personne et, en ce sens-là, sa méthode se détourne des clés des songes
- L'interprétation, pour Freud, dégage, à partir du récit que fait le rêveur (contenu manifeste), le sens du rêve tel qu'il se formule dans le contenu latent auquel conduisent les libres associations. La visée dernière de l'interprétation est le désir inconscient et le fantasme dans lequel celui-ci prend corps.
- Bien entendu, le terme d'interprétation n'est pas réservé à cette production majeure de l'inconscient qu'est le rêve. Il s'applique aux autres productions de l'inconscient (actes manqués, symptômes, etc.) et plus généralement à ce qui, dans le dire et le comportement du sujet, porte la marque du conflit défensif.

Les psychothérapies psychanalytiques (ou psychodynamiques)

À partir de la cure type décrite par Freud et appliquée aux névroses de transfert, deux types de variations ont eu lieu :

- Des variations quant aux bases théoriques de la psychanalyse ;
- Des variations quant aux indications et à la conduite de la cure.

Les variantes théoriques

Beaucoup de psychanalystes, élèves ou successeurs de Freud, ont apporté des modifications conceptuelles et techniques à la psychanalyse. Citons par exemple Sandor Ferenczi, Wilhelm Reich, les chefs de file de la psychanalyse américaine tels que Lowenstein, Kriss et Hartmann, ou encore en France Jacques Lacan. Mais, d'emblée, deux psychanalystes se sont écartés de Freud et ont suivi leur voie propre : il s'agit de Carl Gustav Jung et d'Alexandre Adler. Comme ils ont été en opposition à Freud de son vivant, on peut dire qu'ils sont entrés en dissidence.

La dissidence

Carl Gustav Jung (1875-1961) a forgé une méthode qu'il nomma « psychothérapie analytique ». Les deux points théoriques sur lesquels il insiste sont, d'une part, l'**analyse du caractère**, d'autre part la notion d'**inconscient collectif**.

L'analyse du caractère que propose Jung réside essentiellement dans la description des **caractères introvertis** et des **caractères extravertis**. Cette approche descriptive va le conduire à employer une technique qui tient compte du fonctionnement adaptatif du patient et qui part du symptôme. Il est le premier à parler de « psychothérapie brève ».

L'inconscient collectif est fondé sur la notion d'archétype, c'est-à-dire de « complexes innés » qui sont le fond transculturel de l'humanité. La lecture des

mythes offre une base idéale à l'approche de cet inconscient collectif. Le symbole et l'image sont, pour Jung, au premier plan de son investigation de l' « âme » humaine. Sa technique est plus hétéroclite que celle de Freud, mais il introduit des modalités expressives intéressantes, comme le dessin, le modelage, la retranscription de ses rêves par le patient, etc. Les séances ont lieu en face à face. Les interventions métaphoriques de l'analyste lui donnent un poids suggestif important.

Alexandre Adler (1870-1937) a développé une méthode appelée « psychologie individuelle et comparée ». Il a introduit certains concepts très utiles, par exemple le célèbre **processus de compensation**, versant positif du « complexe d'infériorité », terme également largement diffusé dans la psychologie populaire. La méthode thérapeutique d'Adler, qui a adopté une perspective d'adaptation de l'individu à son milieu (famille, société), est davantage une psychopédagogie qu'une psychothérapie. La prise en compte des échecs, du complexe d'infériorité du patient, doit s'accompagner d'efforts pour le ramener à un niveau d'aspiration plus réaliste (éviter les surcompensations), et lui permettre de corriger son évaluation de la réalité, de la référence sociale.

Les variantes techniques

Les variantes techniques ont pour rôle d'adapter la cure analytique aux patients, à leurs demandes et leurs besoins. Toutefois ces variantes restent de la psychanalyse, et sans doute l'aiguillonnent et la renouvellent.

