

Préparé par : Dr GACI Khelifa

Fiche technique du chapitre(Psychothérapie Psychanalytique) destinée pour les doctorants en psychologie clinique.

- 1- La psychanalyse Freudienne classique (Cure-Type) : (Principes théoriques, ses techniques et ses objectifs).*
- 2- L'analyse de la demande*
- 3- Le problème du cadre thérapeutique dans les PIP.*
- 4- Sur quelques pièges de la relation thérapeutique.*

N.B :

- 5- Le cas des psychothérapies psychanalytiques en Algérie(vous sera envoyé incessamment)*

La théorie psychanalytique (ou métapsychologie)

FREUD aborde le psychisme selon 3 points de vue :

- Dynamique (c'est l'étude des forces et des conflits psychiques)
 - Economique (il y'a une énergie psychique qui circule)
 - Topique (le psychisme s'organise en territoires et en systèmes)

Ces 3 points de vue sont étroitement liés, et fonctionnent ensembles.
En résumé, l'appareil psychique agit sur l'énergie qui le traverse par un jeu de forces et de conflits.

1) Le point de vue topique

Il existe chez une même personne des territoires psychiques différents, et plus ou moins indépendants les uns des autres (ex. le dédoublement de personnalité, l'hypnose...)

FREUD a inventé 2 schémas de l'appareil psychique. On les nomme « la première topique » et « la deuxième topique ».

-Dans la première topique (1915)

L'appareil psychique est composé de trois systèmes (voir Fig.1) :

- Inconscient (Ics)
- Préconscient (Pcs)
- Conscient (Cs)

Le Conscient est chargé d'enregistrer les informations venant du monde extérieur et de percevoir les sensations intérieures de plaisir ou déplaisir. Il est aussi le lieu des processus de pensée ou processus secondaires (raisonnement, souvenirs). Il obéit au principe de réalité.

L'inconscient est le réservoir des pulsions. Les pulsions de l'Ics sont libres et très mobiles (processus primaires). Elles tendent à faire irruption dans la conscience et à se décharger dans des conduites. L'Ics obéit au principe de plaisir.

Le préconscient contient des représentations qui ne sont pas présentes à la conscience mais peuvent le devenir.

Il existe une frontière entre les différents territoires, **une censure** qui empêche l'énergie et les représentations de circuler librement. La censure est particulièrement sévère entre Ics et Pcs. Elle ne laisse passer les désirs inconscients qu'après les avoir transformés ou déguisés. Sinon, elle les refoule. Cette censure s'exerce également, mais avec moins de rigueur, entre le Pcs et le Cs.

La censure se relâche dans le rêve, d'où l'importance de l'analyse des rêves comme « voie royale vers l'Ics ».

Dans le travail analytique, il faut vaincre les résistances pour triompher de la censure entre Ics et Pcs, puis vaincre les réticences entre Pcs et Cs.

A la surface de l'appareil psychique, entre Cs et monde extérieur, se trouve une troisième zone frontière, qui sert de filtre pour éviter que des stimuli trop violents n'entrent à l'intérieur du psychisme. C'est **le pare-excitations**.

Lorsqu'il y'a effraction du pare-excitation, il y'a un traumatisme psychique.

-Dans la deuxième topique (1923)

FREUD présente les instances. Ces instances sont le **Moi**, le **ça**, et le **Surmoi**, 3 entités qui rentrent en conflit à l'intérieur du psychisme.

Le ça correspond à l'Ics, c'est le lieu des pulsions (de vie, de mort ou pulsions sexuelles), « la partie obscure, impénétrable de notre personnalité ». Il est régit par les processus primaires et le principe de plaisir, c'est-à-dire qu'il ne connaît

pas la logique, ni la contradiction, ni la négation. Le temps n'existe pas pour lui et il ignore les jugements de valeur, le bien, le mal, et la morale.

Le Surmoi se construit à partir des exigences et des valeurs parentales. Il se met en place au moment du complexe d'Œdipe.

Il a une fonction de morale et de censure. Il a aussi une fonction d'autoconservation et d'**Idéal**.

Surmoi = tu dois... (Sinon sentiment de culpabilité)

Idéal du moi = tu devrais... (Sinon sentiment d'infériorité)

Le Moi doit composer entre les exigences pulsionnelles du ça, les contraintes de la réalité extérieure et les exigences du surmoi. Le Moi est en quelque sorte le médiateur chargé d'assurer la stabilité et de l'identité de la personne. Il regroupe le Cs et le Pcs (de la première topique). Mais le moi a aussi une partie inconsciente

2) **Le point de vue économique**

FREUD considère que l'appareil psychique est traversé par une énergie. Cette énergie provient du ça ou elle circule librement (processus primaire).

La quantité d'énergie présente s'appelle aussi **l'affect**.

Il existe plusieurs types d'énergies psychiques, avec des qualités différentes. L'énergie qui régit les phénomènes psychiques de la vie sexuelle (au sens large) s'appelle **la libido**.

Pour accéder au système Pcs-Cs, l'énergie doit être liée à une représentation (processus secondaire).

La représentation : C'est l'élément de base des composants de l'appareil psychique.

Elle désigne les traces mnésiques issues d'un refoulement et dont les affects liés continuent vraisemblablement d'être actifs, car ils en sont séparés, constituant ainsi les symptômes du refoulement. Freud distingue les représentations de chose des représentations de mots. Si les

premières sont actives dans l'inconscient ou le préconscient sous forme d'images essentiellement, elles doivent, pour être rendues inactives, être verbalisées, donc transformées en représentations de mots.

L'objet : En psychanalyse, on appelle Objet la personne (réelle ou imaginaire) vers laquelle se dirige l'amour et le désir. C'est la personne visée par les pulsions d'une autre. L'objet peut-être réel ou fantasmatique.

La relation d'objet : est la relation qu'entretient une personne (un sujet) avec son entourage. Cette relation d'objet est en grande part fantasmatique (imaginaire), c'est-à-dire faite de représentations qui modifient l'appréhension de la réalité et du lien à l'autre. (Ex. la relation à l'infirmière).

La libido peut donc se fixer, se retirer ou passer d'un objet à un autre (ou d'une représentation à une autre). On parle d'investissement libidinal.

3) Le point de vue dynamique

La pulsion : La pulsion est une tension qui prend sa source dans le corps et qui a pour but un objet apportant une satisfaction. La pulsion se transforme en une excitation pour le psychisme qui doit la réduire et l'éteindre pour retrouver son équilibre (ex. vérification obsessionnelle).

Les objets de la pulsion sont multiples et ne se limitent pas à la recherche d'un partenaire sexuel.

On distingue les pulsions de vie (Eros) qui visent la conservation de la vie, du plaisir, et les pulsions de mort (Thanatos) qui tentent de détruire le travail des pulsions de vie. Tournées vers l'intérieur elles visent l'autodestruction (suicide, anorexie), tournées vers l'extérieur elles visent la destruction et l'agression. Tout le monde possède en soi ces pulsions et l'équilibre de la personnalité va dépendre de l'équilibre entre les poussées pulsionnelles et la réponse de l'appareil psychique.

Le refoulement : Le refoulement permet d'éviter un conflit entre le Moi et le ça en rejetant dans l'inconscient la pulsion inacceptable. Car ce qui peut être agréable pour le ça, peut-être source de déplaisir et d'angoisse pour le Moi. Ces éléments refoulés peuvent revenir sous diverses formes comme les lapsus, les

actes manqués, les rêves, mais aussi sous forme de symptômes (angoisses, obsessions...). C'est alors qu'ils nécessitent d'être analysés en psychothérapie pour que le souvenir dont ils sont issus revienne à la conscience de manière à ne plus être douloureux pour le sujet.

Le symptôme : En médecine, le symptôme est un signe révélateur de la maladie. Il permet de découvrir ce dont souffre le malade et de le guérir. Le symptôme disparaît alors.

En psychanalyse, le symptôme révèle un conflit psychique inconscient. Il ne s'agit donc pas d'éradiquer le symptôme mais d'en comprendre le sens car il vient parler à la place du sujet. Sous l'effet de l'analyse, le symptôme va se modifier de sorte à ne plus être source de douleur.

Certaines psychothérapies non psychanalytiques visent à supprimer rapidement le symptôme (ex. thérapies comportementalistes) mais l'on s'aperçoit souvent que le symptôme réapparaît ailleurs sous une autre forme (on dit qu'il se déplace) car le conflit psychique sous-jacent n'a pas été réglé.

Le lapsus : C'est un mot inattendu, qui surgit de la bouche d'un individu tout à fait par surprise. Il n'est pas le mot que consciemment il avait prévu de dire et trahit le désir inconscient du sujet.

L'acte manqué : C'est un acte ou action inattendus, qui vient contrarier l'acte ou l'action que consciemment l'on avait projeté de faire.

Exemple : rater le train que l'on avait prévu de prendre pour un voyage auquel on tenait beaucoup.

Le transfert : Le transfert peut se définir comme une intense relation affective, voire amoureuse, du patient à son psychanalyste (transfert positif). Mais il peut aussi être composé d'éléments agressifs ou haineux (transfert négatif). En réalité, ce n'est pas l'analyste qui est visé. Il s'agit en fait d'une relation imaginaire dans laquelle l'analyste vient incarner des figures de la vie du patient. C'est cela que signifie « transférer », c'est déplacer sur le psychanalyste des sentiments qui concernent des personnes de l'entourage présent et passé de l'analysant. Le transfert est le lieu de répétition d'émotions anciennes, c'est lui

qui fait que le patient revient et a envie de parler. C'est en maniant le transfert que le psychanalyste va aider son patient à se remémorer son histoire et à en être l'acteur au lieu de la subir passivement.

Il y'a des transferts possibles dans d'autres domaines qu'en psychanalyse. Entre un patient et son médecin, ou entre un patient et les personnes qui le soignent. Dans ces autres contextes, on ne va pas travailler sur le transfert mais on va le repérer et faire avec. Cela nous permet de comprendre que l'agressivité d'un patient ne s'adresse pas forcément à nous.

