



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Intitulé de la Licence : Sciences Sociales

Option : Psychologie Clinique

Support de cours de la matière

PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE

Dr HATEM

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Intitulé de la Licence : Sciences Sociales

Option : Psychologie Clinique

Intitulé du module : Psychothérapie individuelle

Présentation du cours :

- **Cours et TD : volume horaire : 42 heures**
- **Evaluation continue en TD**
- **Contrôle de connaissance écrit d'une durée de 1heure 30mn à 2heures en fin de semestre.**

Contenu du cours :

Introduction

Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

Définition générale

Les cibles de la psychothérapie

Les phases de la psychothérapie

Le thérapeute et la relation thérapeutique

Les aptitudes de base

Qu'est-ce qu'une psychothérapie efficace ?

La psychanalyse

Les psychothérapies psychanalytiques (ou psychodynamiques)

Les Thérapies comportementales et cognitives

Les psychothérapies humanistes

Bibliographie :

1. American Psychiatric Association, Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Washington DC, APA, 2^{ème} édition, 2006.
2. Balint M., Ornstein P. H. & Balint E., Focal Therapy. An example of applied psychoanalysis, Londres, Tavistock Publications, Lippincott, 1972.
3. 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.
4. Chambon O. & Marie-Cardine M., Les bases de la psychothérapie, Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 2003.
5. Chapelle F., Monié B., Poinot R. Rusinek S. & Willard M., Thérapies Comportementales et Cognitives, Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 2014.
6. Cottraux J., Les psychothérapies comportementales et cognitives, Masson, Paris, 1996.
7. Cottraux J., Choisir une psychothérapie efficace, Odile Jacob, Paris, 2011.
8. Crocq L., L'approche cathartique : entre tradition et nouveauté, in Manuel des psychothérapies complémentaires, Dunod, Paris, 2012.
9. Durham R. C., Chambers J. A., Power. K. G. & al., Long term outcomes of cognitive behaviour therapy in clinical trials in central Scotland, Health Technology Assessment, 9, 42, 2005.
10. Etkin A. & Wager T. D., Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, Social anxiety disorders and specific phobia, Am. J. Psychiatry, 164, 2007.
11. 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.
12. Obler M., Systematic desensitization in sexual disorders, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4, p. 93-101, 1973.
13. Parot F., Fouré L. & Demazeux S., Les psychothérapies, Fondements et pratiques, Belin, 2011.
14. 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.

15. Maslow A. H., Personality and Motivation, New York, Harper and Row, 2ème édition, 1970.
16. May P. R., Tuma A. H. & Dixon W. J., Schizophrenia: A follow-up study of results of treatment. I. Design and other problems, Arch. Gen. Psychiatry, 33, p. 474-478, 1976.
17. Meyer C., Borch-Jacobsen M., Cottraux J., Pleux D. & Van Rillaer J., Le livre noir de la psychanalyse, Les arènes, Paris, 2010.
18. Mirabel-Sarron C. & Véra L., L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Dunod, 2ème édition, Paris, 2004.
19. Moro M. R. & Lachal C., Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications, Armand Colin, 2ème édition, Paris, 2012.
20. Roussillon R., Sur l'opposition entre psychothérapie et psychanalyse, Carnet Psy, p.43-45, 2006.
21. Tarrier N. & Sommerfeld C., Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: A 5- year followup, Behavior Therapy, 35, p. 231-246, 2004.
22. Young M., Counseling methods and techniques. An eclectic approach, New York, Macmillan Publishing Company, 1992.

Documents fournis:

Polycopiés, textes à analyser, liste de thèmes d'exposés à réaliser et à présenter en TD.

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 autre :

- 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 (Chambon O. & Marie-Cardine M., 2003, p.7-9).

COTTRAUX (2011)

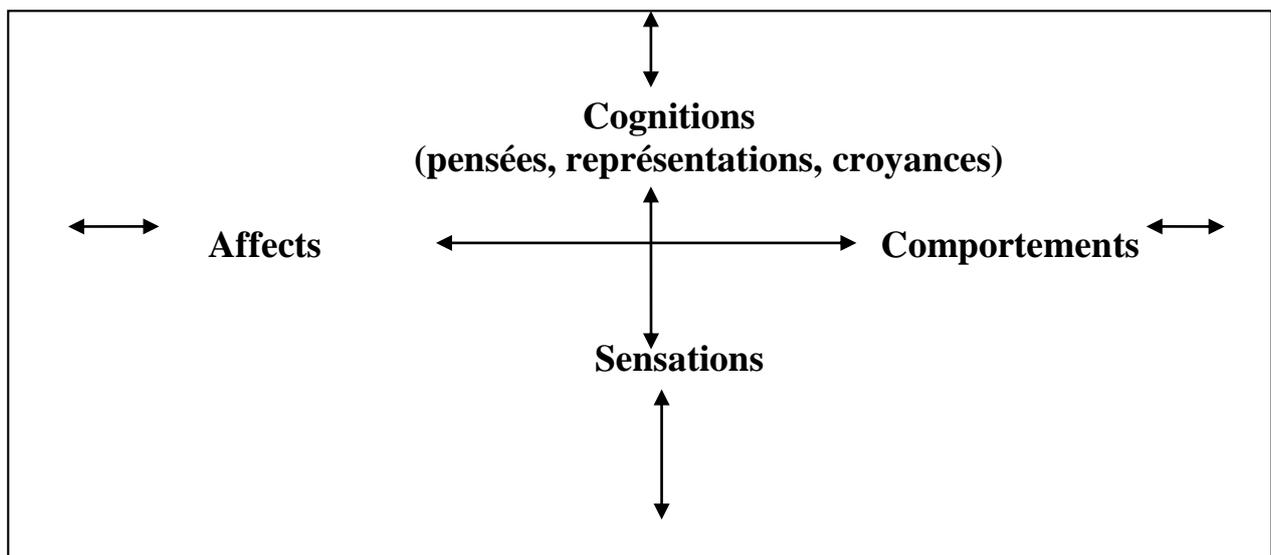
« La psychothérapie consiste en la mise en œuvre d'interventions psychologiques dont le but est de soulager une souffrance émotionnelle exprimée par un patient, un couple, une famille ou un groupe. Ces interventions se déroulent dans le cadre d'un contrat explicite de soins. Il s'agit d'un "traitement" 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 (cottraux J., 2011, p.28).

Les cibles de la psychothérapie

Toute psychothérapie agit sur l'une des cinq cibles du schéma suivant :

Cadre social et familial



Les différentes cibles du changement et leur interaction

Quelle que soit la cible initiale d'intervention, toute psychothérapie peut agir à deux niveaux vis-à-vis de celle-ci :

- Elle en accroît la conscience chez le sujet et développe les capacités d'auto-observation de ce dernier ;
- Elle implique le sujet dans de nouvelles expériences dans et hors des séances et le conduit à s'exposer à ce qui était craint et évité.

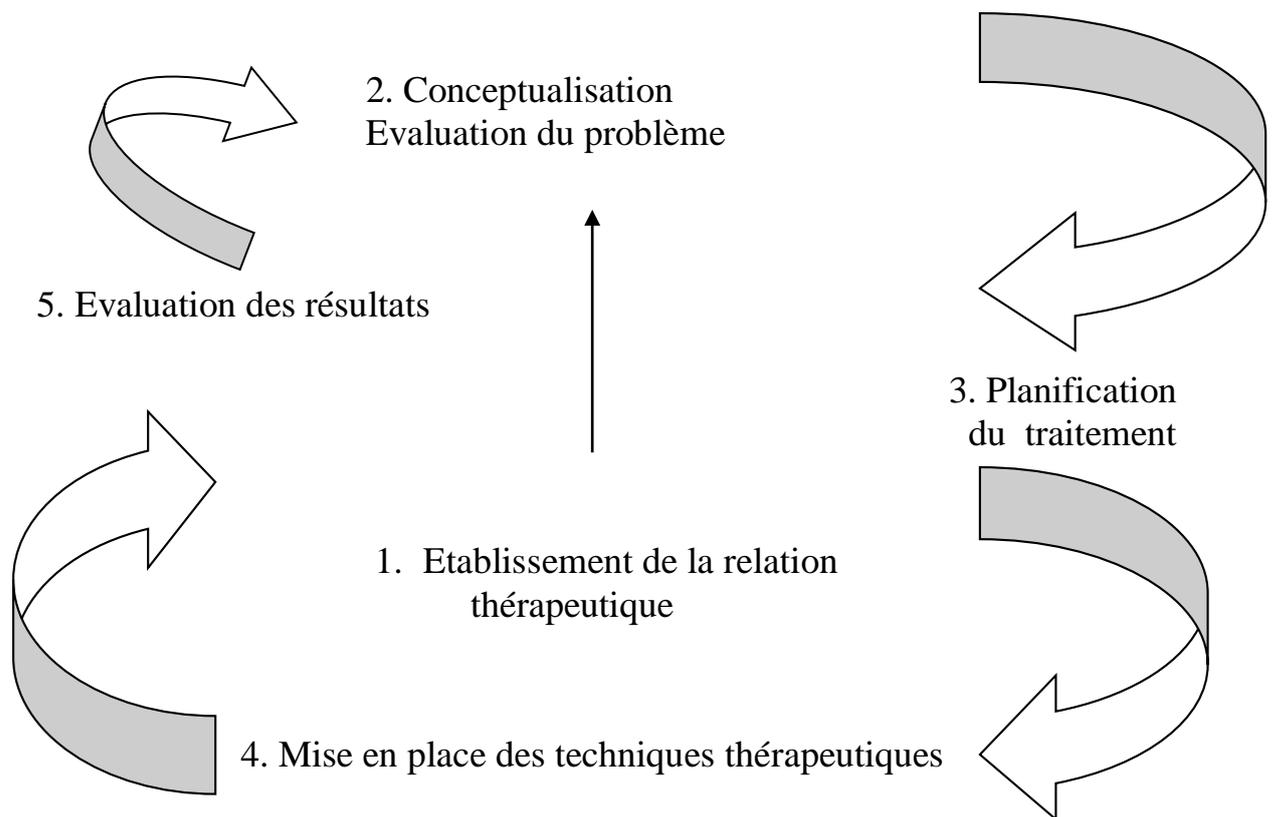
Le premier point correspond aux psychothérapies « découvrentes » (Gestalt, psychothérapies psychodynamiques). L'un des objectifs principaux de ces thérapies consiste à indiquer au patient une méthode et des objets d'auto-observation, de façon à ce qu'il puisse simultanément ressentir ses troubles et, en même temps, être en position d'observation vis-à-vis de ce qui se passe en lui. Il peut, ainsi, progressivement, devenir de plus en plus conscient des courants affectifs qui le traversent et des mécanismes de défense qui l'isolent de lui-même ou des autres.