Contraintes sociales et cliniques

La pratique de la cure dite « type » est beaucoup moins répandue aujourd'hui. Les psychanalystes sont en effet amenés à rencontrer des patients très divers dans leur pathologie et leur demande. Ces problématiques variées conduisent à des prises en charge qui sont également diversifiées, ceci dans un contexte social qui n'est guère favorable aux psychanalystes. Mais, au-delà de

considérations sociologiques pourtant très importantes, certains arguments cliniques obligent parfois à infléchir la ligne directrice habituelle de la cure psychanalytique. Ces arguments sont souvent exprimés, de façon intuitive et peu construite, par le patient lui-même qui refuse la cure type « parce que ça l'angoisse » ; « c'est trop long » ; « il ne peut pas concevoir de s'allonger pour parler », etc. Ils peuvent être entendus d'une autre façon par le psychanalyste, lors des entretiens préliminaires au début de la cure dont on voit alors tout l'intérêt. Il peut s'agir de circonstances cliniques : le patient est dans un état dépressif grave qui inhibe l'ensemble de ses capacités d'expression ; ou bien, il présente une impulsivité telle que la temporalité de la cure, le relâchement que celle-ci impose sur le divan ne peut convenir à quelqu'un qui passe son temps à essayer de se contrôler et qui vit une impatience permanente. Il peut s'agir aussi de situations particulières (urgences, poids des difficultés réelles) qui peuvent faire obstacle à la mise en œuvre d'une psychanalyse type, et amener le praticien à proposer une psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

Les aménagements

Certains éléments diffèrent par rapport à la psychanalyse type.

La psychothérapie a lieu en face à face. Ce cadre spatial maintient le sentiment de la présence du psychothérapeute et limite donc les mouvements régressifs. En effet, la présence visible de l'autre renvoie le patient à sa propre présence physique, à ses coordonnées corporelles actuelles.

Les mouvements transférentiels, en revanche, ne sont pas forcément limités par le face à face, d'autant que le versant imaginaire du transfert trouve à s'alimenter dans les réactions émotionnelles, gestuelles, les mimiques du psychothérapeute. On parle plus souvent, dans ce type de psychothérapie, d'« alliance thérapeutique » que de transfert.

La référence à l'actualité de la vie du patient limite également le transfert. Le travail s'établit sous forme d'aller et retour entre les souvenirs, résurgences, répétitions et le vécu d'aujourd'hui, ce va-et-vient étant une des techniques les plus spécifiques de ce type de psychothérapie.

Cette technique respecte par ailleurs les références psychanalytiques majeures : le sujet est structuré dans et par son histoire spécifique ; le caractère atemporel de l'inconscient justifie l'entreprise psychothérapique qui consiste en un remaniement après coup du déjà vécu. Toutefois les liens associatifs qui soutiennent la pensée consciente sont envisagés ici sur un mode plus conversationnel que dans la cure type, et donc limitent la libre association, ce qui est rassurant pour le patient. D'autres aspects différentiels tiennent dans le fait qu'il n'y a pas un terme fixé d'avance et que la finalité n'est pas uniquement symptomatique : en pratique, les patients vont souvent s'aventurer au-delà du « seuil symptomatique », pousser l'exploration d'eux-mêmes, alors qu'ils pouvaient se considérer comme guéris.

L'allure conversationnelle de ces thérapies produit un effet particulier d'objectivation des phénomènes psychiques. Cet effet est inverse de la « possession par l'inconscient » qui se produit chez l'analysant lors de la cure type. Il favorise certains types de défense, comme la dénégation ou le clivage, et conforte sans doute certains refoulements. Ces limites reconnues sont intéressantes à certains âges de la vie ; les adolescents trouvent particulièrement leur compte dans ce type de psychothérapie.