IV) Conclusion

La psychanalyse est une théorie complexe et complète qui continue d'apporter un éclairage très riche dans de nombreux domaines liés au soin et à l'éducation. Elle est à la fois :

- Une méthode d'investigation du psychisme humain.
- Une théorisation du fonctionnement psychique (métapsychologie).
- Une technique psychothérapeutique originale.

Les détracteurs de la psychanalyse l'accusent d'être longue et coûteuse, de s'adresser aux « biens portants », et d'accorder une trop grande place aux pulsions sexuelles et à l'enfance du sujet.

Depuis plusieurs années, des psychanalystes, des psychologues et des psychiatres pratiquent ce qu'on appelle des Psychothérapies d'Inspiration Psychanalytique (PIP). Il s'agit de psychothérapies en face à face, qui s'inspirent des théories psychanalytiques sans être « la cure type » c'est-à-dire une psychanalyse telle que Freud l'a inventée.

Avant d'aborder l'analyse de la demande en consultation ainsi que les références majeurs du cadre thérapeutiques et les pièges auxquels le thérapeute se heurte dans la psychothérapie, il faut tenter de définir c'est quoi la psychothérapie psychanalytique ? Donc c'est un ensemble de techniques psychanalytiques qui permet à réduire les résistances, les inhibitions, le refoulement et les expériences traumatiques, pour bute de traiter les troubles psychiques. Donc c'est un dispositif et cadre par lequel le psychothérapeute a l'accès à la réalité psychique qui lui permet de comprendre le fonctionnement psychique de l'individu à l'aide de certains techniques (entretien, observation, compréhension et analyse du rêve, tests projectifs etc).

L'analyse de la demande dans le cas de l'enfant et l'adolescent, consultation et prise en charge

Par : Roger PERRON

Introduction

Dans de nombreux pays, le psychologue clinicien, si bien formé soit-il, n'est pas préparé par ses études universitaires à conduire des psychothérapies. S'il y songe en souhaitant se référer au corpus théorico-pratique de la psychanalyse, il bute sur cette évidence que la lecture des textes psychanalytiques ne suffit pas; on lui objectera, à juste titre, que la première condition pour conduire une action au nom de la psychanalyse (condition nécessaire et d'ailleurs non suffisante), c'est l'analyse personnelle...

Il faut savoir que la formation et les conditions d'exercice de la psychanalyse (qu'il s'agisse de la "cure classique", ou, par extension, des psychothérapies psychanalytiques) ont été définies par un organisme créé par Freud lui-même, l'Association Internationale de Psychanalyse (I.T.A.). En France, il existe deux Sociétés de Psychanalyse qui se réfèrent à ces règles: la Société Psychanalytique de Paris (S.P.P.) et l'Association Psychanalytique de France (A.P.F.). Il se trouve sans doute de bon psychanalystes dans d'autres

groupes. La difficulté est cependant que, en France comme dans bien d'autres pays, cette profession ne fait l'objet d'aucune définition garantie par les pouvoirs publics; n'importe qui, quelle que soit sa formation, et même sans aucune formation, peut se dire psychanalyste. Face à la prolifération de pseudo-psychanalystes qui en fait usurpent le titre, et parfois conduisent des "cures" dans des conditions déontologiquement inacceptables, les analystes sérieux s'alarment. Ils sont donc hostiles à toute pratique de la psychothérapie qui se dirait psychanalytique", dès lors qu'elle serait conduite par quelqu'un qui n'aurait pas satisfait à des règles précises, et n'aurait d'abord fait l'expérience d'une analyse personnelle.

Cependant, il est bien clair que le problème doit être repensé en fonction des conditions propres à chaque pays. La psychanalyse en tant que telle reste à créer en algérie. Par contre, il s'y trouve des psychologues cliniciens bien formés. Ceux-ci, dans le cadre ordinaire de leur pratique, sont parfois de fait conduits à revoir un même consultant une seconde fois, une troisième fois, etc... et dès lors peuvent se trouver engagés dans une relation durable. Face à la demande du consultant, et faute de pouvoir l'adresser à un psychanalyste psychothérapeute compétent, le psychologue clinicien ne va-t-il pas se trouver, fût-ce à son corps défendant, conduit à en assumer la position ?

D'où l'alternative : ou bien il refuse par principe tout contact durable avec un consultant, ou bien il l'accepte, se trouvant dès lors assumer une prise en charge psychologique" (préférons d'emblée ce terme pour éviter les pièges du termes "psychothérapie"). Je soutiendrai ici que, dans les conditions actuelles en Algérie, il est légitime qu'un psychologue clinicien expérimenté prenne la seconde position, s'il sent pouvoir la tenir. Je formulerai dans ce qui suit quelques indications sur ce qui alors peut définir et cadrer sa position, et par là le garder des dérives les plus dangereuses. Certaines de ces propositions sont valables que le consultant soit un adulte, un adolescent ou un enfant ; cependant, je centrerai plus particulièrement mon propos -ainsi qu'il m'a été demandé- sur le cas des enfants et des adolescents.

1. Qui demande, quoi, à qui ?

On peut répartir de ce qui définit la position du psychologue clinicien, même dans le cas d'un contrat unique à visée d'évaluation du fonctionnement psychique du consultant: quelqu'un lui demande quelque chose, et il s'efforce de répondre au mieux à cette demande. Il se crée alors une situation qu'on peut analyser comme suit:

A. Cette situation est toujours définie par trois caractéristiques fondamentales:

1. C'est une relation de personne à personne. Le psychologue n'est pas un technicien visant à caractériser, par simple analyse de mécanismes défectueux, le mauvais fonctionnement d'une machine. Il y a homologie des deux protagonistes. Ceci doit être posé d'emblée, et porte d'importantes conséquences. Au plan déontologique d'abord: le consultant, par définition, quel que soit son âge, et quelques difficultés qu'il présente, est égal en droits au psychologue; toute manipulation est donc exclue. Au plan pratique et technique ensuite : seule cette position de respect de l'autre peut créer le climat de collaboration fructueuse nécessaire à la démarche du diagnostic psychologique, et éventuellement de la prise en charge ultérieure.

2. Cependant, cette relation est asymétrique, car l'une de ces personnes demande quelque chose à l'autre.

3. Le (la) psychologue est censé(e) savoir plus (y compris en savoir plus sur le sujet que le sujet lui-même) et pouvoir plus (pouvoir répondre à la demande, porter remède à ce qui ne va pas”).

Tout ceci décrit la position du psychologue praticien; il en va différemment lorsque le même psychologue clinicien conduit une recherche: car alors, en général, c'est lui qui demande quelque chose à l'autre....

B. Ceci est vrai dans tous les cas. Mais lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents, qui demande quoi, et à qui ? (c'est-à-dire quelle figure est-elle attribuée au psychologue clinicien ?)

1. qui demande ? C'est très rarement l'enfant lui-même. Le plus souvent, ce sont les parents (et il faut alors s'interroger: pourquoi la demande est-elle formulée par le père, ou par la mère, ou par le couple parental se présentant comme tel ?) Le demandeur peut être un enseignant, ou un médecin, généraliste, pédiatre ou psychiatre; etc. Mais, dans tous ces cas, des adultes parlent au nom de l'enfant, c'est-à-dire au nom de ce qui est supposé être son bien actuel et futur. Or ceci tend à placer l'enfant en position passive et/ou de refus, larvé ou explicite, et à masquer sa propre demande, qui peut être très différente.

Lorsque l'enfant allègue une demande, il est fréquent qu'elle reproduise simplement celle de l'adulte ("je travaille mal en classe", etc); mais souvent alors on a l'impression que c'est un écho, plus ou moins bien intégré, du discours des adultes. Il arrive parfois que la demande de l'enfant soit explicitement différente ("mes parents disent que je suis méchant, mais mon père me tape quand il a bu, faites quelque chose", etc). Assez souvent, il n'y a chez l'enfant aucune demande apparente. En fait il y en a toujours une... et c'est l'un des objectifs majeurs du psychologue que de lui permettre de s'exprimer.

2. on demande quoi ? les motifs allégués sont en général assez peu variés. Ils se rangent sous deux grandes rubriques, les incapacités et les fautes.

Les incapacités peuvent concerner des retards du langage, des retards psycho-moteurs, la maladresse, l'instabilité, plus tard des retards et incapacités scolaires, puis des incapacités d'ordre professionnel, etc. Ces incapacités sont en général imputées en proportions variables à "il ne peut pas" (l'accent est alors mis sur une insuffisance, atteignant des valeurs essentielles), et à "il ne veut pas" (prévaut alors la condamnation morale: paresse, opposition "caractérielle", etc).

Les fautes les plus banales sont de l'ordre de la mauvaise conduite, des mauvaises fréquentations, de la pré-délinquance ou délinquance, des vols, voire des toxicomanies, etc. Mais sous les motifs allégués, il y en a toujours d'autres.

Chez les parents, il y a souvent demande de remédiation à une souffrance, et demande d'allègement de l'atteinte narcissique, lorsque prévaut l'image d'un enfant "abîmé", qui se conduit mal, etc. On a parfois affaire à une demande

d'alliance, contre le conjoint (“établissez que “ça vient de son côté”, pas du mien”; “faites la preuve qu'il (elle) n'est pas un bon père (mère)”, etc), contre les enseignants (“le maître ne leur apprend rien, il lui fait peur”, etc). Mais souvent aussi, le parent demandeur passe par le truchement d'une demande pour l'enfant dans l'espoir inavoué d'une aide personnelle. Ce dernier type de demande est difficile à dégager, et la souligner trop vite risque de soulever de vives protestations; il y faut en général la confiance établie par plusieurs contacts, et les possibilités d'un travail en équipe, deux personnes différentes s'occupant de l'enfant et du parent concerné.