A partir de cela, il connaîtra une « neutralité bienveillante » envers lui-même, qui lui permettra d'observer tout ce qui se passe en lui, sans se condamner ou se culpabiliser.

Le deuxième point des thérapies qui n'ont pas pour objectif prioritaire d'être découvrentes (thérapies comportementales par exemple) agissent au deuxième niveau (nouvelles expériences relationnelles, nouvelles significations, exposition)(Chambon O. & Marie-Cardine M., 2003).

Les phases de la psychothérapie

Même si les façons de procéder, les références théoriques, les techniques, et les objectifs des psychothérapeutes sont très variés, le cours d'une psychothérapie se décompose en différentes phases, se suivant dans un ordre relativement fixe mais avec une importance variable accordée à chacune d'entre elles selon l'orientation du thérapeute.



Les différentes étapes de la psychothérapie (Young M., 1992)

Tout commence par l'établissement de la relation thérapeutique préalable nécessaire mais aussi moyen d'action thérapeutique, pour aboutir à une conceptualisation et évaluation des problèmes, précédant toute intervention technique spécifique.

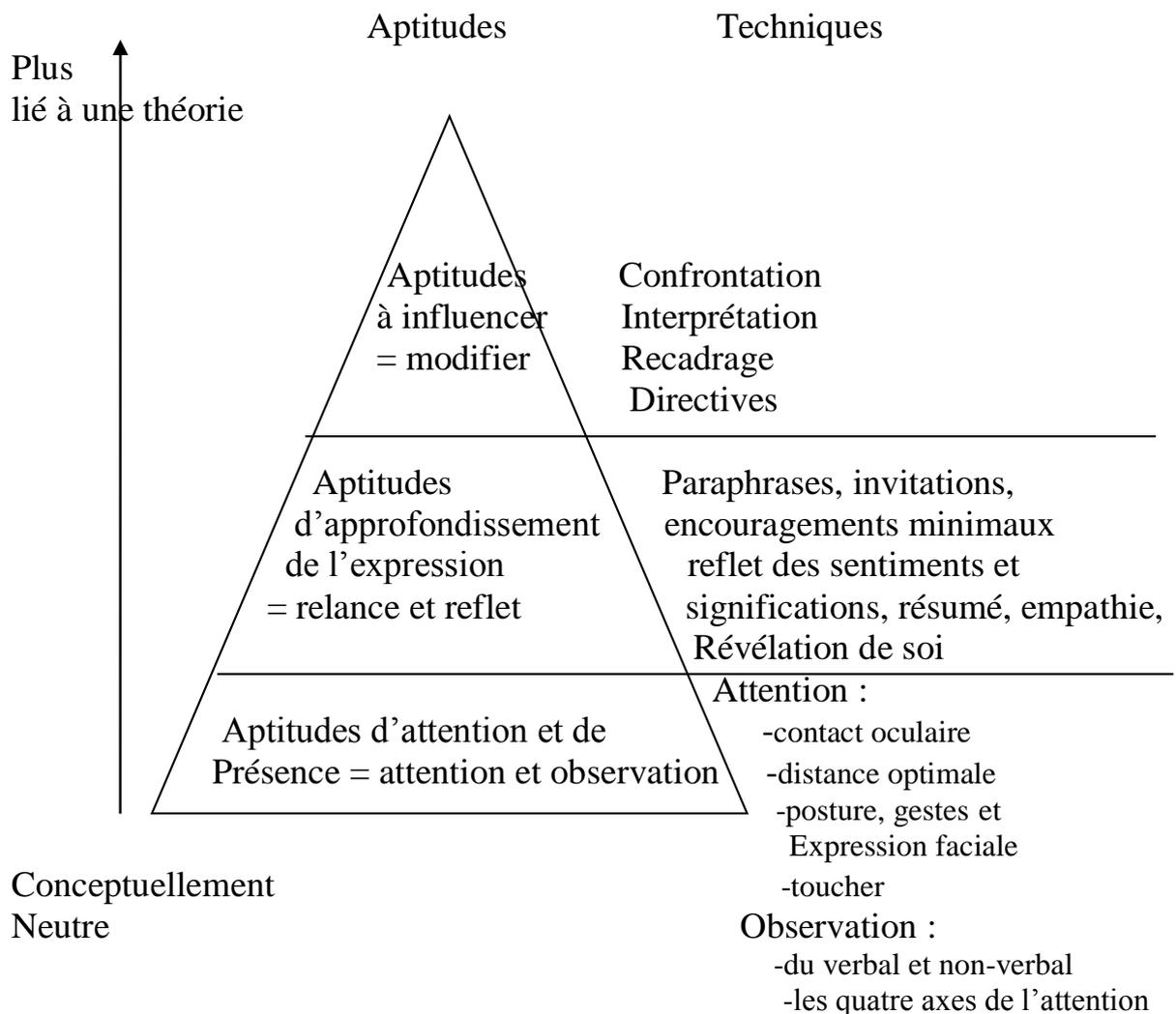
On suit le cheminement « relation- compréhension- intervention »

On peut dire que c'est seulement lorsque le patient est motivé, l'alliance thérapeutique suffisamment bonne, les phénomènes transféro-contre-transférentiels précoces régulés, la problématique du patient bien conceptualisée et comprise, un accord trouvé conjointement sur l'objectif thérapeutique principal, qu'une intervention par des techniques spécifiques peut prendre place.

Le thérapeute et la relation thérapeutique

Les aptitudes de base

On utilise de manière assez automatique ces aptitudes et attitudes de base lors des premières rencontres avec le patient, mais ensuite le thérapeute doit savoir adapter son style relationnel et ses interventions techniques en fonction des caractéristiques de son patient.



Modèle hiérarchique du développement des habiletés psychothérapeutiques

Ce modèle présente les diverses habiletés thérapeutiques sous forme d'une séquence hiérarchique d'apprentissages à effectuer. Les aptitudes indiquées à la base du triangle constituent celles à acquérir (par le thérapeute) ainsi qu'à utiliser (en séance) le plus précocement, celles du sommet correspondent à des habiletés dont l'apprentissage et l'emploi seront plus tardifs.

Les aptitudes d'attention et d'observation

Il s'agit ici de manifester de l'attention (sous forme principalement non-verbale) pour que le patient perçoive l'intérêt du thérapeute.

- Maintenir le contact oculaire : le contact oculaire est le premier et plus important indicateur d'écoute et d'implication. Un contact

oculaire trop fixe peut être déconcertant et devrait être interrompu de manière naturelle et intermittente.

- Maintenir une distance physique adéquate : La distance peut varier, mais elle est habituellement d'1M50, thérapeute et patient face à face et non séparés par un bureau. Cette distance est à moduler selon l'effet que l'on veut obtenir.
- La posture : On doit aboutir à une « posture d'implication ». C'est une attitude relaxée mais alerte, qui communique implicitement le message suivant : « Je suis à l'aise avec moi-même, et j'ai du temps pour vous écouter ».
Par contre le thérapeute qui se vautrerait sur son siège pourrait renvoyer un message d'implication insuffisante, voire de négligence. Se pencher légèrement en avant lors des moments importants ou chargés émotionnellement traduit l'intérêt et la volonté de venir en aide. Une posture « ouverte », sans bras ni jambes croisés semble encourager un comportement moins défensif chez le patient.
- Les gestes et l'expression faciale : l'expression faciale peut être modérément réactive aux émotions du patient, montrant ainsi l'attention du thérapeute. Certains gestes peuvent distraire le patient. Se ronger les ongles, jouer avec un stylo peut être interprété par le patient comme de l'anxiété, de l'impatience ou, du désintérêt.
- Toucher le patient : Le toucher peut constituer un puissant vecteur relationnel et émotionnel. Oui mais pas n'importe quel toucher, pas chez n'importe quel patient, ni à n'importe quel moment.

L'observation

L'observation peut porter sur le verbal et le non-verbal. Le contenu verbal peut parfois apparaître comme en désaccord, en incongruence avec le comportement non-verbal, et le thérapeute pourra être amené à tenter de clarifier ce phénomène. L'observation du langage corporel (posture, gestes, mimiques, etc.) permet parfois de détecter des émotions, des changements brusques de l'humeur, l'apparition de préoccupations, d'une gêne ou d'une résistance qui ne transparaissent pas dans l'examen du contenu verbal.

Freud aurait vite remarqué le patient qui, tout en parlant d'un ton calme, manipule nerveusement son alliance, et l'aurait exploité comme un matériel significatif.

Aptitudes de relance

Ces aptitudes aident le patient à se sentir libre de parler de lui, dans une ambiance non coercitive (pas désagréable), sans manipulation, ni jeu.

➤ **Les « invitations »**

Il s'agit d'une invitation à parler. Elle signale la disponibilité de la part de celui qui écoute. C'est habituellement une demande positive, sans notion de jugement, qui est faite durant la phase initiale de contact. Elle peut inclure des observations de la part du thérapeute : « J'ai l'impression que vous êtes abattue ce matin (observation). Voulez vous en parler ? » « Qu'avez-vous à l'esprit ? »

➤ **Les encouragements minimaux**

Ce sont des réponses verbales très brèves, qui communiquent l'intérêt et l'implication, mais qui laissent le patient déterminer la direction de la conversation. Elles communiquent simplement le fait que celui qui écoute suit bien. Elles sont souvent accompagnées d'un hochement approuvateur de la tête. Quelques exemples : « Je vois » « Oui » « D'accord » « Hmm » « Je vous suis » « Je comprends ».

➤ **Les questions ouvertes**

Il y a deux types de questions, ouvertes et fermées.

