

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de L'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



*Université A. Mira de Bejaia  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département de Psychologie et d'Orthophonie*

**Polycopié de cours du module :**

# **PSYCHOTHÉAPIES D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUES**

**Destiné aux Étudiants de troisième année Licence  
Spécialité : Psychologie Clinique**

**Préparé par  
Dr GACI Khelifa**

**Année universitaire : 2024-2025**

## Sommaire

Introduction ..... 1

### **Chapitre I: La Psychanalyse Freudienne (Cure type)**

I/- Le point de vue structural chez Freud ; l'appareil psychique et son fonctionnement ..... 2

    1. Métapsychologie ..... 3

        1.1. Premier modèle ..... 5

        1.2. Deuxième modèle ..... 6

        1.3. Troisième modèle ..... 6

        1.4. Quatrième modèle ..... 7

    2. L'appareil psychique ..... 8

        2.1. Les lieux psychiques (le point de vue topique) ..... 8

            2.1.1. La première topique ..... 9

                • L'inconscient ..... 10

                • le préconscient ..... 11

                • le conscient ..... 11

    2-1-2- La seconde topique ..... 15

        2.1.2.1. Le passage de la première à la seconde topique ..... 15

        2.1.2.2. *Les trois instances de la seconde topique(ça, le moi et le surmoi)* ..... 18

3. Transfert, contre-transfert ..... 21

    3.1. Origines ..... 22

    3.2. Transfert, les transferts ..... 23

    3.3. Transfert, produit de la situation analytique ..... 25

4. Quelques registres de transfert ..... 29

    4.1. Transfert explicite, transfert implicite ..... 29

    4.2. *Transfert blanc* ..... 29

    4.3. Transfert latéral ..... 30

    4.4. Transfert direct et indirect : l'amour de transfert ..... 30

5. Le contre-transfert ..... 31

    5.1. Quelques définitions inaugurales ..... 31

5.2.Quelques exemples à propos du contre-transfert :.....	32
5.3.La haine dans le contre-transfert : .....	32
5.4.La séduction dans le contre-transfert :.....	33
5.5.Dynamique de l'amour de transfert.....	34
5.6.Le transfert : une force d'attraction.....	34
Conclusion :.....	36

## **Chapitre II: les Psychothérapies Psychanalytique Adlerienne et Jungienne**

I. La psychothérapie individuelle d'ADLER. ....	39
<u>1.</u> Compensation, surcompensation et complexes .....	40
<u>1.1</u> Compensation des faiblesses .....	40
<u>1.2</u> Surcompensation .....	41
<u>1.3</u> Complexe d'infériorité .....	41
<u>1.4</u> Complexe de supériorité.....	42
<u>2.</u> La typologie de la personnalité ou les styles de vie.....	42
<u>2.1</u> Ordre de naissance.....	42
<u>2.2</u> Premier né.....	43
<u>2.3</u> Second-né .....	43
<u>2.4</u> Le plus jeune enfant.....	43
<u>2.5</u> Enfant unique .....	43
<u>3.</u> Tableau N1 : comparaison des théories de la personnalité entre Freud et Adler.....	44
<u>4.</u> Les canons théoriques de Alfred Adler .....	45
<u>4.1</u> . Sentiment d'infériorité et Compensation .....	45
<u>4.2</u> . But de Vie .....	46
4.3. Style de Vie .....	46
<u>4.4</u> . <i>Importance des Relations Sociales</i> .....	47
4.5. Encouragement et Rééducation .....	47
4.6. Approche Positive et Préventive.....	47
Conclusion.....	48
III- psychothérapie psychanalytique jungienne : .....	50
<u>1.</u> <i>Les processus psychiques</i> ; .....	56
<u>2.</u> La persona.....	57

III-1- La psychothérapie jungienne .....	60
<u>1.</u> <i>Techniques mises en œuvre : imagination active et dialogue intérieur.....</i>	62
III-2- Critiques de la psychologie analytique .....	63