De même, sous la demande alléguée de l'enfant, ou sa non-demande apparente, il y en a toujours une: être entendu, reconnu comme personne, pour ce qu'il est, en deçà de ses actes, et aimé...

Le psychologue clinicien est dans une position difficile à l'entrecroisement de ces demandes, de leurs ambivalences chez chacun des acteurs, de leurs contradictions entre acteurs ...

3. Tout ceci est demandé **à qui** ? Le psychologue clinicien peut être perçu et traité comme: un parent qui réussira ce qu'on ne réussit pas soi-même; un médecin, un psychiatre; un enseignant très qualifié; quelqu'un qui dispose de solutions magiques; quelqu'un de redoutable parce qu'il “lit les pensées secrètes”; quelqu'un de dérisoire parce qu'il ne sait que parler, et que “les paroles ça ne sert à rien”, etc... Il lui faut se donner les moyens de repérer quelle figure lui prête chacun des protagonistes, et ajuster sa position face à tous ces possibles. **(Perron,1992)**

Les problèmes du cadre en PIP et en Psychanalyse Par : (Perron Roger)

En psychanalyse, on entend par « cadre » l'ensemble des conventions, du « contrat » passé entre l'analyste et le patient lorsqu'ils décident d'engager une relation thérapeutique. Cela doit être dit explicitement dès les premiers entretiens : il est nécessaire que ce « contrat » soit passé de façon aussi claire que possible. Il est donc impératif que l'analyste soit au clair avec ce qu'il propose, et les raisons pour lesquelles il le propose ; et qu'il soit clair dans ce qu'il en dit. Cela suppose qu'il écoute les questions du consultant, qu'il accueille sérieusement ses objections, et qu'il y réponde le mieux possible. Bien entendu, il ne s'agit pas alors de se justifier, mais de montrer que ce qui se développera de la relation thérapeutique doit être strictement délimité d'emblée par des règles sans ambiguïté ; et que ces règles ne procèdent pas de l'arbitraire, du bon plaisir de l'analyste, qu'elles sont fixées par l'institution à laquelle il se réfère, et qu'elles s'imposent également aux deux protagonistes

J'énoncerai ici les principales règles usuelles dans le cas de l'analyse « classique », divan-fauteuil ; elles sont transposables assez exactement pour les autres modes d'action de l'analyste, en particulier pour les psychothérapies « en face à face » ; et, sans aucun doute, elles s'imposent également au psychologue non psychanalyste qui conduit des psychothérapies – qu'il choisisse de nommer ainsi son action, ou qu'il préfère parler de « prise en charge psychologique », etc.- s'il veut éviter les très graves difficultés auxquelles il s'exposerait en ne cadrant pas strictement et d'emblée la relation avec le patient, **Perron** mentionnerai quatre aspects majeurs du cadre, à savoir :

1. Le temps et l'argent

Il est indispensable que, au delà du ou des entretiens préliminaires, et lorsqu'on convient de rendez-vous réguliers, les choses soient parfaitement claires en ce qui concerne le temps (horaire et durée des séances) et l'argent (leur prix et le moment du paiement).

Il va de soi que le thérapeute respecte très strictement l'horaire, et ne peut sous aucun prétexte se permettre d'être en retard : comment autrement exiger du patient qu'il paye intégralement un temps écourté ? Si cependant, très exceptionnellement et pour des raisons réellement indépendantes de sa volonté, il ne commence une séance qu'après l'heure, il offre au patient d'allonger d'autant une séance ultérieure. S'il ne peut faire autrement que de supprimer une séance, il en prévient suffisamment à l'avance et offre ses excuses. Tout ceci va de soi si l'on suit les règles élémentaires de la politesse, mais cela va au delà : la relation thérapeutique est une relation de confiance et de respect mutuel.

La question peut paraître plus délicate en ce qui concerne la durée des séances, en France tout au moins depuis que Lacan a introduit la pratique des séances à durée variable, en fait écourtées. Il avait tenté de justifier cela en disant que cette pratique (dite de « scansion ») avait l'avantage de constituer un mode d'interprétation, où l'on signifierait au patient, en mettant fin à la séance (éventuellement après 5 minutes !) que ce qu'il vient de dire est particulièrement important... C'est précisément sur ce point de technique, et quelques autres, que Lacan, condamné par ses collègues de la Société Psychanalytique de Paris (SPP), avait provoqué la première scission psychanalytique en France (en 1953), et que l'Association Internationale de Psychanalyse (API) avait refusé sa réintégration. Des psychanalystes qui se réclament de lui (et s'affirment « lacaniens ») procèdent cependant encore ainsi aujourd'hui. Je le dirai ici tout net, en mon nom propre mais sachant que mes amis de la SPP (et plus généralement de sociétés affiliées à l'API) partagent cette position, qu'il s'agit là d'une pratique inacceptable. La justification théorique ne tient pas : le patient risque fort de voir dans cette interruption une marque de désintérêt ou d'ennui de l'analyste, et peut-être de mépris. La pratique elle-même est scandaleuse, donnant à l'analyste un excès de pouvoir exorbitant, et risquant fort de soumettre le patient aux caprices de son humeur du moment. Le fait que le patient puisse déclarer lui-même que c'est bien ainsi - cela arrive ! - est particulièrement attristant, dans la mesure où il témoigne d'une soumission masochiste à un certain sadisme – à tout le moins à

une emprise excessive - de l'analyste. Que des personnalités fragiles et portées à une telle soumission s'y prêtent n'est pas une excuse, au contraire... En conséquence, la durée des séances doit être toujours la même, quoi qu'il arrive. Freud donnait des séances d'une heure ; les analystes de la SPP règlent la durée à trois quarts d'heure lorsqu'il s'agit d'analyse « de divan », et le plus souvent dans la situation du face à face. En ce dernier cas cependant, avec des enfants ou des adultes très perturbés, on peut prévoir des séances plus courtes (par exemple d'une demi-heure) mais ici encore, sauf circonstances exceptionnelles, cette durée doit être respectée. Il va de soi que le prix des séances doit être dit d'emblée, et toujours respecté ensuite. Il est souhaitable que ce prix soit ajusté aux ressources du patient. Demander un prix excessif au regard de ces ressources risque fort de gêner sensiblement le processus thérapeutique (ne serait-ce que du fait de la culpabilité qu'en éprouvera le thérapeute...); demander trop peu risque de donner au patient la sensation que cela ne vaut pas grand chose, et qu'un thérapeute qui demande si peu est lui-même de peu de valeur et, ayant peu de clients, ne peut les retenir autrement. La fixation du prix, qui doit en règle générale survenir dès la première séance, est de ce fait souvent délicate : attention au masochisme ou à la vantardise de certains, qui paieront trop, et vous en voudront, attention à la roublardise d'autres, qui paieront trop peu et s'en culpabiliseront ! Lorsqu'on travaille en institution, il est très utile que ce soit l'institution qui prévoie des tarifs différents selon les cas, et que soient utilisées les aides sociales disponibles. || existe en France quelques institutions où ces dispositifs permettent des traitements entièrement gratuits pour le patient, mais payés bien entendus à l'analyste. Ils sont en principe réservés à des personnes ne disposant que de faibles ressources, et l'expérience montre que cette gratuité n'est pas un inconvénient. Il arrive d'ailleurs qu'un patient dont les ressources s'améliorent demande à payer, montrant par là qu'il ressent cela comme l'accès à une prise en charge personnelle plus nette de son traitement.

Enfin, les analystes français ont coutume d'indiquer d'emblée que « les séances manquées sont dues, quelle qu'en soit la raison », et j'ajoute personnellement que

cela signifie que si le patient ne vient pas, je l'attends et suis prêt à le recevoir. Donc pas question de fixer un autre rendez-vous si le patient a annoncé qu'il ne viendrait pas tel jour : il faut être effectivement présent et prêt à le recevoir s'il vient en dépit de ce qu'il avait annoncé. Il faut cependant s'attendre à ce qu'un jour, celui qui avait accepté sans difficulté cette règle la conteste : « oui bien sûr, mais là je ne pouvais pas faire autrement ! ». Il faut tenir bon : c'est un des points où le respect des conventions est impératif. Ce n'est pas toujours facile. La justification est que pour l'analyste présent dans son cabinet lors même que le patient ne vient pas, la séance existe même en son absence : si c'est dit (je dis en ce qui me concerne pour justifier cette règle « ce temps vous appartient »), cela rassure en fait le patient en lui donnant le sentiment d'une continuité qui n'est pas à la merci de ses résistances, de ses tentatives de fuite, etc.

2. la règle « tout dire, ne rien faire »

Elle est fondamentale.

« Tout dire »... On invite le patient à parler le plus librement possible : c'est la consigne d'« association libre », souvent énoncée sous la forme : « vous dites ce qui vous vient à l'esprit, même si cela vous paraît gênant, difficile à dire , etc. ». Il n'est pas indispensable de l'énoncer dans une situation en face à face, mais toute l'attitude du thérapeute invitera à une libre parole. Dans tous les cas, il faut savoir respecter les défenses du patient, et ne pas le bousculer par des interprétations trop hâtives : le thérapeute débutant commet souvent l'erreur d'interpréter trop et trop tôt. En fait, quelque chose qui lui paraît évident risque fort, en début de traitement, d'être méconnu et inacceptable pour le patient qui, choqué, prendra la fuite. La bonne interprétation est celle qui vient en son temps, parfois après un long mûrissement, et lorsque le patient, l'entendant, dit « oui, bien sûr... ». Il faut savoir que souvent - et surtout dans la situation du face à face il ne dira pas « tout » de ce qu'il sait : il est des aveux difficiles lorsqu'on se sent coupable, honteux, humilié... Il risque encore plus de ne pas dire ce qu'il ne sait pas, car alors, bien évidemment, tout dépend de la capacité du thérapeute à faire apparaître ce qui était méconnu et qui, enfin, pourra être dit.