Les questions fermées demandent une information spécifique et entraînent généralement une réponse factuelle brève (parfois même un simple oui ou non).

La question ouverte permet plus de liberté dans l'expression. Cette dernière permet ainsi une utilisation moins fréquente des questions, interrompant moins le processus d'écoute et respectant le besoin naturel du patient de raconter ses histoires ou d'expliquer sa vie, surtout au début.

Exemple : Question fermée :

Thérapeute : Êtes-vous marié ?

Patient : non, divorcé

Question ouverte :

Thérapeute : Pouvez-vous me dire comment vous et vos parents avez pu composer avec vos différences ces temps-ci ?

Patient : Eh bien en fait, on n'y a pas réussi. On ne se dispute pas mais on ne parle pas non plus. On coexiste juste.

➤ **Le silence attentif**

Permettre l'existence de moments de silence donne des temps de réflexion au patient et du temps pour élaborer au thérapeute. Le silence est souvent la réponse la plus appropriée à la révélation de pertes. Il vaut bien mieux que le thérapeute se retire dans un silence attentif de manière à être présent sans interférer. Finalement, le silence est surtout efficace pour inciter le patient à se découvrir.

Aptitudes de reflet

Ces aptitudes communiquent aussi un sentiment de compréhension, le terme reflet signifie répéter au patient ses pensées ou sentiments avec des mots différents, d'une manière qui communique une réelle compréhension, en soulignant la signification profonde qu'il tente d'exprimer. Le reflet possède quatre fonctions en thérapie :

1. Il fournit un moyen verbal de communiquer l'empathie ;
2. Il agit comme un miroir qui permet à la personne de confirmer ou invalider l'impression qu'il donne ;
3. Il stimule une exploration plus poussée de ce que la personne expérimente ;
4. Il maintient la communication sur la bonne piste.

Le paraphrasage

Cette technique reformule le message de base, dans les termes de celui qui écoute. Cette reformulation en retour se centre sur le contenu du message que sur les émotions de la personne.

Le paraphrasage est utilisé dans deux buts : premièrement, lever le sentiment de confusion que peut éprouver le thérapeute, et, deuxièmement, répéter certaines pensées, intentions ou certains comportements qui étaient contenus dans les dires du patient.

Exemple :

Patient : J'ai pris trois médicaments venant de trois médecins différents. Bien sûr, j'ai arrêté d'en prendre deux tout de suite. Mais c'était avant l'opération et maintenant je prends aussi des antalgiques. Pensez-vous que je devrais arrêter de boire avec tous ces médicaments ?

Réponse : (Paraphrase visant à diminuer la confusion du thérapeute vis-à-vis du contenu) : D'accord, arrêtons-nous là pour un moment. En ce moment vous prenez un médicament en plus des antalgiques et vous buvez aussi de l'alcool ?

Le reflet de sentiments

Cette technique est identique au paraphrasage, sauf que, cette fois-ci, l'accent est mis sur les sentiments plus que sur le contenu (pensées, idées, comportements et intentions). Le thérapeute y exprime dans ses propres mots une description des sentiments évoqués ou impliqués par les dires ou les comportements du patient. Cette technique possède plusieurs vertus :

- Le patient devient plus facilement conscient de ses émotions liées à un sujet précis. Par exemple, le thérapeute peut faire une réflexion du genre « Je peux vous dire que vous êtes très en colère vis-à-vis de cela ». La réponse du patient peut refléter sa surprise, « Oui ! je suppose que je le suis ». Un tel reflet étant fait de manière non évaluative, sans jugement aucun, il communique une compréhension des sentiments (colère, culpabilité, tristesse) alors que le patient pouvait croire qu'il n'était pas correct d'éprouver ces émotions.
- Un deuxième effet de cette technique est d'amener le patient à des niveaux de plus en plus profonds de révélation de soi. Un reflet adéquat centre le patient sur ses émotions et lui apprend à en devenir conscient et à les rapporter à quelqu'un. Même si le reflet n'est pas entièrement juste, le patient corrigera lui-même et pourra ainsi révéler le sentiment réel qui l'habite.

Le reflet de significations

Le thérapeute reformule l'impact personnel d'un événement décrit par le patient. Cette technique implique parfois l'utilisation d'intuitions ou d'hypothèses. La formule utilisée pour refléter les significations est : « Vous ressentez (émotion) à propos de (fait) parce que (signification pour le patient) ».

Par exemple :

« Vous vous sentez découragé (sentiment) du fait que votre proposition ait été rejetée (fait) parce que cela a représenté beaucoup de travail et une cause qui est très importante pour vous (signification pour le patient) »

Le résumé

C'est une formulation qui lie ensemble les thèmes et sentiments principaux évoqués par le patient en les récapitulant de manière concise. Un résumé peut se faire en début, en milieu, ou en fin de séance. Un résumé se focalise sur les points principaux évoqués dans le discours du patient, il récapitule le contenu,

les sentiments et les significations ; il souligne les thèmes qui ont sous-tendu la séance.

Il rassure le patient sur le fait que le thérapeute a écouté, qu'il a été capable d'assimiler tout ce qui lui a été dit. Le résumé aide aussi le patient à dégager un sens général à partir d'un ensemble de pensées et de sentiments évoqués de façon embrouillée tout au cours d'une séance.

L'empathie

L'empathie est une notion centrale pour l'activité de psychothérapeute. Elle réunit trois composantes :

1. Comprendre le point de vue et les émotions de l'autre ;
2. Faire éprouver cette compréhension (par les techniques de reflet des sentiments et des significations) ;
3. Rester soi-même.

L'empathie est l'outil psychologique le plus important à la disposition du thérapeute. Sa mise en œuvre est liée à l'écoute conçue comme une aptitude à s'immerger dans le monde d'un autre être humain ; à se permettre d'entrer en résonance avec les messages parlés, et plus important encore, non-dits, et à être conscient de ses propres sentiments, images, fantasmes et associations.

L'empathie du thérapeute peut être plus ou moins profonde. On peut même définir des degrés progressifs d'empathie, le long d'une dimension allant de 0 à 4. Sur cette échelle, seuls les degrés 2 à 4 correspondent à une expression manifeste de l'empathie.

Degré 0	« Votre monde intérieur ne m'intéresse pas »
Degré 1	« Je vous montre que je vous écoute parce que je le dois, en tant que professionnel »
Degré 2	« Je comprends vos sentiments »
Degré 3	« Je vous aide à mieux vous comprendre et à exprimer vos sentiments »
Degré 4	« Nous sommes "un" dans cette compréhension de vous-même »

Les cinq degrés de l'empathie

- Dans le degré 0, le thérapeute interrompt souvent le patient, dénie ou ignore les sentiments de celui-ci, parle de lui-même, met en avant son opinion, fait souvent des phrases partant de son propre point de vue (moi, je,...).
- Dans le degré 1, le thérapeute joue un « rôle » de professionnel : il utilise les paraphrases, pose beaucoup de questions, tente de montrer au patient qu'il le comprend mais reflète de façon inadéquate les sentiments, ou bien se focalise uniquement sur le contenu de ce que dit le patient mais pas sur ses émotions.
- Au niveau du degré 2, le thérapeute utilise un langage reflétant plus les affects et émotions de son patient: il arrive à identifier et à pointer, par un terme adéquat, les émotions que peut ressentir celui-ci mais qu'il n'a pas encore pu exprimer verbalement.
- Le degré 3 correspond au fait que le thérapeute a été capable de nommer le sentiment du patient avant que celui-ci ne l'exprime et, dans ce cas, le patient confirme verbalement ou en vient à exprimer ce sentiment. Une empathie de degré 3 accentue le processus d'auto-exploration du patient et augmente l'expression de ses sentiments.
- Enfin, au degré 4 d'empathie, le thérapeute est immergé dans le monde intérieur du patient. Ici, en plus de ce qui se déroule dans le degré 3, au lieu de simplement « tirer vers l'extérieur » et favoriser l'expression du vécu émotionnel, le thérapeute renvoie lui-même en miroir ce que peut vivre intérieurement son client (Chambon O. & Marie-Cardine M., 2003).

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 dévoraient 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. (Cottraux J., 2011, p. 72-73)

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. » (Crocq L., 2012, p.117-118)

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 (Masson J., 1984) 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. (Cottraux J., 2011, p. 87-88)

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 XXe 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. (Parot F. & al., 2011, p.88-89)

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 récurrences 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. (Meyer C. & al., 2010, p.312-313).

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. (Moro M. R. & Lachal C., 2012, p.72-13).

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 (Roussillon R., 2006).

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 sous-tendent 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 psychothérapiques effectuées ;
- E. Interventions psychothérapiques 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 (Gerber A. J., 2011).

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 (Maina G. & al, 2010). 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 (May P. R. & al., 1976).

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 (Oblér 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'imaturité, 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 (Cottraux J., 2011, p.106-107).

Les Thérapies comportementales et cognitives

Les Thérapies comportementales et cognitives ont connu ces trente dernières années une large diffusion. Ce sont des thérapies en principe brèves, qui revendiquent un fondement scientifique et ceci pour trois raisons :

- Elles s'appuient sur les recherches de la psychologie scientifique : la psychologie cognitive (en particulier les théories du traitement de l'information) et la psychologie de l'apprentissage ;
- Elles s'intègrent dans le mouvement des neurosciences, qui regroupent des disciplines diverses autour d'un postulat de base : c'est le fonctionnement cérébral qui rend compte du fonctionnement psychique, qu'il soit normal ou pathologique ;
- Elles se prêtent à l'évaluation des techniques et des résultats, évaluation rendue possible par la mesure et la quantification des symptômes, ainsi que par la planification des traitements.

Ces thérapies sont apparues dans les années 1960, d'abord dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. Elles ont largement été diffusées depuis et tiennent le haut de l'affiche dans la médiatisation à laquelle n'échappent pas les psychothérapies et les psychothérapeutes.

La plupart des praticiens se réclament à la fois du comportementalisme et du cognitivisme. Pourtant psychologie cognitive et comportementalisme ont développé des théories distinctes (Moro M. R. & Lachal C., 2012, p.147-148).