Michael Balint a même essayé de formaliser le contenu de la thérapie en structurant la séance par une fiche que devait remplir le thérapeute après chaque séance. En voici le contenu :

- A. Attentes initiales ;
- B. Atmosphère de l'entretien et changements d'atmosphère :
contributions du patient et du thérapeute à ces changements ;
- C. Tendances et thèmes principaux de l'entretien ;

- D. Interventions psychothérapeutiques effectuées ;
- E. Interventions psychothérapeutiques pensées, mais non effectuées ;
- F. Sur quelle zone problématique se focalisaient les interventions du psychothérapeute ?
- G. Résultats de la séance ;
- H. Pensées après coup. (Balint M. & al., 1972)

Ce qui reste freudien ici, c'est la recommandation d'interpréter le transfert et d'entreprendre un programme destiné à accroître l'insight, autrement dit la prise de conscience. Pour ce faire, le psychothérapeute doit clarifier la nature des défenses, de l'anxiété et des pulsions dans trois domaines principaux : présent, passé et relation transférentielle. Le thérapeute aide le patient à établir des liens entre les trois domaines. Il est nécessaire d'interpréter de manière active et dès la première séance les aspects négatifs du transfert, en particulier la haine et l'agressivité à l'égard du thérapeute.

Freud sans divan

Un musicien célèbre, le chef d'orchestre Bruno Walter, a été traité par Freud. A la suite d'une cabale antisémite dont il faisait l'objet, il souffrait d'une crampe qui l'empêchait de lever le bras droit pour diriger son orchestre et de jouer du piano. Freud lui conseilla un voyage en Italie destiné à l'éloigner de la source de son anxiété. Ce séjour n'eut pas les résultats escomptés, d'autant qu'un tremblement de terre eut lieu.

Par la suite, à l'occasion de six séances, il lui conseilla de recommencer à diriger de manière progressive, tout en se concentrant sur la musique et non sur son bras et sans se soucier du résultat. Cette méthode d'exposition avec diversion d'attention et concentration sur le « flux » créatif s'avéra efficace. Là non plus, rien de novateur. Cette méthode avait été décrite par Pierre Janet dans les « médications psychologiques » (1919).

Bruno Walter dirigea des orchestres, sans difficulté, jusqu'à 80 ans et se déclara très satisfait du fait que Freud l'ait traité de manière pragmatique, alors qu'il s'attendait à un long périple sur le divan vers ses souvenirs d'enfance.

Ainsi, lorsque Freud cesse d'imposer le modèle de la psychanalyse à ses patients, il apparaît efficace, mais il n'en tire aucune leçon pratique.

Les résultats

Les thérapies psychanalytiques brèves ont été testées dans certaines indications, lors d'essais contrôlés peu nombreux (quatre au total). En outre, il existe plusieurs types de psychothérapie psychodynamique et toutes n'ont pas de manuel de référence, ce qui rend particulièrement difficile l'interprétation des effets thérapeutiques.

Un premier examen des résultats des essais contrôlés montre surtout des lacunes importantes. Il n'existe aucune étude valide dans des domaines comme les phobies spécifiques (ou simples), les phobies sociales, les toxicomanies, l'autisme infantile, l'anxiété et la dépression de l'enfant. Freud a construit sa théorie en partie sur le cas de « l'homme aux rats » (Cinq psychanalyses, 1909) Qui souffrait d'obsessions-compulsions, mais le résultat des thérapies analytiques dans ce trouble est négatif. Les résultats des travaux sur la schizophrénie sont entièrement négatifs et suggèrent même qu'il est dangereux d'utiliser la thérapie psychanalytique seule dans cette indication ; ces résultats sont même très inférieurs à ceux obtenus par les médicaments.

À aucun moment les thérapies psychanalytiques n'ont montré de supériorité sur d'autres formes de psychothérapies. Le fiasco est encore plus important dans les dysfonctions sexuelles, où elle s'avère inférieure aux thérapies cognitivo-comportementales dans une étude contrôlée (Obler M., 1973). En fin de traitement et un an et demi plus tard, l'étude rapporte 82% de guérison par la désensibilisation systématique contre 10% dans le groupe contrôle non traité, ainsi

que 10% dans le groupe de thérapie analytique. La thérapie comportementale était significativement supérieure à la liste d'attente et à la thérapie analytique sur toutes les mesures.