« Ne rien faire... » La règle de libre parole a pour complément nécessaire la règle d'abstinence. Si la situation thérapeutique veut rester saine, elle doit rester strictement cadrée comme professionnelle. Le thérapeute s'abstient donc de tout acte qui, même banal, serait du domaine d'une relation privée. Il faut éviter tout contact personnel, hormis (éventuellement) la banale poignée de mains. A fortiori, tout ce qui peut mettre sur la voie d'une relation explicitement sexualisée, voire sexuelle, est bien sûr totalement prohibé. Pendant toute la séance, le thérapeute et le patient gardent leurs positions respectives (fauteuil - fauteuil ou divan - fauteuil) et ne les quittent qu'à la fin.

Mais au delà le précepte « ne pas nuire » est un impératif déontologique fondamental : on s'abstient de faire, et même de dire, ce qui pourrait nuire au patient ou à l'une des personnes qu'il évoque. Ce n'est pas toujours facile, car on peut nuire à son insu, par maladresse, du fait d'un mouvement irréfléchi, etc. C'est ici qu'apparaît l'importance de la surveillance de ses propres mouvements contre-transférentiels pour déjouer les pièges de la relation thérapeutique dont je parle ici. Par ailleurs, il va de soi que le thérapeute s'abstient, dans le traitement et en marge, de toute action qui ne serait qu'à son bénéfice personnel.

Ce qui complique les choses, c'est qu'on a parfois affaire à divers protagonistes d'un conflit ou d'un drame familial, amical, professionnel, etc. C'est banal en ce qui concerne les enfants et les adolescents ou les conflits de couple, etc. ; alors, une action (par interventions, interprétations, voire conseils si on ne peut pas l'éviter) risque toujours de conduire le patient à agir au détriment d'autres personnes. Il est important de ne pas, volontairement ou à son insu, se faire l'allié du patient contre d'autres personnes. Certains sont habiles à y piéger leur thérapeute.

Y a-t-il des exceptions à cette règle du non-agir ? Peut être, si apparaît un danger majeur pour le patient ou pour quelqu'un d'autre : on ne peut éviter alors d'intervenir, et même fermement. La relation thérapeutique en sera évidemment altérée, mais cela vaut mieux que de porter la culpabilité d'une non-assistance à personne en danger.

3. Le respect du secret

Le cas qui vient d'être évoqué peut conduire à poser la question du secret professionnel. Hormis un tel cas, rare, il est absolu : tout ce qui se dit et se passe en séance est rigoureusement couvert par le secret professionnel, même et surtout vis à vis des proches du patient, que dans toute la mesure du possible on tient à l'écart. Ce n'est qu'ainsi que le patient peut faire confiance à son thérapeute, et lui dire ce qui ne pourrait être dit à personne d'autre, et dont le poids parfois l'étouffait. Il y a trois exceptions possibles :

- les discussions avec des collègues, pour y voir plus clair dans un cas difficile, ou parce que le travail institutionnel y oblige (par exemple lorsque deux thérapeutes collaborent, l'un suivant la mère et l'autre l'enfant)
- les supervisions, où l'on rapporte un cas à un thérapeute expérimenté.

Dans tous les cas l'anonymat du patient doit être respecté. Au cours d'une longue pratique des discussions entre collègues et des supervisions, je ne me souviens pas d'un seul cas où ait été mentionné le nom de famille d'un patient.

- les publications. Elles sont nécessaires pour alimenter la réflexion professionnelle et promouvoir le progrès de la pratique, de la clinique, de la théorie. Mais il faut alors s'assurer que personne ne pourra identifier le patient, en lui donnant un prénom fictif, en modifiant certains détails biographiques etc. ; on s'abstient de mentionner des événements ou des détails personnels qui rendraient l'identification facile... et si ce travail de déguisement - transposition paraît impossible, on s'abstient de publier.

4. L'anonymat du thérapeute

Une longue histoire du mouvement analytique nous a appris l'importance de cette règle, complémentaire des deux précédentes (non-agir et respect du secret). L'analyste s'abstient de toute référence à sa vie privée, à ses opinions politiques et religieuses, etc., et ne doit chercher en aucune façon à gagner le patient à ses propres vues. Il faut y veiller, car elles risquent de s'infiltrer dans certaines interventions, à l'insu du thérapeute lui-même. Je suis bien conscient que cela peut être difficile dans le contexte algérien actuel : les options personnelles

peuvent être décryptées du fait de la langue qu'utilise le thérapeute, de sa façon de se vêtir, etc.

Tout ce que je viens d'énoncer concerne des règles longuement mises au point dans le contexte de la cure analytique « classique », divan-fauteuil ; cela reste valable pour l'essentiel dans le cas des psychothérapies en face à face, avec peut-être quelques aménagements dont on peut discuter. Il va de soi que, tout au long de son action avec un patient, le thérapeute respecte très strictement le cadre ainsi défini. Et le patient ? Il en va bien différemment : il n'est pas rare que, comme on dit, il « attaque le cadre ». Le plus fréquemment, cela concerne le temps et l'argent : il arrive en retard (ou au contraire très en avance, de façon à voir qui le précède), manque des séances, se trompe de jour ou d'heure, « oublie » de payer et laisse grossir sa dette, ou se trompe de façon réitérée quant à la somme à régler, etc. Il n'est pas rare, comme je l'ai dit précédemment, qu'il refuse de payer une séance manquée bien qu'il ait à l'origine accepter cette clause sans difficulté apparente. Etc... L'inventivité de certains patients, dont s'expriment ainsi les résistances, est remarquable. Pas d'autre règle pour le thérapeute que d'appeler, très fermement, au respect du cadre, sans aucune concession : surtout pas de marchandages ! Il est tout à fait évident qu'il ne le pourra que si, comme je l'ai dit, il le respecte lui-même : toute autre attitude serait à juste titre ressentie comme un abus de pouvoir intolérable par le patient, et par l'enfant en lui... **(Perron,2002).**

Sur les quelques pièges de la relation thérapeutique Par : Roger Perron

Professeur de psychologie et psychanalyste, Membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris.

1. Les buts de la relation thérapeutique :

1.1 Aider, soigner, alléger la souffrance ;

Qu'on soit psychiatre, psychologue ou psychanalyste, la visée générale de toutes nos actions lorsque nous prenons en charge un consultant qui demande notre aide, c'est bien sûr de l'aider à résoudre les difficultés auxquelles il se heurte, et souvent d'alléger sa souffrance.

Il peut s'agir de difficultés relationnelles précises, par exemple de mauvaises relations parents-enfant, d'une mésentente de couple, de difficultés sexuelles, de relations conflictuelles avec un employeur, etc. Il peut s'agir de difficultés d'adaptation plus générales, par exemple de conduites tout à fait inadéquates d'un jeune adulte lors de son entrée dans la vie active, de malaise dans les relations sociales banales, d'inhibitions majeures au travail, de conduites agressives, etc. En certains cas, ces difficultés sont clairement référées à des troubles de la personnalité, comme lorsqu'il s'agit d'une phobie ou de conduites obsessionnelles invalidantes, de crises d'angoisse « sans raison », d'un état dépressif chronique, etc. Mais il se peut aussi qu'on ait affaire à un trouble réactionnel créé par une situation ou un événement grave : dans le contexte actuel de l'Algérie, on pense évidemment au cas hélas fréquent du traumatisme psychique après une action sanglante.

Mais dans tous les cas, la visée de la prise en charge du consultant est bien, en réponse à sa demande, de l'aider, d'alléger sa souffrance, d'améliorer ses relations interpersonnelles et, plus fondamentalement, de favoriser les conditions d'un meilleur fonctionnement psychique. Il n'est pas nécessaire de poser qu'on réussira, mais il est nécessaire d'espérer, de parier qu'on y pourra quelque chose.

Il s'agit toujours en effet d'un pari, qui suppose une bonne information sur l'histoire et les conditions de vie du consultant, et, plus fondamentalement, une

bonne évaluation de son fonctionnement psychique. Mais cela suppose aussi que le thérapeute évalue ses propres possibilités thérapeutiques face à chaque demande. S'il sent qu'il ne pourra pas conduire correctement cette action (parce que le cas lui paraît trop difficile, parce que les difficultés en cause sont trop en résonance avec celles que lui-même affronte, parce qu'il se sent trop gagné par l'angoisse du consultant, parce qu'il se sent violemment choqué dans des valeurs à ses yeux fondamentales, etc.), alors il doit se récuser. Il est cependant nécessaire en pareil cas de ne pas purement et simplement refuser en laissant le demandeur « dans le vide » : on redirige vers un autre psychologue, un psychiatre, on suggère une autre forme d'aide (par exemple médicamenteuse), etc.

1.2 L'analyse de la demande (voir le cours précédent).

2. Des pièges possibles :

Les pièges sont ensuite nombreux dans lesquels risque de tomber le thérapeute : il a sa propre dynamique, son histoire personnelle, ses conflits. S'il ne maîtrise pas suffisamment tout cela, il risque l'intervention ou l'action inadéquate, qui procéderaient plus de sa conflictualité personnelle que de l'intérêt du patient. Ce sont les pièges du contre-transfert.

Il faut s'en défier tout particulièrement lorsqu'on est tenté de fallacieusement se justifier en se disant : « c'est pour son bien ! ». Nous ne sommes pas son père, sa mère, son frère ou sa sœur, son professeur, son référent en matière religieuse, etc. : les conseils, les objurgations, les ordres, les attitudes compatissantes, il n'a que trop connu tout cela. Notre position est autre : l'aider à comprendre, à sentir, ce qui se passe en lui même ; l'aider à reprendre en mains son propre destin. La seule attitude valable du psychothérapeute, c'est que son patient soit, avec son aide, sujet et agent de son propre destin, et non pas objet de ses « soins »...

Je commenterai dans ce qui suit quelques-uns des pièges qui guettent tout particulièrement le psychothérapeute.