Principes et technologie du changement

Les Thérapies comportementales et cognitives se sont fondées, en premier lieu, sur les théories de l'apprentissage : le conditionnement classique, le conditionnement opérant, la théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont pris pour référence les théories cognitives, en particulier le modèle du traitement de l'information. Nous allons expliciter ces termes qui, pour le dire simplement, définissent les processus par lesquels nous faisons l'acquisition d'émotions et de systèmes de pensées qui guident nos actions.

Apprentissage et mémoire

Il n'y a pas d'apprentissage sans stockage dans les différents secteurs de la mémoire, consolidation du souvenir et possibilité de réévocation. Quels sont ces différents compartiments ? La mémoire à court terme nous permet de bien fonctionner dans le moment présent. Elle se teste par l'étude de notre capacité à

retenir le nombre magique : 7 chiffres plus ou moins 2, pour une tâche immédiate.

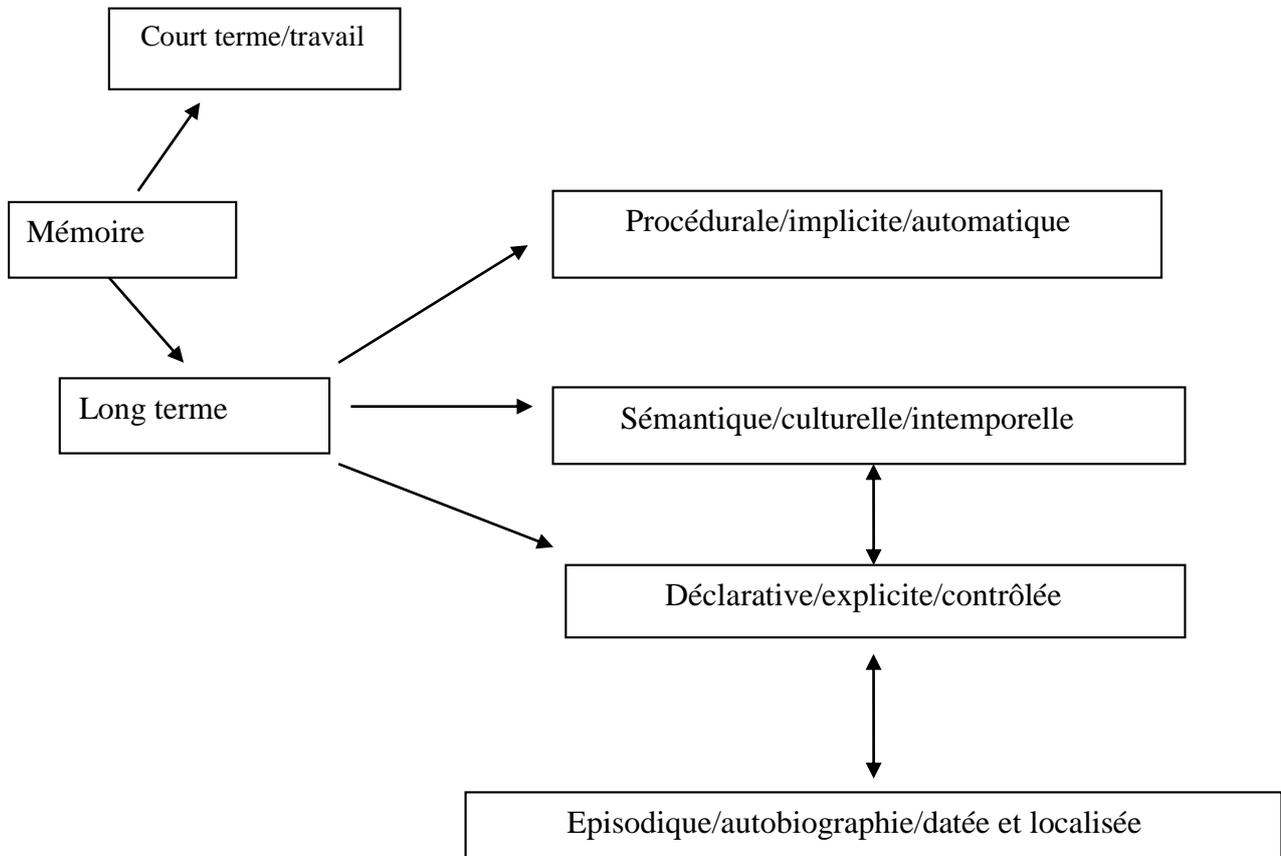
La mémoire à long terme est plus complexe et se subdivise en quatre secteurs :

- La mémoire autobiographique enregistre nos épisodes de vie et les émotions qui y sont attachées. Elle est activée par des événements ou des sensations qui ramènent à notre conscience le passé : c'est le fameux « souvenir involontaire » dont parle Marcel Proust dans *A la recherche du temps perdu*.
- La mémoire procédurale enregistre nos habitudes comportementales et nos plans d'action qui fonctionnent sur un mode automatique : c'est ce qui se passe lors du pilotage « sans y penser » d'une voiture. La mémoire procédurale est le lieu où s'enregistrent les conditionnements verbaux et moteurs.
- La mémoire sémantique stabilise nos systèmes d'interprétations – autrement dit, nos schémas cognitifs- et les règles culturelles générales qui nous permettent de bien fonctionner. Elle aussi est automatique.
- La mémoire déclarative ou consciente est ce que nous pouvons évoquer consciemment en faisant appel aux autres secteurs de la mémoire.

Les études de neuro-imagerie cérébrale ont montré que les régions du « cerveau émotionnel », comme le complexe amygdalien, sont hyperactivées par les souvenirs traumatiques, alors que les régions frontales et préfrontales en charge du langage et de la régulation des émotions sont désactivées (Etkin A., 2007). Ce qui explique que, dans les cas graves de stress post- traumatique, il n'y ait pas de mots pour dire ce qui s'est passé. La TCC consistera à ramener au jour l'épisode traumatique pour habituer l'émotion et réinterpréter autrement ce qui est arrivé. Le patient doit donc accepter ce qui c'est passé, plutôt que de chercher à le supprimer et continuer d'en souffrir.

En revanche, les tentatives de suppression volontaire de souvenirs « banals » se traduisent par un accroissement de l'activité cérébrale dans les régions dorso-latérales préfrontales, ce qui semble être le processus « normal » de maîtrise et de gestion du stress.

Le schéma suivant résume les différentes formes de mémoire.



Les mémoires

Les troubles psychopathologiques ont leur inscription dans la mémoire car ils sont pour une bonne part appris à partir d'une vulnérabilité génétique. Les TCC partent du principe que ce qui a été appris et qui entraîne des troubles psychopathologiques peut être désappris. En parallèle, des comportements, des émotions et des pensées nouvelles et plus favorables à la personne souffrante peuvent être mis en place (Cottraux J., 2011).

1.Le contre-conditionnement et l'inhibition réciproque

Lors du contre-conditionnement il y a un apprentissage d'un comportement incompatible avec une réponse inadaptée : ce nouveau comportement élimine la réponse inadaptée. Le meilleur exemple de ce contre-conditionnement est donné par la désensibilisation systématique des phobies. Le sujet est d'abord relaxé (nouveau comportement), puis on lui présente successivement en imagination les items d'une hiérarchie concernant la situation phobogène ; par exemple sortir s'il est agoraphobe et s'éloigner de 10, 20, 30 M. Il apprendra ainsi une réponse incompatible avec l'anxiété, qu'il généralisera ensuite à la vie réelle.

Wolpe a décrit sous le nom d'inhibition réciproque un principe qui rend compte de la procédure de contre-conditionnement en termes physiologiques.

2.Habituation et principe d'exposition in vivo

L'habituation consiste à apprendre ce qu'il ne faut pas faire. C'est un processus très général qui se retrouve chez la plupart des organismes, forme élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être facilement utilisée comme un principe thérapeutique.

L'exposition in vivo (en réalité) et/ou en imagination entraîne l'habituation des réponses physiologiques et l'extinction des rituels qui n'ont plus lieu d'être, de fait de la réduction de l'anxiété. L'habituation des réponses cardiaques au cours des traitements comportementaux par exposition prolongée a été mise en évidence.

Il ne faut pas confondre l'habituation des réponses physiologiques (rythme cardiaque, respiratoire) et l'extinction des réponses motrices (rituels, comportements d'évitement) qui en sont la conséquence.

3.Le conditionnement opérant

a-Accroître les comportements

- Le renforcement positif : on dit qu'il y a renforcement positif lorsque le résultat d'un comportement a pour effet d'augmenter la force ou la fréquence de ce comportement. Le renforcement doit être immédiat, c'est-à-dire suivre aussitôt l'émission de la réponse. Cependant, le renforcement différé joue un rôle très important chez l'homme. Les renforçateurs peuvent être primaires : nourriture, évitement de la douleur, ils peuvent être secondaires dans la mesure où ils ne sont pas nécessaires sur le plan biologique. Ce sont en particulier les

renforçateurs sociaux (approbation, attention) ou symboliques (argent, médailles).

- Le renforcement négatif: c'est l'échappement ou l'évitement de conséquences aversives qui renforce le comportement. L'agoraphobe qui évite l'angoisse en n'affrontant pas le monde extérieur, et qui se trouve renforcé à répéter son évitement, en est un exemple.
- Le façonnement progressif (Shaping) : un comportement que l'on veut développer peut-être graduellement produit en renforçant par étapes tout comportement qui s'en rapproche. Un exemple peut être trouvé dans l'affirmation de soi, où le thérapeute lors du jeu de rôle approuve tout progrès fait dans la bonne direction par un sujet timide (phobique social). Lorsque le sujet a par exemple des problèmes à conserver un contact visuel avec l'interlocuteur, toute étape sera renforcée ; regarder le menton, puis le front, puis enfin les yeux, pendant quelques secondes, puis une durée plus grande.
- La procédure en chaîne : la plupart des comportements constituent une séquence organisée, qui se déroule, d'une manière relativement stable. Prenons un exemple. Soit la chaîne : ouvrir la porte → lever les yeux vers l'interlocuteur → dire bonjour → sourire → être renforcé par un bonjour et un sourire → et « que voulez-vous Monsieur ? ». L'apprentissage par exemple pour un sujet timide suivi en affirmation de soi consistera à installer la dernière réponse de la séquence : lever les yeux, sourire- avoir une réponse renforçatrice par un sourire, qui entraînera l'installation de la séquence complète de comportement : oser entrer dans un magasin et s'adresser à la vendeuse. L'analyse comportementale des chaînes ou séquences de comportement est donc un temps capital pour organiser un programme thérapeutique.

b-Diminuer les comportements

- L'extinction : lorsqu'un comportement n'est plus suivi par un renforcement, il va décroître en intensité et fréquence et s'éteindra graduellement. Comme exemple nous prendrons l'attention qui représente un renforçateur social important. Beaucoup de comportements névrotiques, en particulier les comportements hystériques, sont entretenus par l'attention qui leur est apportée. L'extinction consiste à ne pas renforcer le comportement en question, par exemple un comportement d'agitation ou des verbalisations dépressives.