Cette étude est importante, car elle représente un test négatif du concept central de la psychanalyse qui prédit que la libération de pulsions, la mentalisation des conflits psychologiques autour du complexe d'œdipe apportent une vie sexuelle plus satisfaisante. Une thérapie qui se déroule tout autrement et avec d'autres principes donne de meilleurs résultats.

Les indications

L'indication dépend d'un certain nombre de conditions qui font des patients sélectionnés une élite. Chaque candidat à la psychothérapie psychanalytique doit remplir six critères :

1. Une motivation au changement ;
2. Une relation réciproque, confiante, et exempte d'immatunité, doit pouvoir s'établir avec le thérapeute ;
3. La force du moi et les capacités adaptatives, ainsi que l'intelligence doivent être suffisantes pour s'adapter au cadre de la psychothérapie ;
4. Des capacités à prendre conscience de ses problèmes et à l'introspection doivent exister ;
5. Le patient doit pouvoir exprimer ses émotions ;
6. Il doit être pris dans un conflit limité et facile à cerner, et qui entraîne des manifestations anxieuses et dépressives.

Si ces conditions ne sont pas remplies, les chances de succès sont faibles.

Efficacité de thérapies psychodynamiques ou psychanalytiques

Efficacité démontrée
1. Trouble de la personnalité
Présomption d'efficacité
1. Stress post-traumatique
2. Dépression
3. Attaques de panique
4. Anxiété généralisée

Les points forts et les points faibles

- Le point fort des thérapies psychanalytiques est leur brièveté et leur pragmatisme, ainsi que leur efficacité dans les troubles de la personnalité.
- Leur point faible est que leur démonstration d'efficacité est très limitée par rapport à leurs principaux concurrents –les thérapies comportementales et cognitives, la thérapie interpersonnelle et les thérapies familiales. Les indications apparaissent ainsi très restreintes.

Bibliographie

1. Balint M., Ornstein P. H. & Balint E., *Focal Therapy. An example of applied psychoanalysis*, Londres, Tavistock Publications, Lippincott, 1972.
2. Butler A. C., Chapman J. E., Forman E. M. & Beck A. T., The empirical status of Cognitive-Behavior Therapy. A review of metaanalyses, *Clinical Psychology Review*, 26, 2006.
3. Chambon O. & Marie-Cardine M., *Les bases de la psychothérapie*, Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 2003.
4. Cottraux J., *Choisir une psychothérapie efficace*, Odile Jacob, Paris, 2011.
5. Crocq L., L'approche cathartique : entre tradition et nouveauté, in *Manuel des psychothérapies complémentaires*, Dunod, Paris, 2012.
6. Gerber A. J., Kocsis J. H. & Milrod B. L., A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy, *Am. J. Psychiatry*, 168(1), p.19-28, 2011.
7. Laplanche J. & Pontalis J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 7^e édition, Paris, 1981.
8. Obler M., Systematic desensitization in sexual disorders, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, p. 93-101, 1973.
9. Parot F., Fouré L. & Demazeux S., *Les psychothérapies, Fondements et pratiques*, Belin, 2011.
10. Maina G., Rosso G. & Rigardetto S., No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression, *Psychother. Psychosom.*, 79, p. 295-302, 2010.
11. Meyer C., Borch-Jacobsen M., Cottraux J., Pleux D. & Van Rillaer J., *Le livre noir de la psychanalyse*, Les arènes, Paris, 2010.
12. Moro M. R. & Lachal C., *Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications*, Armand Colin, 2^{ème} édition, Paris, 2012.
13. Roussillon R., Sur l'opposition entre psychothérapie et psychanalyse, *Carnet Psy*, p.43-45, 2006.