1. La tentation de se sentir « supérieur »

Ce peut être assez tentant, surtout pour le débutant fier de son accès à cette

profession difficile. Si vous cédez au plaisir d'être le spécialiste du fonctionnement psychique, qui connaît et connaîtra beaucoup de lui alors que lui ne connaît rien de vous, si de plus vous vous sentez plus cultivé, et pourquoi pas plus intelligent... alors vous aurez tort. Rien de bon ne peut sortir d'une telle attitude, qu'elle s'accompagne de condescendance, ou pire, d'un peu de mépris, et qui de plus risque de conduire tout droit à quelques inacceptables manipulations (« pour son bien », évidemment !). Bien sûr, l'action du psychothérapeute vise à permettre au patient de modifier ses façons de voir, de sentir, de penser, et parfois bien au-delà de ce que lui-même peut en penser et en espérer (ou craindre) au début. Mais il faut toujours se rappeler qu'en conduisant ainsi le traitement, on agit au nom de ce qu'il sera si tout va bien, c'est à dire quelqu'un de plus libre. La liberté personnelle est le but essentiel de toute entreprise de ce genre, liberté qui se gagne à s'affranchir de conflits internes jusque là obérants, et liberté des relations interpersonnelles.

2. Le plaisir de la maîtrise

Il s'agit en effet de permettre au patient de devenir plus libre. Il serait donc contradictoire d'instaurer une relation d'autorité qui le renverrait à sa situation d'enfant, voire d'élève d'un maître sévère. En règle générale, le psychothérapeute doit s'abstenir de donner des conseils, des directives ; mais il doit aussi se défier des interventions par lesquelles il se donnerait le contestable plaisir d'apparaître en position dominante, comme celui qui sait mieux, qui peut dire le prescrit et l'interdit, le bon, le juste, ou comme celui qui sait mieux, pense mieux, etc. Ceci, c'est la maîtrise à court terme. Plus insidieuse est l'emprise : une relation d'emprise s'installe lorsque s'établit entre deux personnes un rapport tel que l'une se considère comme assujettie à l'autre, et en fait un modèle admiré, redouté, au point de lui soumettre toute sa vie, en pensée et en actes. C'est fondamentalement et totalement en contradiction avec la liberté qui est le but même de la psychothérapie ; l'un des reproches majeurs qu'on puisse adresser à Lacan, c'est d'avoir établi de telles relations avec ses patients, et lancé certains de ses successeurs sur la même voie, celle de la dépendance.

3. La tentation pédagogique

C'est la tentation d'être pour le patient un « bon maître », un « bon père », etc. Ce peut être tentant pour certains thérapeutes, même si ce ne sont pas toujours les meilleurs maîtres, les meilleurs pères dans leur vie personnelle. Si l'on est ainsi tenté de se poser en modèle à suivre, il est urgent de se demander : suis-je si satisfait de moi ? Et il faut bien voir que souvent le patient n'a que trop eu affaire à des « bons maîtres », des « bons pères », qui le maltraitaient « pour son bien » ! Il a en général besoin d'autre chose : que quelqu'un, justement, s'abstienne enfin de lui dire ce qu'il doit faire, s'abstienne de juger, de conseiller, de féliciter, de réprimander... que quelqu'un, enfin, se taise et écoute.

4. Le prosélytisme

C'est la tentation de faire prévaloir son propre système de valeurs (morales, politiques, religieuses, etc.), la tentation d'y gagner le patient, sur qui on sent bien qu'on peut avoir beaucoup d'influence. Il faut être vigilant. Mais il faut bien sûr distinguer des valeurs générales et d'autres qui sont plus ouvertes au choix personnel. Les valeurs générales sont celles qui sont et doivent être acceptées par tous dans une société donnée, et d'abord le respect d'autrui. La tolérance, le droit de chacun d'être ce qu'il est, ce qu'il peut être, dès l'instant où cela ne nuit à personne, est à mes yeux la valeur centrale du psychothérapeute. Il est au service de la vie autant que de la liberté. Autant dire que son idéal est démocratique, au meilleur sens du terme si l'on entend par là, précisément, ce que je viens de dire (et ce n'est évidemment pas par hasard que bien des régimes dictatoriaux ont persécuté les psychanalystes, les psychothérapeutes, les psychologues, et plus généralement les spécialistes des sciences humaines). De ces valeurs générales, il faut évidemment distinguer des valeurs plus particulières, que chacun choisit au mieux de ses possibilités de choix, en ce qui concerne ses options politiques, religieuses, familiales, etc. : ce sont celles-là que le psychothérapeute doit considérer comme de sa vie privée, et qui ne doivent en aucune façon interférer avec son travail.

5. Les conseils

Il en résulte qu'on doit s'abstenir, autant qu'il est possible, de donner des conseils. La vie courante montre bien que les conseils suivent deux destins : ou bien on les suit, ça tourne mal (il y a tant de moyens de démontrer qu'un bon conseil était mauvais !), et on en veut à celui qui l'avait donné ; ou bien on ne les suit pas, ça tourne mal, et on en veut au conseiller de n'avoir pas été plus ferme... Il reste qu'assez souvent, quand on voit un patient sur le point de se conduire de façon catastrophique, pour lui et/ou pour quelqu'un d'autre, on est bien tenté de l'en dissuader, de le diriger fermement vers une autre conduite, moins préjudiciable. C'est là qu'on risque de se retrouver dans la situation que je viens de décrire, où le patient vous en voudra, et où la suite de la thérapie deviendra plus difficile, en admettant qu'il ne l'interrompe pas brutalement. Plutôt que de donner un conseil, il est préférable de rester dans son rôle, en disant en substance : avant que vous n'agissiez ainsi, réfléchissons ensemble à ce qui vous porte à agir ainsi. Analysons la situation et vos motivations ! On reste ainsi dans son rôle ; les motivations s'éclairant, l'action d'abord projetée (sous le coup de la colère, de la passion, de l'humiliation, etc.) apparaît au patient beaucoup moins légitime, d'autant plus que ce temps de réflexion en a différé la production.

6. La séduction

C'est probablement le piège le plus insidieux. Il est si agréable de plaire ! La position du psychothérapeute est parfois difficile à tenir puisque, si tout va bien, le patient investit son thérapeute dans le transfert. Si on a une bonne formation et une bonne expérience, il n'est pas trop difficile de se garder du piège le plus apparent, celui d'une séduction sexuée, sinon sexuelle. Il est essentiel alors de garder une position professionnelle : ceci ne veut pas dire une position froide et distante, mais bien une position strictement délimitée par le « cadre » dont je parle ici par ailleurs. De plus, rappelez-vous que, quels que soient vos charmes personnels, ce n'est pas vraiment à vous que s'adresse un éventuel mouvement amoureux : la définition du transfert, c'est en effet que se reporte alors sur la personne du thérapeute ce qui en fait s'adresse, s'adressait, à quelqu'un d'autre.

Mais, si l'on est bien gardé de ce côté, on n'est pas sorti pour autant des difficultés possibles. Car c'est bien en tant que thérapeute qu'on peut être tenté de plaire. Si le patient vante vos qualités à cet égard (vous êtes intelligent, sympathique, cultivé, compréhensif, chaleureux, etc.) n'en tirez pas trop vanité : il est bien probable qu'il aurait dit la même chose à un autre thérapeute dans les mêmes conditions... Il faut être particulièrement prudent lors des premiers contacts, surtout en pratique privée : si on a besoin de clients, on est tenté de retenir celui qui se présente en le séduisant. Prudence ! Cela risque de se payer ensuite de difficultés imprévues. De toutes façons celui qui souffre et demande de l'aide n'est pas un poisson à appâter avant de le pêcher... le demandeur, c'est lui, pas vous.

7. La position réparatrice

Elle découle de tout ce qui précède. On aime bien se sentir bon... Face à quelqu'un qui souffre et semble-t-il du fait même de ce que d'autres lui font subir, on est tout naturellement porté à se sentir meilleur que ces gens-là. La position est alors implicitement : « ces gens t'ont fait du mal, mais moi je vais réparer le mal, car je suis meilleur qu'eux ». C'est fréquent dans le cas des enfants, dans les cas hélas nombreux de parents maltraitants (qu'il s'agisse de violences physiques ou de violences, plus graves encore, d'ordre psychologique) lorsque l'enfant a subi des agressions sexuelles, ou est en butte à la méchanceté d'un mauvais pédagogue, etc. Je sais que personnellement il m'est arrivé d'être indigné, mais je ne l'ai je crois jamais directement exprimé à l'enfant. Ce serait en effet une erreur, lorsqu'on est psychothérapeute (ce serait autre chose si on était travailleur social) d'apparaître à l'enfant comme un adulte qui fait alliance avec lui contre d'autres adultes ; on est un adulte qui le prend au sérieux, qui l'écoute, le comprend, reconnaît sa souffrance, et fait alliance avec lui pour lui permettre de devenir ce qu'il aspire à être (dans le cadre des valeurs générales dont j'ai parlé plus haut). Bien sûr, ceci ne se limite pas aux enfants : en tout adulte qui s'adresse à un psychothérapeute, il y a un enfant qui crie au secours... Tels sont donc les principaux pièges qui guettent le psychothérapeute. Ils sont

cours P.I.P- L3- clinique

nombreux et difficiles à déjouer. C'est pourquoi il y faut une longue formation, jamais achevée... (**Perron,2002**)

La thérapie par la parole et la pensée
La psychothérapie d'inspiration psychanalytique :
une nécessité clinique

SI MOUSSI
Professeur en psychologie clinique
Université d'Alger

Introduction

Cette réflexion constitue une condensation de certains constats cliniques fondamentaux d'une pratique clinique personnelle et d'une expérience de formation continue en groupe sur plus d'une décennie. Elle s'appuie sur une population de patients souffrant de troubles psychologiques essentiellement d'allure névrotique. Elle est la somme de discussions et de formations de groupe ; d'abord au sein du groupe du Bureau d'Aide Psychologique aux Etudiants (BAPE, Université d'Alger, de 1989 à 1993 ; ensuite, dans le groupe de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (ex. groupe de réflexion sur la relation d'aide psychologique) au sein de l'Association de Psychologie d'Alger (Association de Psychologie Algérienne) de 1993 à ce jour.