- La satiacion et la déprivation : les caractéristiques renforçatrices d'un stimulus peuvent être augmentées si la personne en est privée :
Déprivation (diminuer ce qui renforce un comportement en rendant les stimuli surabondants)
 Ils peuvent être diminués en les rendant surabondants jusqu'à satiété. L'expérience la plus classique en ce domaine est celle rapportée par Ayllon et Azrin (1973). Dans un service d'hôpital psychiatrique, une patiente emplaît des serviettes qu'elle récoltait dans l'hôpital à l'intérieur de sa chambre. En utilisant la satiacion, c'est-à-dire en lui donnant toutes les serviettes qu'elle voulait sans faire de commentaires, après un maximum de 600 serviettes, la patiente commença à éliminer les serviettes de sa chambre et à perdre son habitude.
- L'aversion : l'aversion est en jeu lorsqu'un stimulus déplaisant est présenté comme conséquence d'un comportement et qu'il diminue l'intensité ou la fréquence de ce comportement. Les sons violents, les décharges électriques désagréables peuvent être utilisées comme conséquences aversives. De même les pensées ou les images. Elles sont alors administrées par le sujet lui-même.

4.Apprentissage vicariant par imitation

L'apprentissage social par imitation de modèles est un principe connu bien avant les travaux de Bandura puisque l'on retrouve la description de la genèse de ce type d'apprentissage chez Piaget, et qu'il a été largement décrit à la fin du XIXe siècle par un psychologue français Gabriel Tarde.

Selon ce principe, un comportement peut- être appris ou modifié simplement par l'observation d'un modèle, et des conséquences résultant de son comportement. Trois types de modèle peuvent être utilisés :

- Des modèles réels montrant à l'observateur le comportement et ses conséquences positives ou négatives ;
- Des modèles symboliques, en particulier filmés ou télévisés ;
- Des modèles imaginaires qui sont des représentations imagées « couvertes » (covert modeling) qui sont suggérées par le thérapeute au patient et/ou autocontrôlés par celui-ci.

Il s'agit d'un apprentissage social et non simplement d'imitation car l'on peut imiter un animal (il s'agit d' « imitation » et non de « modeling ») et

également par observation. Il semble que la vue soit le sens privilégié dans ce type d'apprentissage.

C'est un apprentissage vicariant car le modèle joue le rôle d'un intermédiaire par rapport à l'observateur. L'apprentissage par imitation peut être utilisé pour :

- Désinhiber un comportement ;
- Acquérir une fonction, un comportement qui n'a jamais été appris ;
- Faciliter et rendre plus efficace une réponse imparfaite ;
- Permettre l'extinction de l'angoisse en voyant l'absence de conséquences négatives qui résultent du comportement du modèle.

L'apprentissage par imitation est soumis à un certain nombre de principes :

- Le modèle doit être proche du sujet au point de vue de l'âge, du sexe, et des caractéristiques socioculturelles ;
- Il doit présenter un certain prestige ;
- Le patient doit savoir à l'avance quelle caractéristique il veut observer et imiter après l'avoir définie avec le thérapeute ;
- Il doit être renforcé par approbation pour chaque réalisation positive ;
- Il est possible d'utiliser le sujet lui-même comme son propre modèle. Le sujet et le thérapeute identifient sur une bande magnétoscopée les moments positifs que le sujet veut imiter, de sa propre performance. Ensuite le jeu de rôle permet une répétition de l'image de lui-même que le sujet a trouvée positive. (Cottraux J., 1996)

Déroulement d'une prise en charge

Catégorisée fréquemment dans le champ des thérapies brèves, la durée habituelle d'une émotive-cognitivo-comportementale est d'environ six mois à un an en général, pour douze à vingt séances. Celle-ci doit être relativisée en fonction de la personne rencontrée, de sa problématique initiale, des possibles comorbidités associées ou de la présence d'un trouble de personnalité. La thérapie se structure autour de cinq étapes :

1. Le diagnostic clinique et comportemental

Différent et complémentaire du diagnostic clinique élaboré au regard d'une classification nosologique, le diagnostic fonctionnel est établi par un entretien spécifique dédié à l'analyse fonctionnelle émotionnelle, comportementale et cognitive. Celui-ci permet

d'identifier les éléments présents et passés en lien avec les comportements-problèmes concrets actuels du patient. Ici, le style du thérapeute est basé sur un questionnement inductif, afin de recueillir les informations les plus larges. En pratique, cette analyse aborde un nombre limité de comportements, d'un à trois dans la majorité des cas, et permet de formuler des hypothèses sur la problématique du patient.

2. Les entretiens d'évaluation

L'évaluation repose en premier lieu sur l'entretien clinique, qualitatif ; celui-ci est complété par des évaluations quantitatives, à distance (échelles et questionnaires à différents temps de la prise en charge) et rapprochées (outils quantitatifs construits ad hoc avec le patient pour mesurer un comportement spécifique et répétés de façon régulière entre les entrevues ; par exemple, il est possible de s'entendre sur une mesure de l'humeur subjective au quotidien, de la fréquence d'un comportement de consommation d'alcool dans la semaine, du nombre de rituels sur un temps donné...).

3. L'information au patient du diagnostic et des résultats de l'évaluation

Le thérapeute décrit les comportements gênants et identifie les éléments qui les renforcent, en mettant l'accent sur les causes actuelles participant au maintien des problèmes.

4. L'établissement d'un contrat thérapeutique

Celui-ci comprend le choix des objectifs à atteindre et le plan de traitement, en choisissant les moyens et les stratégies thérapeutiques les plus pertinents.

5. Les entretiens thérapeutiques

La relation est primordiale et participe le plus largement aux effets cliniques de la thérapie. Cette relation thérapeutique suppose une collaboration active entre patient et thérapeute.

Habituellement, la durée des entretiens est de 30 à 60 minutes, avec une fréquence hebdomadaire au début. La structure conventionnelle des entretiens est importante : synthèse de la semaine et de la réalisation des tâches entendue lors de la séance précédente, choix d'un thème à analyser en séance puis, finalement, prescription de tâches pour la semaine à venir.

La thérapie est centrée sur l' « ici et maintenant » (le passé est pris en compte dans la mesure où il apporte des éléments favorisant la compréhension des troubles actuels) et nécessite un rôle actif de collaboration du patient (l'évaluation de la motivation et de l'implication est essentielle). Egalement, dans le cadre général d'une prise en charge TCC (recueil des informations et déroulement de la prise en charge thérapeutique), le thérapeute se caractérise par un style directif (il recherche de façon directe les informations lui permettant une conceptualisation du cas du patient), objectif et expérimental (il utilise un raisonnement inductif à partir de l'enregistrement des données recueillies). Dans son attitude, il fait preuve de chaleur, d'écoute, de tolérance et d'empathie.

Schématiquement, les deux premières séances permettent la collecte des renseignements concernant le patient et la présentation par le thérapeute des modalités de pratique des thérapies cognitivo-comportementales. Les deux séances suivantes sont consacrées à l'analyse fonctionnelle.

Après recueil des données et de l'analyse fonctionnelle, le thérapeute élabore des hypothèses sur les facteurs de maintien ou de diminution du comportement-problème, en termes de renforcements positifs ou négatifs. Le thérapeute propose ainsi une modélisation du trouble du patient et l'informe de celle-ci, l'accord du thérapeute et du patient est en effet essentiel. Cette étape permet l'élaboration d'hypothèses de travail et la proposition d'un contrat thérapeutique explicite qui en découle, écrit ou non, et dans lequel apparaissent les buts thérapeutiques visés et les moyens techniques proposés pour y parvenir. Dans l'approche TCC, la sélection des interventions thérapeutiques se fait en effet en fonction des hypothèses fonctionnelles de la compréhension des troubles.

Il est à noter également que, en fonction de l'évolution de la thérapie, il est possible d'effectuer de nouvelles analyses fonctionnelles, soit pour un même comportement –problème si la proposition thérapeutique n'est pas efficace, soit pour un autre comportement-problème qui sera abordé de façon séquentielle.

Enfin, concernant l'évaluation de l'évolution du patient dans le cadre de la prise en charge, celle-ci se fait avant, pendant et après l'intervention thérapeutique. Cette évaluation est basée sur le retour subjectif du patient, le regard clinique du thérapeute et, en complément, par l'utilisation de questionnaires et d'échelles. Ces évaluations répétées permettent la validation ou non des hypothèses cliniques de départ (Chapelle F. & al., 2014, p.6-9).

L'analyse fonctionnelle

Le but de l'analyse fonctionnelle est de déterminer pour une séquence comportementale, les facteurs de déclenchement (antécédents) et les facteurs de maintien (conséquences) qui font qu'elle se répète dans un environnement donné. Il est donc nécessaire d'effectuer des mesures ; autrement dit un enregistrement pendant une certaine durée des comportements observables, susceptibles d'être comptés. Principalement trois systèmes sont explorés : le système moteur, le système cognitif, le système physiologique et émotionnel.

L'analyse comportementale en clinique

a) Le schéma SORC

L'analyse comportementale appliquée à la situation problème le schéma **Stimulus-Organisme-Réponse-Conséquences (SORC)**

Prenons le cas d'un patient qui vient en se plaignant d'une impuissance : On peut se poser la question des causes qui déclenchent son comportement et l'entretiennent aux quatre niveaux du schéma

- **Stimulus** : la partenaire est-elle celle que le patient souhaite ? A-t-elle changé ? Y a-t-il lassitude dans ce couple ?
- **Organisme** : présente-t-il une déficience organique ? Par quel mécanisme a-t-il acquis le comportement problème ? Et quels sont les relations entre le comportement problème et les émotions ?
L'analyse de « O » (organisme) pourrait continuer par l'analyse de ses cognitions. Quelles sont ses croyances en matière de sexualité ? Y a-t-il des monologues intérieurs consistant à anticiper un échec ?
- **Réponse** : quel est son niveau de performance tel qu'il le décrit mais aussi tel qu'il le vit ? Ressent-il de l'angoisse avant les rapports sexuels ?
- **Conséquence** : Est-il correctement renforcé lorsqu'il effectue un comportement sexuel qui se rapproche des rapports sexuels satisfaisants ?

En pratique, l'analyse comportementale consistera en l'étude des récits circonstanciés effectués par le patient, et par sa partenaire, s'il y en a une au moment de la consultation. On complètera l'analyse fonctionnelle par des tests psychologiques et des échelles d'évaluation.

b) La grille SECCA

Cottraux a mis au point la grille d'analyse fonctionnelle SECCA qui regroupe les éléments :

(S)timulus

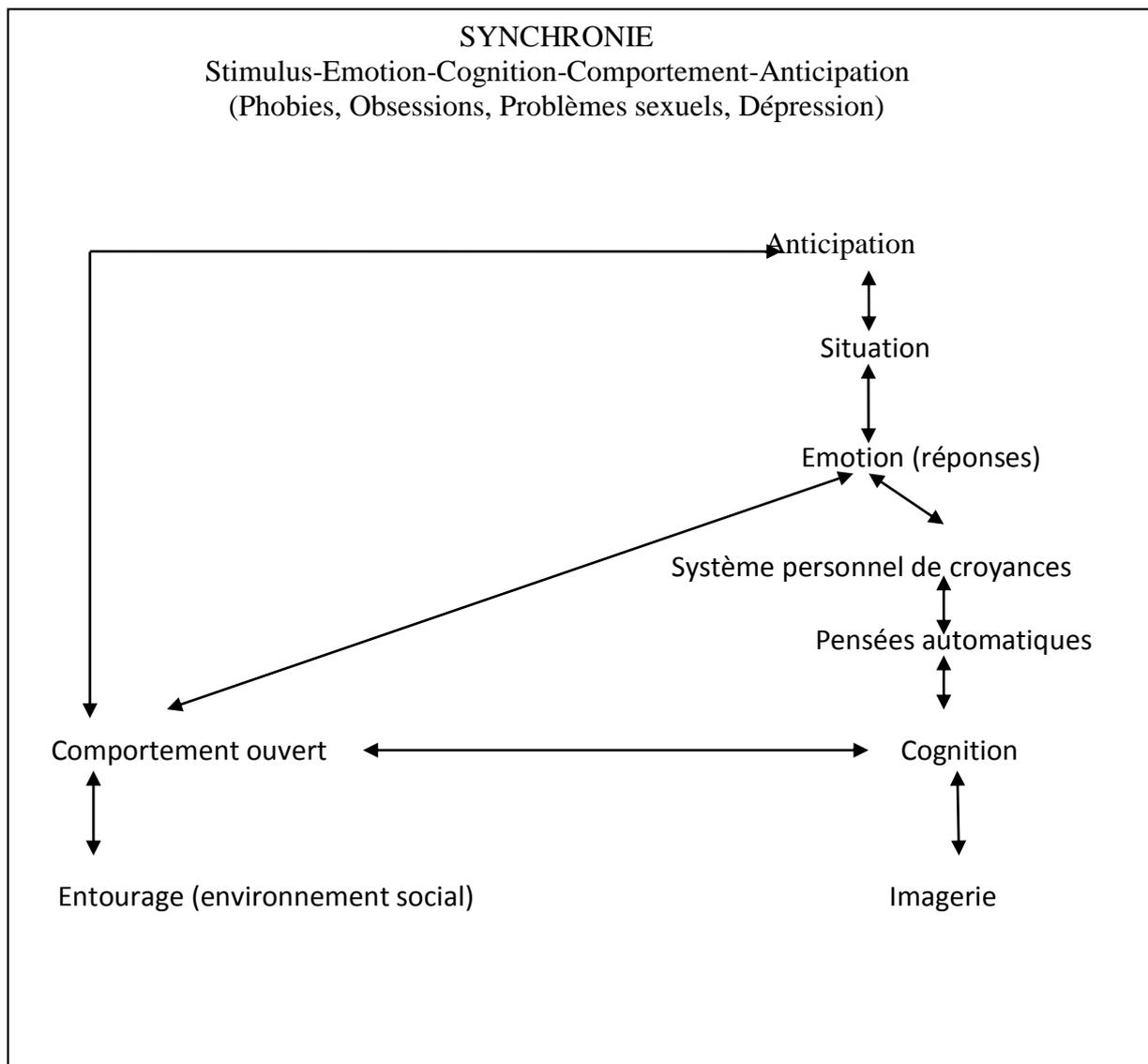
(E)motion

(C)ognition (pensées, images mentales, systèmes de croyance)

(C)omprtement

(A)nticipation

Elle comprend une partie synchronique (actuelle) qui permet d'analyser une séquence comportementale stimulus-émotion-cognition-comportement-anticipation et leurs relations avec l'environnement social. Et une partie diachronique (historique) qui permet de structurer l'histoire passée du patient.



Grille d'analyse fonctionnelle SECCA (Cottraux, 1996)

DIACHRONIE

Données structurales possibles

- Génétiques
- Personnalité

Facteurs historiques de maintien

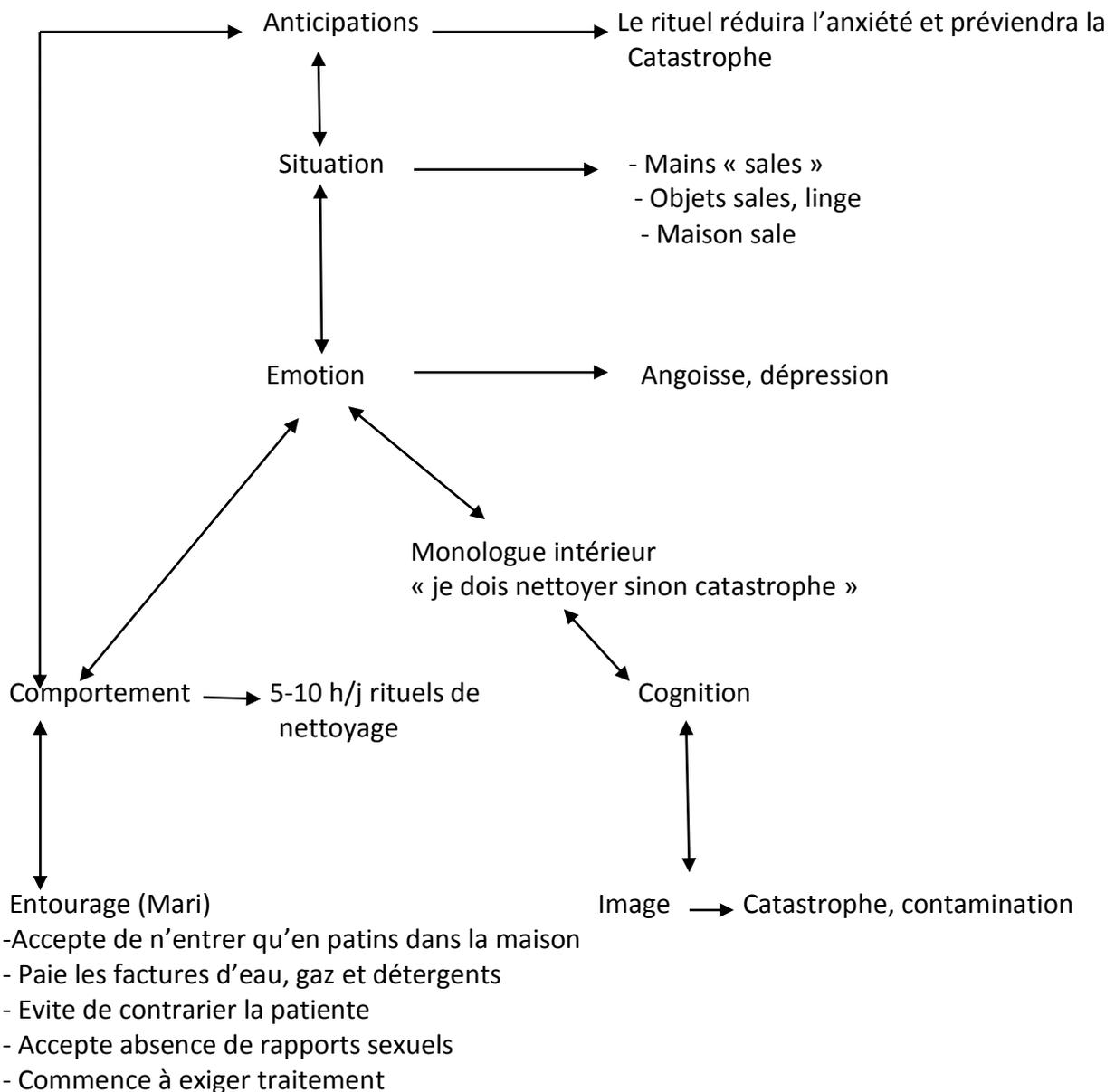
Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Événements précipitants les troubles

Autres problèmes

Traitements précédents

Maladies physiques



Exemple d'analyse fonctionnelle d'une obsessions-compulsion chez une femme

L'entretien d'analyse fonctionnelle et ses caractéristiques

L'analyse fonctionnelle n'est pas effectuée d'emblée mais en général au deuxième entretien. Le premier entretien est plus occupé par une prise de contact, l'établissement d'une relation, la mise en place ou la vérification d'un diagnostic, et finalement l'étude de la faisabilité d'une thérapie.