Les données présentées ici ont deux sources principales :

- L'expérience directe avec les patients, soit plus de cinq cent, dont près de quatre vingt pour cent représentent de jeunes adultes des deux sexes. Ces données vont d'un seul entretien pour une partie d'entre eux, à près d'une décennie de psychothérapie, dans certains cas.
- Les séances d'illustrations cliniques dans le groupe, soit au nombre de 280, soit 40 présentations de cas par an, si nous comptons seulement celles des sept ans passés à l'APA.

1- Les miracles du psychisme et de la psychothérapie

Pourquoi intituler cette intervention « thérapie par la parole et par la pensée » ? Il s'agit en partie d'un hommage aux patients algériens qui nous interpellent très souvent sur ce mystère par des questions du type :

- « comment peut-on guérir seulement en venant parler ? »
- Vous ne donnez rien ?
- Quelle est votre technique ?
- Comment se fait cette opération ? ».

A première vue, on peut mettre ces questions sur le compte de la méconnaissance de la psychothérapie par les algériens. Au fond, elles évoquent implicitement un miracle de l'homme et de la pensée

difficile à objectiver. Dans ce sens, la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, constitue toujours une découverte singulière et une création entre deux personnes dans une rencontre spécifique et concrète. Dans cette relation et cette communication, se résolvent les mystères de l'homme et de la personne. Le patient découvre à la fois les lois du psychisme et ses propres lois. Cette dynamique permet d'accéder, à la fois, à la définition de l'homme dans ce qu'il a de semblable et de différent. Rappelons que l'enjeu d'une telle thérapie consiste essentiellement à vaincre, sinon à réduire, les résistances à penser. Les inhibitions, le refoulement, les expériences traumatiques, au menu de tout développement, déformant, gauchissent les représentations de soi-même et des choses. Dans cette perspective, la psychothérapie, consiste à libérer la parole et la pensée de ces contraintes parfois très lourdes. La communication en tant que voix (voies) intérieures et en tant que lien avec l'extérieur (l'autre), apparaît au centre de ce processus. Elle consiste en une forme de répétition dans tous les sens du terme, des échanges en tous genres, qu'une personne a eu avec ses objets privilégiés, les parents.]

Dans ce cadre, on se dit souvent « on a tout vu ». Mais il y a toujours des choses nouvelles, bizarres, surprenantes et invraisemblables. La complexité, la richesse, la singularité des choses, des phénomènes et des personnes sont infinies. Il en va de même concernant l'issue des psychothérapies : tout apparaît possible. Alors qu'on peut croire une situation désespérée, immuable, on est surpris par une reprise inattendue des forces de la vie. Les choses peuvent aussi basculer de façon surprenante dans la direction inverse, de façon imprévisible. Ainsi, 'quelles' que soient les compétences et l'expérience d'un spécialiste, il est illusoire de croire qu'on peut tout contrôler et maîtriser.

Signalons néanmoins que nos résultats sont, dans l'ensemble, satisfaisants, reste-t-il difficile de les évaluer en ce domaine.

Nous présentons ici un modèle général qui ne peut pas faire cas des singularités du fonctionnement. L'observation de constats fondamentaux ne saurait contenir la diversité et la variété des symptomatologies, des dynamiques thérapeutiques et des fonctionnements personnels. Il s'agit de la dynamique générale, commune à l'ensemble de la population traitée. Comme tout modèle, il ne peut s'appliquer au fonctionnement personnel spécifique.

Rappelons avec Jean Cournut, les préalables nécessaires à la pratique de la psychanalyse, et les différences avec la psychothérapie psychanalytique. Le premier préalable posé par cet auteur et auquel

nous adhérons pleinement, est le fait d'être psychanalyste. On parle de psychothérapie psychanalytique quand le praticien est psychanalyste. Les caractéristiques communes sont :

- les mêmes références théoriques, soit l'ensemble du corpus et pas seulement telle ou telle de ses notions ;
- la même méthode : seul à seul (...), bureau fermé, secret assuré ; les corps parlent mais ne se touchent pas ; injonction à la libre association des idées, pensées, souvenirs, représentations, etc... ;
- le même cadre, investi de part et d'autre, avec notamment le respect du temps fixé à l'avance ;
- La différence concerne le dispositif, c'est-à-dire la position du corps et la fréquence des séances (*Psychothérapies psychanalytiques*, sous la direction de Jacqueline Schaeffer et Gilbert Diatkine, 1996, p.11). Rappelons que dans la cure psychanalytique, le patient est allongé sur un divan, et le psychanalyste est assis derrière lui, hors de son champ de vision. La fréquence des séances est pratiquement quotidienne ; elle est de trois séances, au moins, par semaine.

L'auteur ajoute : « on suppose qu'à un niveau général, il n'y a pas de processus psychothérapique spécifique, mais seulement un processus analytique (p.12).

Ces préalables sont indispensables à poser. Nous ne possédons pas la condition principale : être psychanalyste. Par contre, nous faisons de notre mieux pour respecter les préalables évoqués. C'est dans le sens d'emprunts théorico-techniques que nous parlons de psychothérapie d'inspiration psychanalytique, et non dans celui évoqué par Jean Cournut. Nous pratiquons cette psychothérapie par nécessité, dans la mesure où la formation à la psychanalyse est inexistante dans notre pays, et très difficile, voire impossible à l'étranger. Nous sommes face à un dilemme : pratiquer une technique pour laquelle nous ne réunissons pas la première condition, ou y renoncer, alors que des personnes peuvent en bénéficier pour atténuer leur souffrance. Je fais partie de ceux qui ont choisi la deuxième position, laquelle donne d'excellents résultats cliniques et humains. Nous sommes, de ce fait, appelés à plus de vigilance et de prudence. Il est évident que je recommande vivement aux personnes qui pourraient suivre une formation psychanalytique académique de le faire car elle est incontournable et irremplaçable. Les formations dispensées à l'APA ne constituent en aucun cas, une substitution à un tel manque, ni une invitation de ses membres, à une telle pratique. Elles constituent un effort de faire un travail proche et relativement contrôlé, pour répondre à une souffrance. Nous sommes conscients des limites scientifiques et techniques de notre démarche. L'état de la

psychanalyse en Algérie est semblable à celui de nombreux autres pays. Ces difficultés sont connues du mouvement psychanalytique international, qui organise la profession et qui définit les règles techniques et de formations.

Ces quelques précisions nous ont semblé utiles pour situer la portée et les limites de cette réflexion et des actions qui en découlent.

Dans la pratique, le respect des règles défini plus haut, améliore sensiblement la qualité du travail. Ainsi, la fixité des horaires, leur respect, le paiement des absences (quand les séances sont payantes) assurent une meilleure continuité et le déroulement du travail. Un psychothérapeute qui respecte le cadre et les règles obtient moins d'absences, de retards et de ruptures. Nous savons combien il est difficile, pour de nombreux psychologues, d'avoir confiance et de respecter ses règles. En dehors des résistances et des défenses qui poussent à la transgression de ces règles, observables dans toute psychothérapie de ce type, les patients respectent fortement le cadre imposé par leur partenaire. Malgré les aléas de la vie des algériens, et une certaine souplesse dans l'utilisation du temps, des règles bien observées par leur psychothérapeute, sont bien observées par le patient. Un thérapeute expérimenté règle parfaitement ses séances. Nous observons même un avantage net en Algérie : en dehors du refus défensif de ces règles affiché au début et logiquement au moment des crises naturelles du travail, les patients prennent confiance et sont rassurés par cette marque de sérieux assez rare dans notre environnement. Le psychologue d'orientation psychanalytique est, sans doute, un des rares spécialistes en Algérie, qui fixe méthodiquement le temps de sa séance (rendez-vous et durée de la séance fixes).

Enfin, en tant qu'universitaire convaincu de la démarche expérimentale de la technique psychanalytique, je suis frappé à chaque fois par la grande rigueur des psychanalystes. Il y a trois mois, j'ai eu une dizaine d'entretiens à Paris avec près de dix psychanalystes ; le plus frappant chez eux, est justement leur grande rigueur dans la pensée, et, surtout, dans la démarche. Il m'a semblé opportun de signaler ce fait, dans un environnement où on assimile trop vite la psychanalyse à une technique ésotérique et abstraite.

Voici donc à présent, un témoignage sur une pratique clinique.

2- Indications et contre-indications de psychothérapie

Les indications livresques et la réalité algérienne

Toute thérapie possède des indications et des contre-indications : ce à quoi elle peut servir ; ce à quoi elle ne peut servir ; les conséquences négatives de son application. Si cette question semble claire au niveau

du savoir scientifique, la réalité concrète de la prise en charge en Algérie paraît très différente. Les différents modèles ou techniques thérapeutiques apparaissent absents ou invisibles sinon à l'échelle d'une pratique personnelle. Nous sommes souvent désarmés au moment de recommander une personne à un autre spécialiste. En plus de l'absence de spécialisation connue ou reconnue, tout se passe comme si tout devient inconnu. Chacun, suivant sa technique plus ou moins définie et contrôlée, prend en charge le tout venant dans un sens large. Le non respect des indications, associé à un manque de spécialisation et à la faiblesse des formations (du psychologue, du psychiatre, etc.), expliquent en grande partie les échecs thérapeutiques.