Une fois les possibilités d'un traitement établies, l'on passe à l'étape suivante : l'entretien d'analyse fonctionnelle

Ses caractéristiques : il est directif, c'est-à-dire dirigé vers le recueil de données précises concernant le ou les comportements-problèmes que présentent le patient :

1. Depuis quand a lieu le comportement problème ?
2. Où ?
3. Quand ?
4. Comment ?
5. Combien de fois par unité de temps choisie ?
6. Avec qui ou quoi ?
7. Qu'est-ce qui précède le comportement-problème ?
8. Qu'est-ce qui diminue le comportement-problème ?
9. Qu'est-ce qui augmente le comportement-problème ?
10. Qu'est-ce qui inhibe le comportement-problème ?

Ce sont les principales relations entre l'environnement et le comportement qui sont à préciser dans tous les cas.

La chaleur, la capacité d'écoute, la tolérance, l'empathie, l'objectivité sont certainement parmi les traits de comportement ceux que chaque thérapeute cherche à mettre en œuvre. D'une façon générale, les patients perçoivent les thérapeutes comportementalistes et cognitivistes, par rapport aux psychothérapeutes classiques, comme étant plus ouverts, plus chaleureux, plus près des problèmes du patient et de la réalité, plus orientés sur les résultats, mais aussi plus directifs.

Le thérapeute cherche activement à faire prendre le rôle actif au patient vis-à-vis de ses troubles. Le thérapeute lui signifie qu'ils sont très probablement réversibles et cherche à développer chez lui un comportement d'affirmation de soi, et à faire décroître les croyances irrationnelles, et les monologues intérieurs défaitistes (« je n'arriverai jamais à rien, je ne vauds rien »).

Le thérapeute se centre sur l'ici et maintenant dans la relation avec le patient. C'est le présent qui est en cause. Mais le passé n'est pas négligé. Sur le plan pratique, le travail avec le passé n'a de sens que pour modifier le comportement présent.

Travailler avec la motivation : celle du thérapeute comme celle du patient. Cela peut se faire facilement en précisant les attentes des deux parties. Il s'agit de promouvoir chez le patient une attitude active, de définir une hypothèse de travail efficace, prédictive, et de mettre en œuvre une technique dans un climat relationnel positif.

L'enregistrement des données. Il est évident qu'un matériel stable d'enregistrement des données est nécessaire pour conserver les mesures effectuées et leur traitement statistique ultérieur. Enfin, il faut souligner que toute analyse fonctionnelle prend du temps, au moins deux heures (Mirabel-Sarron C. & Véra L., 2004).

Les points forts et les points faibles

En raison d'un nombre important d'essais contrôlés et de méta-analyses, la TCC apparaît actuellement comme la forme de psychothérapie la mieux validée, selon les principes de la médecine fondée sur des preuves.

Cependant, les études de suivi des résultats dépassent rarement deux ans. Sur une durée plus longue (deux à quatorze ans), les résultats obtenus sont plus stables dans le traitement des troubles anxieux que dans la réhabilitation de schizophrènes, mais tendent à s'éroder avec le temps du fait de la cumulation de plusieurs troubles, par exemple anxiété, dépression et trouble de la personnalité (Durham R. C. & al., 2005). En revanche, plusieurs études ont montré une prévention des rechutes par la thérapie cognitive dans la dépression (Butler A. C. & al, 2006) et une étude montre les effets stables des TCC dans le stress post-traumatique sur cinq ans (Tarrier N. & Sommerfeld C., 2004).

Un nombre important de sujets ne répondent pas ou insuffisamment à la TCC dans certaines catégories de troubles, en particulier les troubles obsessionnels compulsifs. Ce qui, dans certains cas complexes et difficiles, incline à combiner, au début, des traitements pharmacologiques pour amorcer le changement et incite à la recherche de nouveaux traitements biologiques et psychologiques.

Un niveau élevé de motivation est souvent nécessaire pour entrer et rester en thérapie. C'est vrai en particulier dans le domaine des addictions : tabac, alcool, drogues dures ou douces. Il est donc nécessaire de mettre en place des méthodes cognitives de clarification et de développement de la motivation, avant de mettre en route des procédures comportementales de sevrage (APA, 2006).

Les psychothérapies humanistes

La thérapie humaniste est un courant original de psychothérapie qui est apparu à la fin des années 1950, dans la mouvance de la contre-culture américaine, puis des mouvements de 1968 et de la contestation de la guerre au Vietnam. Récupérée par la société de consommation, sous la forme de recherche du bien-être et du développement personnel, ou de l'utilisation du potentiel humain dans le monde du travail, elle s'est divisée en plusieurs dizaines de courants. C'est aussi dans sa mouvance que l'on trouve le plus fréquemment des pratiques discutables, voire sectaires, à côté d'authentiques thérapies et de méthodes utiles au développement personnel.

Les origines

La thérapie humaniste a été appelée « troisième voie » ou « troisième force », car elle se voulait indépendante des deux courants dominants de l'époque : d'un côté la psychanalyse triomphante qui tenait le haut du pavé dans la psychiatrie et de l'autre le comportementalisme radical de Skinner qui dominait la psychologie universitaire américaine. Elle a été élaborée par d'anciens psychanalystes déçus du système instauré par les successeurs de Freud. Partant de là, ses fondateurs ont tracé une voie originale qui a éclaté en de multiples groupes et sous-groupes. La prolifération actuelle des psychothérapies est due en grande partie à la fragmentation des thérapies humanistes. Ses principes se fondent sur les idées des Lumières, la pensée de

Jean-Jacques Rousseau, le courant philosophique existentialiste et l'enseignement des lamas tibétains.

Elle se préoccupe essentiellement du vécu personnel et considère que la personne évolue naturellement vers la maturité. La société peut empêcher ce processus naturel de maturation en imposant à l'individu des valeurs falsifiées. Cette opération de formatage mental va empêcher un vécu authentique du monde et des autres. S'ensuivent des perturbations émotionnelles qui s'expriment par des symptômes psychiques et physiques, en particulier sexuels. La psychothérapie humaniste a pour but de mettre le patient en contact avec ses sentiments, ses émotions et ses désirs les plus authentiques. Elle va donc faciliter le développement personnel par l'intermédiaire d'une croissance émotionnelle arrivée à maturité : c'est-à-dire être en accord avec soi, se dégager de l'aliénation des contraintes sociales, et cesser d'être une personne factice (phony).

Wilhelm Reich (1897-1957), le précurseur malheureux

Le mouvement de thérapie humaniste a eu un précurseur malheureux, qui se trouve à la charnière de la psychanalyse freudienne orthodoxe et de son évolution vers d'autres formes de psychothérapie. Wilhelm Reich faisait partie du premier cercle des élèves de Freud, avec lequel il a fini par se brouiller. Il était en effet partisan d'un freudo-marxisme qui ne plaisait pas au maître. De plus, il critiquait la théorie freudienne qui mettait la pulsion de mort au centre du psychisme. Pour Reich, le prétendu instinct de mort n'était qu'une construction psychique secondaire qui résultait des difficultés de la vie prolétarienne. La révolution sexuelle passait par la révolution politique : pour concrétiser ses théories, il créa à Berlin Sexpol, un centre de recherches sur l'épanouissement de la satisfaction sexuelle chez les masses populaires qui attira de très nombreux adhérents et fut interdit par les nazis. Reich dut émigrer d'Allemagne vers les Etats-Unis au moment des persécutions contre les juifs et les communistes.

Dans son pays d'adoption, il a été à l'origine d'un courant de thérapie humaniste, la bioénergie, qui prônait une méthode psychanalytique destinée à briser l'armure caractérielle et musculaire pour accéder aux véritables émotions dont cette dernière défendait l'accès.

Malheureusement, cette méthode s'avéra fondée sur des principes fantaisistes en relation avec un état de paranoïa qui se développa chez lui à partir de 1947. Reprenant à son compte la théorie de la libido de Freud, Reich voulut en donner une version biologique. Il postulait l'existence d'une substance, l'orgone, qui circulait partout dans la nature, en particulier dans la foudre, et qui

permettait à l'orgasme de se réaliser pleinement. Ressentir de puissants orgasmes devait permettre de guérir aussi bien les névroses que le cancer. A partir d'expérimentations farfelues, il construisit un accumulateur d'orgone et fut condamné à deux ans de prison pour avoir cherché à expérimenter son appareil sur des patients. Reich prit la posture du génie méconnu, ce qui empêcha ses avocats de le défendre efficacement, et il mourut en prison en 1957.

La théorie

La thérapie humaniste a son grand théoricien, Abraham Maslow (1908-1970). Selon lui, la psychologie ne doit pas se fonder sur l'étude des cas pathologiques, comme l'a fait la psychanalyse, ou chercher uniquement à modifier les comportements, comme le faisaient les thérapies comportementales de son époque, mais essayer de comprendre les génies qui représentent un modèle de développement du potentiel humain.

À partir de ces principes, il a élaboré une théorie de la hiérarchie des besoins humains qui progresse selon sept étapes qui s'enchaînent les uns aux autres. Un besoin supérieur ne pourra être satisfait que si le besoin inférieur l'a été lui-même. Les sept stades de besoins forment une pyramide (Maslow A. H., 1970, 1973).

➤ Niveau 1

C'est celui des besoins physiologiques et élémentaires (manger, boire, respirer, etc.) qui rapprochent l'homme du monde biologique et animal.

➤ Niveau 2

Il correspond au besoin de sécurité, de stabilité, de protection. Il traduit l'exigence d'un cadre de vie fixe. Il est lié, dans l'histoire personnelle, à l'attachement précoce à des figures protectrices. Ce besoin se réactive normalement en cas d'urgence : catastrophe, guerre, situation précaire ou toute autre forme de traumatisme.

➤ Niveau 3

Il concerne le besoin de contrôle et de pouvoir sur le monde physique et sur les autres. Il compense la peur de se faire manipuler, exploiter ou brimer.

➤ Niveau 4

Il correspond au besoin d'appartenance à un groupe, qui constitue le versant positif de la peur du rejet.