Le problème de la formation et l'échec relatif des différentes thérapies

L'éventail des thérapies dites « modernes » qui supposent une formation académique s'étend de l'hypnose à la « psychanalyse » en passant par la relaxation. L'éventail des thérapies « traditionnelles » va du talab à la pratique d'une « roukya » relativement récente. Dans tous les cas, la pratique apparaît plus nettement personnelle que modélisée : un psychiatre ne ressemble pas à un autre. Il en va de même pour les autres spécialistes. Les patients qui ont connu bien souvent des spécialistes en tous genres, sont souvent perdus devant ce manque de cohérence à l'intérieur d'un même champ thérapeutique. On est souvent mis en difficulté par les constats de carence et d'incohérence constatés par les patients. Comment nier la parole du patient d'un côté et comment critiquer un confrère de l'autre ? Certaines erreurs techniques, certains manquements à la morale humaine et professionnelle sans tels, que nous sommes parfois emmenés à mettre en garde contre les pratiques de certains spécialistes connus qui sont plus dangereux que n'importe quel charlatan traditionnel. Les choses que rapportent les patients et les psychologues concernant les pratiques douteuses ou peu contrôlées sont innombrables et parfois innommables. Leur véracité est attestée par leur répétition par des observateurs différents pour un même praticien. L'une des plus difficiles à dire et à taire consiste en le paiement à l'avance de mois, voire de semestre, de séances de psychothérapie à l'avance. La pratique de la psychanalyse impose un ou des entretiens préliminaires dont l'objectif principal est de décider si la personne constitue une bonne indication et si le psychanalyste accepte de la prendre en charge. En plus, dans tout traitement de type psychanalytique, on tient compte des résistances qui peuvent rompre

le travail à tout moment. Il est difficile de commenter plus cette pratique qui est aux antipodes d'un traitement psychanalytique. On peut évoquer le fait que certains psychologues prescrivent des médicaments alors qu'ils n'ont, ni la compétence, légal ni la compétence technique.

Citons l'exemple d'un psychiatre qui dit à un homosexuel en psychothérapie avec l'un d'entre nous depuis trois ans sans discontinuité et qui est sevré de passage à l'acte depuis six mois : « Il ne faut pas croire que c'est la psychothérapie qui a fait ça. Tu es homosexuel tu vas le rester ». Ce jeune homme a toujours eu un partenaire sexuel, avec passage à l'acte depuis plus de dix ans sans interruption. Son psychothérapeute connaît parfaitement les difficultés extrêmes de telles psychothérapies. Le travail thérapeutique a été très dur, notamment pour le patient. Quel est l'intérêt d'une telle position et de tels propos ? A l'image de ce qui arrive souvent dans ces situations très fréquentes en Algérie, le patient lui répond : « Je vous parle en connaissance de cause c'est moi qui sait comment j'étais et comment je suis maintenant ». Souvent les spécialistes se font une image négative face à ces patients qui connaissent parfois profondément le processus thérapeutique. Certains spécialistes sous-estiment leur niveau de connaissances et le prennent comme un savoir livresque et théorique qu'ils prennent parfois avec mépris. Ils méconnaissent l'apprentissage fait dans la douleur, disons dans leur chair, par les patients. Il est vrai que d'autres facteurs subjectifs déterminent en partie ces attitudes : rivalité à propos du savoir, du pouvoir, de la clientèle et de l'argent. Par exemple alors qu'un psychiatre nous adresse systématiquement des patients, un autre décourage systématiquement nos patients à poursuivre leur psychothérapie et ce malgré l'expression de leur satisfaction vis à vis de cette prise en charge.

Quelques sens des choix thérapeutiques

Nous indiquerons dans ce qui suit quelques modalités et significations des choix thérapeutiques chez notre population.

Les thérapies traditionnelles et religieuses comme pardon et inscription dans la filiation

Cette position retrouvée fréquemment dans la clinique montre combien certains patients tendent vers ce choix pour se situer dans la lignée de leurs origines et pour chercher le pardon et la protection. Ils associent à un moment ou un autre ce type de traitement à un choix de prise en charge plus « moderne » pour réguler leur conflit intérieur. Le problème de choix d'identification et de positionnement face aux origines s'équilibre parfois par un double suivi ou par des visites

régulières chez des thérapeutes traditionnels en cours de psychothérapie. En contraste à cette position, d'autres prennent une direction inverse : ils rejettent et redoutent profondément le choix traditionnel source d'une forte culpabilité. A la place du pardon, ils ont peur de la malédiction de ses forces représentant les origines et les images parentales. Notons que ces choix ne sont pas toujours liés au niveau d'instruction. Nous observons les différentes positions déterminantes des choix spécifiques, sans relation significative avec l'instruction. Il n'est pas rare de voir un médecin solliciter le pouvoir magique des spécialistes traditionnels. Un patient qui refuse radicalement de s'identifier au père, tendrait systématiquement à fuir le traitement traditionnel. Pour les mêmes raisons, un autre solliciterait ce traitement comme pardon. Cette dernière attitude est plus rare. Un autre dont le choix d'identification est conflictuel se positionnerait en conséquence par rapport aux différents traitements.

Il n'est pas possible de développer ici cette question. Nous voulons surtout sensibiliser à la complexité du choix et de la demande d'aide. Il semble très important de tenir compte de ses positions inconscientes dans les conduites à tenir face aux attitudes des patients devant cette problématique. Pour certains, un choix donné peut être indiqué : pour d'autres, il pourrait être inutile, voire dangereux. Cette question ne se pose donc pas à nos yeux comme un choix entre la science et le « charlatanisme » et une lutte pour la défense de notre technique (ou de nos techniques). Les différents choix peuvent prendre suivant les cas, le sens d'une identification, d'une contre-identification par rapport aux origines et aux images parentales ; comme ils peuvent constituer un effort de régulation et de conciliation entre les deux positions.

Nous n'avons pas pu consacrer une discussion à la question religieuse dans cette réflexion ; certains phénomènes évoqués ici sont valables et proches des observations faites à propos des représentations de la religion.

Le médicament comme étayage et objet contra-phobique

Au sein de notre population, essentiellement de névrosés, l'échec des traitements chimiothérapeutiques est patent, surtout à moyen et à long termes. Pour un psychologue d'orientation psychanalytique, cette issue n'a rien d'étonnant. A partir du moment où existe un conflit névrotique bien installé, seule une psychothérapie peut être efficace à long terme. Cependant, nous avons observé des attitudes différentes quant aux représentations et à la relation qu'ont les névrosés avec le médicament. La position déterminant un lien positif au médicament s'inscrit dans un étayage parfois intense sur cet objet, qui prend alors

médical s'observait dans les mêmes termes, par rapport au traitement traditionnel. L'acte de boire une eau bénite dans un rite traditionnel, inscrit le patient dans la filiation, et lui permet, en même temps, de ne pas être sevré brutalement de son désir ancien. On passe d'une liquide sacré (le lait maternel) à un autre liquide sacré et purificateur (une eau bénite par la parole de Dieu). Cette dimension explique, en partie, le fait que les thérapies qui s'inscrivent nettement dans la religion sont en train de prendre le pas sur les autres traitements traditionnels. L'écart de ces derniers, par rapport au Coran, culpabilisent les patients.

La problématique soulevée partiellement ici, montre la portée et la complexité des liens entre les différents intervenants et surtout la nécessité d'un regard plus tolérant et plus réfléchi, face à ces questions complexes.

3- La Psychothérapie d'Inspiration Psychanalytique, indication majeure de la névrose en Algérie

Il est bien connu, depuis Freud, que la névrose a pour traitement privilégié, voire unique, le traitement qui l'a inventé : la technique psychanalytique. Cependant, cette démarche thérapeutique suppose deux conditions principales :

1- le Moi ne doit pas être trop fragile ;

2- l'instinct (le désir, le conflit) ne doit pas être trop intense.

Dans ces cas, le niveau de frustration et le niveau de souffrance seraient insupportables, pour le patient. La cure psychanalytique ne semble pas indiquée, pour une part importante de nos patients. Nous discutons ici des indications théoriques, du fait que le psychanalyste est pratiquement inexistant en Algérie. La fragilité personnelle de nombreux patients qui viennent nous voir (y compris en tant que groupe de psychologues) est telle, qu'ils sollicitent presque un soutien de type maternel. Les épreuves projectives et notamment le T.A.T., confirment cette donnée. Les besoins d'éclatage sur l'objet et la réalité extérieure, l'idéalisation de l'objet, apparaissent souvent de façon impressionnante. A un extrême, on trouve des sujets dont l'inhibition et le refoulement sévères frappent toute activité (de penser, de dire, de faire). A l'autre extrême, on trouve des sujets dans le défaut de défoulement tel, qu'ils sont totalement livrés à leurs fantasmes, et à leurs démons intérieurs. Les autres patients se situent plus ou moins à distance de l'un ou l'autre de ses pôles. On comprend, dès lors, combien certaines interventions thérapeutiques restent dérisoires, face à ce fonctionnement névrotique, souvent caractérisé. Comment relaxer quelqu'un qui est livré pratiquement sans défense à un débordement fantasmatique permanent ? Comment relaxer une personne dont les

défenses sont aux paroxysmes de la rigidité, pour contrôler toute vie « pulsionnelle », aussi anodine soit-elle ?

Nos patients semblent avoir raté une élaboration heureuse des conflits de développement, notamment le conflit œdipien structurant de la personne. Ils souffrent alors de ne pouvoir être des adultes sexuels, avec toutes les caractéristiques et les responsabilités que cela suppose. Il serait illusoire d'agir par des traitements superficiels de type symptomatique ou de soutiens superficiels. Un travail de fond pour renforcer leurs positions personnelles d'homme ou de femme (leur moi, leurs identifications sexuelles) paraît souvent indispensable. De ce point de vue, pour de nombreux patients algériens (névrosés), une psychothérapie d'inspiration psychanalytique représente une nécessité clinique. La méconnaissance de cette donnée induit, chez certains spécialistes, des attitudes techniques erronées, sinon dangereuses : « fais-toi une copine : vas te marier : il faut faire du sport ; sois un homme, etc... ». Comment prescrire cela à quelqu'un dont la force de la culpabilité et de l'angoisse de castration sont indescriptibles. Très souvent, le patient lui-même, sait l'issue impossible de telles prescriptions. Ou encore, comment une psychologue femme s'engage à relaxer un névrosé, dont le désir est incontrôlable et destructeur ? On laisse le lecteur imaginer ce qui peut se passer dans la tête et dans le corps de cet homme allongé par une femme qui lui parle (d'une voix douce ? maternelle ?), la porte fermée, dans une société où ce type de relation, induit toujours une présence diabolique du désir. Certains patients vivent passivement et en silence ces situations de difficultés extrêmes, comme une torture dont ils ne peuvent se défendre ; d'autres fuient rapidement cette relation.

Pour appuyer la force de cette indication thérapeutique essentielle, rappelons deux faits d'observations majeures, déjà évoqués ailleurs (Textes sur les névroses et sur le système éducatif, 1998). Les faits cliniques les plus fortement observés, résident dans les forces des positions et des fixations infantiles, chez nos névrosés.

a. L'algérien : un éternel enfant ?

Nous discutons, ici, des observations régulièrement constatées chez des patients qui souffrent de troubles psychiques. Notre propos ne signifie pas que ces assertions soient valables pour tout algérien. Mais rappelons avec Freud, le glissement et la proximité entre le normal et le pathologique. Si nous devons nous garder de généraliser les positions d'une population souffrante, à la population dite bien portante, il n'est pas moins vrai que ses positions peuvent exister à des niveaux différents dans les deux cas.

Plus que ce que nous connaissons théoriquement de ce que la psychanalyse décrit sous le terme « d'enfant inconscient », présent en chacun de nous, notre névrosé apparaît souvent à l'image d'un véritable enfant. Le poids de cet « enfant » est tel que l'adulte semble pratiquement absent chez certains patients. Ils vivent fortement une dualité personnelle, et une dualité des pensées. Des voix intérieures s'imposent à certains, comme une autre personne très nette. En psychothérapie, le conflit entre les positions de l'enfant, et celles de l'adulte, sont parfois d'une transparence et d'une souffrance déconcertantes. On comprend, dès lors, pourquoi les autres interventions thérapeutiques restent relativement sans effet important. Nous faisons pratiquement un travail de maternage, pour refaire le chemin raté avec les parents. Les problèmes de contrôle du transfert sont souvent très délicats, dans la mesure où les patients collent à nous, comme à de vrais parents nourriciers et protecteurs, ou des parents sadiques et persécuteurs.

En extrapolant quelque peu, on est frappé par la difficulté qu'éprouvent notre famille et notre société, à construire un adulte équilibré. Tout se passe comme si nos institutions étaient devenues incapables de répondre aux nécessités de développement de l'enfant. Le désir, les émotions, les besoins de l'enfant, semblent méconnus au profit de ses devoirs et des tâches attendus de lui, par l'adulte. L'algérien semble avoir raté le passage du groupe à la personne. Alors que tout était codifié et clair dans la communauté tribale, on a l'impression que l'enfant doit découvrir tout par lui-même, et pour lui-même. La fragilité des modèles d'identification et l'absence de sécurité, se conjuguent à la culpabilité de l'éloignement, à la fois désiré et redouté, du groupe et des origines. La famille, le groupe social, semblent renforcer les conflits personnels et inconscients, au lieu de les amortir.

Notons un autre fait inquiétant : la fragilité des lignées et du groupe familial. De nombreux membres d'une même famille consultent chez l'un d'entre nous. Comme nous observons fréquemment les transmissions transgénérationnelles des conflits et des fragilités, dans les psychothérapies.

Comme l'indique l'autre point fondamental de nos observations cliniques : l'algérien tombe, dans tous les sens du terme, au moment de faire un pas important vers l'adulte. En effet, pratiquement, tous les sujets qui consultent, échouent lourdement en terminale, soit dans leurs études, soit dans leur équilibre personnel.

b. La terminale : moment par excellence de décompensation. Ce fait est celui qui nous permet, le mieux, de mettre en relief le potentiel destructeur des conditions générales de passage de l'enfant à l'adulte, dans notre société. Il est bien connu que l'adolescence représente une période de réorganisation personnelle, et des conflits essentiels de l'enfance. C'est à cette période, que se rejoue le destin de l'identité personnelle et sexuelle. L'adolescent doit renoncer, quelque peu, à ses positions infantiles, et mettre un pied dans le monde de l'adulte. Pratiquement, tous les patients connaissent, à ce moment-là, des moments de crises importants, qui bousculent sensiblement leur santé mentale et/ou leurs résultats scolaires. Pratiquement, tous échouent à leur bac au moins une fois, y compris quand ils ont été brillants. Cette loi est telle, que les patients qui n'ont pas connu cet échec, s'avèrent être avoir nié le sens de ce passage, et de cette mutation ; ils le payent lourdement, par un réveil tardif de leur construction personnelle. Ces derniers se réfugient pratiquement dans les études, et décompensent, vers la fin de leur formation. Cette prise de conscience s'exprime alors, par des dépressions, plus ou moins profondes. Notons le caractère souvent positif et méconnu, de la dépression, chez de nombreux spécialistes algériens. Elle joue souvent le rôle d'un réveil, signifiant la nécessité de s'occuper de sa vie, et de son propre avenir. De nombreux patients consultent à l'approche de la trentaine, parce qu'ils ne peuvent plus renvoyer indéfiniment les tâches adaptatives de l'homme. Cette tranchée d'âge constitue, d'ailleurs, la meilleure indication de psychothérapie. Nous décrivons ici une observation générale. On peut évoquer les patients dont la souffrance est plus lointaine : dans la première enfance ou à la puberté. Nous observons régulièrement le caractère traumatique des autres périodes de mutations : notamment l'entrée à l'école, lors des différents passages, et à la fin des études. Dans ces cas aussi, les adultes ne constituent pas une source de sécurité. Ils méconnaissent souvent la portée de tels changements et ne préparent pas l'enfant à les passer, avec moins de souffrance.

c. Quelques « vérités » sur la psychothérapie d'inspiration psychanalytique

Nous évoquons ici quels aspects connus de la psychanalyse, fréquemment observés dans notre pratique.

Consultations, psychothérapies brèves et psychothérapie

Certaines difficultés, sans doute plus nettement chez les enfants et les adolescents, peuvent être levées, et ce, sans un travail long et coûteux. Notons que certaines prises en charge relèvent plus de consultations et de psychothérapies brèves que de psychothérapie proprement dite.

Une très bonne présentation du P.I.P.

Conclusion

Cette réflexion situe l'expérience d'une pratique difficile de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique en Algérie. Les observations rapportées ne peuvent être que partielles voire partiales, tant la réalité est plus complexe et difficilement objectivable. Les démarches techniques et méthodologiques ne peuvent être que plurielles et variables. Il semble indispensable de réfléchir et de définir la portée et les limites des différentes interventions thérapeutiques. Les besoins de notre société en santé mentale, sont tels, que toutes les énergies ont leur place. Encore faut-il que les différents modèles soient lisibles et contrôlés. Ce type de rencontres concourt à définir cette visibilité. C'est à ce prix que nous pourrions passer d'un travail personnel et atomisé, à des modèles scientifiques et techniques plus structurants. A côté des réunions scientifiques qui permettent de situer chacun, de créer des liens d'échanges et de collaboration, la formation continue paraît incontournable. Nous avons créé, pour notre part, un réseau de spécialistes (psychologues, psychiatres, médecins) qui commencent à donner des résultats encourageants. D'autres personnalités et d'autres institutions développent des initiatives dans d'autres directions. La différence et la coexistence sont certainement des choses que nous devons développer. Beaucoup d'entre nous fonctionnent comme si les modèles de pensées et d'interventions sur la réalité sont exclusifs. Les rivalités de modèles de pensées et de lectures scientifiques de la réalité sont certainement constructives. Contrairement aux sociétés dites développées, nous tendons à associer un peu trop d'amour et de haine dans nos activités professionnelles et scientifiques. Par ailleurs, certains d'entre nous perçoivent la différence comme dangereuse. Nous devons nous garder de confondre la personne et ses actions. A ce titre, ce colloque constitue un très bel exemple de communication entre des disciplines proches et des modèles différents. Il serait utile de développer cette approche, et de contribuer à sa concrétisation dans notre combat quotidien, pour co-développer notre discipline et la pensée scientifique. Je terminerai en disant que la pluralité des modèles est une nécessité, comme la psychothérapie d'inspiration psychanalytique semble une nécessité, pour une bonne partie de nos névrosés.

Bibliographie

- SCHAEFFER J. et DIATKINE G. (Sous la direction de), *Psychothérapies psychanalytiques*, Paris, PUF, 1996. SI MOUSSI A., *Névroses et psychothérapie d'inspiration psychanalytique*, à paraître dans les Actes des Troisièmes Journées Nationales de Psychologie, Alger, Mai 1998 (Sous presse). SI MOUSSI A., *Plaidoyer pour plus de psychologie dans le système éducatif*, *Revue Algérienne de Psychologie et des Sciences de l'Education*, Université d'Alger, 1998, n°7, pp. 69-102.
- SI MOUSSI A. et OURARI-SI MOUSSI M., *Défaillance de l'être et faillite de l'avoir chez des névrosés en Algérie*, *Revue Internationale de Psychosociologie*, Paris, 1999, vol.V, n°13, pp.109-123.
- IDLOCHER D. et BRACONNIER A., *Psychanalyse. psychothérapie*, Paris, Flammarion, 1996.

LANGAGE et COGNITION

Revue Scientifique du Laboratoire
Sciences du Langage et de la Communication
(SLANCOM)
Université d'Alger

Actes du Colloque International
20-21 mai 2000
Hôtel El Aurassi - Alger

La Communication Prise en charge psychologique et orthophonie

N° 1 - 2004
SLANCOM