➤ Niveau 5

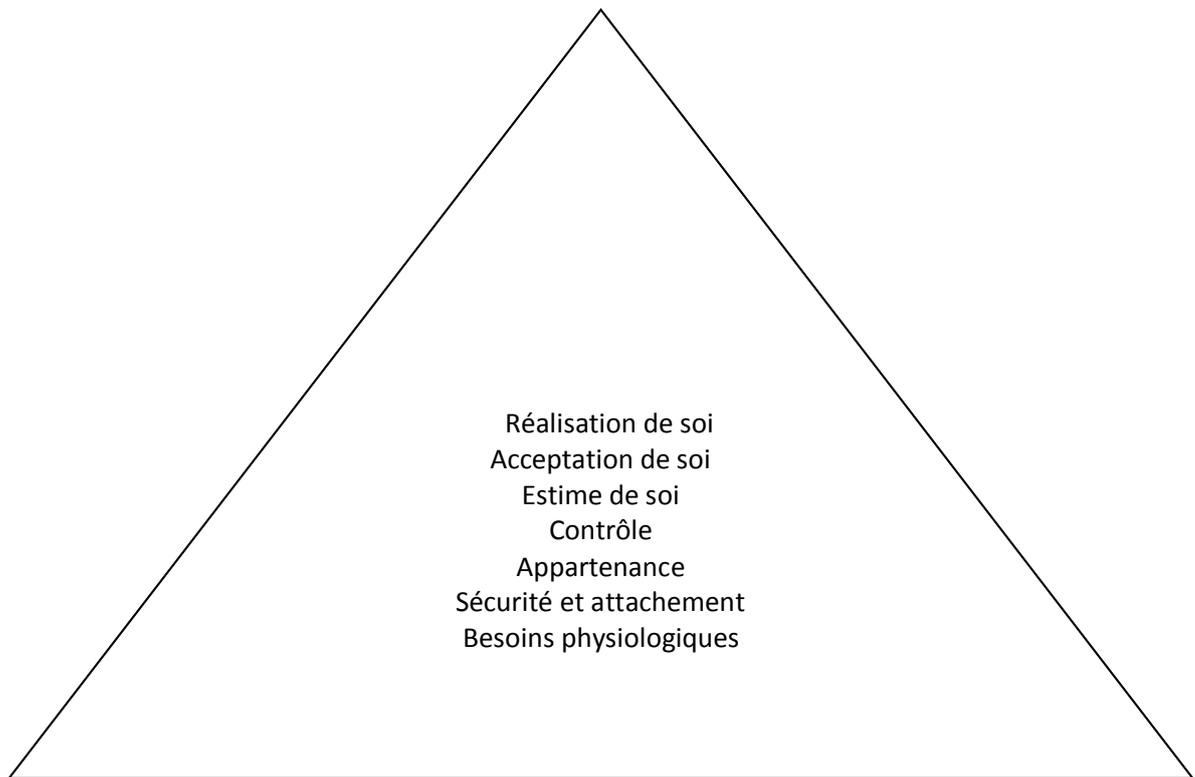
Celui qui a trouvé sa place dans un groupe éprouve le besoin de reconnaissance. L'estime de soi est à ce stade fonction du jugement des autres.

➤ Niveau 6

C'est le niveau des besoins de deuxième ordre. L'estime de soi provient ici de la personne elle-même. Apparaissent alors le respect de soi, l'acceptation de soi et une prise de conscience clarifiée de ce que l'on est, fait et choisit.

➤ Niveau 7

À un stade ultime du développement personnel, le besoin fondamental est celui de l'accomplissement de soi et de toutes les potentialités ou virtualités que la personne perçoit en elle. C'est le stade où se manifeste le besoin de réalisation de soi. Cet état se caractérise par la possibilité d'atteindre et de vivre des « expériences pics ». Il consiste à chercher à développer toutes les potentialités que la personne perçoit en elle, en particulier le besoin de savoir et de comprendre. La personne développe, à ce stade, la créativité, la spontanéité, la liberté, la tolérance, l'autonomie, la compassion et une perception claire de la réalité. Il lui est possible d'atteindre et de vivre des expériences pics dans des domaines variés comme la mystique, la vie intellectuelle, la sexualité, la vie artistique, l'activité professionnelle. Maslow considérait aussi que l'expérience pic pouvait être atteinte par tous et représentait une manière d'être créatif dans la vie quotidienne, une fois les autres besoins satisfaits.



La pyramide des besoins de Maslow

La pratique

Parmi les méthodes existantes, nous n'aborderons qu'une seule : la thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers (1902-1987).

Carl Rogers a proposé une forme nouvelle de thérapie qui a été très étudiée, appelée au départ « thérapie non directive ». Elle consiste à offrir un cadre où le patient puisse exprimer ses pensées et ses émotions dans une atmosphère dépourvue de contrainte, sans jugement moral ni conseils directifs d'actions à accomplir. L'attitude du thérapeute doit être aussi ouverte que possible et ce dernier doit se contenter de faciliter la recherche de soi du patient. Pour cela, il intervient peu, mais aide, par une approbation discrète, les patients à prendre conscience de leurs ressources personnelles, à identifier des choix possibles pour leur vie et à établir des buts à atteindre. Il se sert aussi de jeux de rôle pour aider le patient à modifier ses réactions émotionnelles et à devenir capable d'assumer ses rôles dans la vie.

La thérapie rogorienne met l'accent sur l'écoute et la neutralité bienveillante du thérapeute comme mécanisme principal de changement. Le modèle de Carl Rogers précise comment créer une relation favorable qui aide à la maturation du patient et à son développement personnel. Cette thérapie « centrée sur la personne » s'adresse donc à ce qu'il y a d'unique en chacun. Un

certain nombre de principes thérapeutiques s'en dégagent qui ont été testés dans plusieurs essais contrôlés.

Ses principes relationnels peuvent se retrouver dans différents systèmes de psychothérapie, mais sont présentés ici dans un climat relationnel spécifique. Celui-ci est marqué par l'interaction entre un thérapeute qui doit être aussi authentique que possible et un patient libre de parole. Les orientations personnelles sont à définir par le patient et le thérapeute ne joue pas un rôle pédagogique trop pesant. Chaque séance dure une heure. Tout en restant à une distance professionnelle, le thérapeute doit manifester une certaine chaleur dans le contact.

L'écoute bienveillante en face à face et la non-directivité

Dès la première séance sera affirmée la valeur de l'écoute pour l'aide à la résolution des problèmes psychologiques et la modification des émotions négatives. Un soutien est apporté dans l'examen de soi-même, de façon à mieux se comprendre et à s'accepter. De ce fait, anxiété et dépression doivent diminuer, de même que l'impulsivité et les sentiments de colère ou de frustration.

Montrer de l'empathie

Le thérapeute doit s'efforcer de partager le fardeau émotionnel du patient en lui montrant, de manière verbale ou non verbale, qu'il est compris.

La considération positive inconditionnelle

Les propos du patient, quels qu'ils soient, doivent être respectés, et le thérapeute ne doit pas engager une lutte de pouvoir, ou confronter brutalement le patient à ses manques, à ses faiblesses ou à ses évitements. Le thérapeute doit toujours aller dans le sens de ce qu'il dit, ne chercher ni à le contredire ni à modifier ses pensées ou ses émotions.

La reformulation de ce que dit le patient : le miroir

La reformulation des propos du patient par le thérapeute est utilisée pour maintenir l'alliance thérapeutique, mais surtout pour faire avancer le patient dans son autoexploration en clarifiant ses propos. Il existe de nombreuses variantes de la reformulation pour qu'elle ne soit pas statique : faire du surplace est souvent le mal des thérapeutes débutants qui n'osent pas se risquer à montrer trop d'empathie. Voici, dans le tableau ci-dessous, quelques exemples des différentes modalités de reformulation destinées à la clarification des émotions, des pensées et des significations personnelles. Comme on peut le voir à l'énoncé de ces types de reflets, qui vont de la simple répétition à une interprétation, la thérapie de Carl Rogers est subtilement directive.

Les sept reflets de la thérapie centrée sur le patient de Carl Rogers

1. Reflet simple : « Si je comprends bien, vous voulez dire que... »
2. Reflet double ou reflet de l'ambivalence : « D'un côté vous voulez changer, de l'autre vous ne voulez pas... »
3. Reflet de l'émotion primaire : « Je vois que tout cela vous attriste. »
4. Reflets de sentiments complexes : « Si je vous comprends bien, vous voulez dire que la colère contre les autres vous a pris, et que vous avez ressenti de l'anxiété après cette rencontre ? »
5. Reflet interrogatif : « Vraiment ? »
6. Reflet amplifié ou exagération de ce qui a été dit : « Si l'on pousse aux extrêmes ce vous dites... »
7. Reflet interprétatif : Est-ce que tout cela signifie que... ? »

L'authenticité du thérapeute et de la relation psychothérapique

Le thérapeute doit aussi posséder les capacités de ses propres émotions et être capable de les reconnaître sans fausse honte pour en discuter avec le patient si cela apparaît nécessaire.

Les limites de la thérapie rogérienne

- La thérapie de Carl Rogers ne fournit pas de tâches structurées pour affronter des situations anxiogènes. Elle ne confronte pas le patient aux images et aux pensées reliées à des traumatismes ou à d'autres situations pénibles. Si le patient demande, spontanément, à ce sujet ce qu'il doit faire vis-à-vis des images, des pensées ou des situations qui rappellent des relations désagréables ou des traumas infantiles, dire que c'est à lui de décider en fonction de ce qu'il sent et l'assurer que tout pas vers la résolution de ses problèmes pourrait être bénéfique. Il vaut mieux exposer ses conflits que les fuir.
- Elle ne permet pas de restructurer les pensées négatives : il suffit de les accepter et de les reformuler.
- Elle ne cherche pas à modifier les postulats négatifs qui entraînent des dysfonctionnements relationnels.
- Elle ne donne pas de conseils pour la vie de tous les jours, la vie professionnelle, la vie familiale et conjugale. Elle reste non directive et renvoie le patient à une prise de décision personnelle.
- Elle n'offre pas d'interprétations psychanalytiques sur l'enfance, les rêves, le trauma, le transfert, etc.
- Elle ne tente pas d'agir sur le mode d'une thérapie de couple ou de famille ni ne propose de modèle interprétant les troubles en ce sens. (Cottraux J., 2011)