### **Chapitre III: la technique du psychodrame analytique**

I. Le psychodrame analytique : .....	65
<u>1.</u> Technique du psychodrame psychanalytique individuel (selon Philippe Jeammet).....	66
<u>2.</u> Spécificité du psychodrame psychanalytique .....	72
<u>3.</u> Indications .....	80
<u>4.</u> Limites et risques du psychodrame.....	81

### **Chapitre IV: les règles techniques de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique et la réalité Algérienne**

<u>I.</u> Les problèmes du cadre en PIP et en Psychanalyse.....	84
1. Le temps et l'argent.....	85
2. la règle « tout dire, ne rien faire ».....	87
3. Le respect du secret .....	89
4. L'anonymat du thérapeute.....	90
<u>II.</u> L'analyse de la demande dans le cas de l'enfant et l'adolescent.....	91
<u>1.</u> Qui demande, quoi, à qui ? .....	92
• qui demande ? .....	93
• quoi .....	94
• à qui .....	95
IV. Sur les quelques pièges de la relation thérapeutique.....	95
1. Les buts de la relation thérapeutique .....	95
2. Des pièges possibles :.....	97
2.1.La tentation de se sentir « supérieur » .....	97
2.2. La tentation pédagogique .....	98
2.3. Le plaisir de la maîtrise.....	98
2.4. Le prosélytisme .....	99
2.5. Les conseils.....	99

2.6. La séduction .....	100
2.7. La position réparatrice .....	100
V- la psychothérapie psychanalytique en Algérie.....	101
<u>1.</u> <i>Les miracles du psychisme et de la psychothérapie :</i> .....	102
<u>2.</u> <i>les caractéristiques communes entre les P.I.P et la psychanalyse .....</i>	103
<u>3.</u> <i>Les indications et contre-indications de psychothérapie ; les indications livresques et la réalité algérienne:.....</i>	105
<u>4.</u> <i>Le problème de la formation et l'échec relatif des différentes thérapies:.....</i>	106
<u>5.</u> <i>Quelques sens des choix thérapeutiques.....</i>	108
• <i>Les thérapies traditionnelles et religieuses comme pardon et inscription dans la filiation</i>	108
<u>6.</u> <i>La psychothérapie d'inspiration psychanalytique indication majeure de la névrose en Algérie .....</i>	109
6.1. <i>le moi ne doit pas être trop fragile .....</i>	109
6.2. <i>le désir le conflit ne doit pas être trop intense .....</i>	109
a- <i>l'algérien: un éternel enfant!</i> .....	111
b- <i>la terminale : moment par excellence de décompensation.....</i>	113
conclusion.....	114
Liste bibliographique.....	115

## **Introduction**

Ce cours propose une immersion dans les principaux courants de la psychanalyse, en débutant par l'exploration de la psychanalyse freudienne classique, également appelée la Cure-Type. À travers une étude des principes théoriques de Freud, de ses techniques et des objectifs visés, les étudiants de la troisième année Licence en psychologie clinique acquerront une compréhension solide des fondements de la pratique psychanalytique (P.I.P). Ensuite, le cours aborde les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, mettant en lumière les approches individuelles développées par Adler et Jung, ainsi que le psychodrame analytique de Didier Anzieu, une méthode innovante dans ses applications cliniques. Enrichi pour répondre aux besoins spécifiques du contexte algérien, le contenu soulève des problématiques contemporaines telles que le cadre thérapeutique en psychothérapie d'inspiration psychanalytique (P.I.P), l'analyse de la demande, et les défis de la relation thérapeutique. Enfin, une attention particulière est accordée aux pratiques et aux défis spécifiques à la psychothérapie psychanalytique en Algérie, permettant aux cliniciens d'adapter ces approches à la réalité Algérienne

Ce cours répond aux critères du programme (canevas) destiné aux étudiants *Licence3 en psychologie clinique*. Ce programme est bien enrichi par des éléments essentiels à la pratique clinique psychanalytique en générale, avec quelques aménagements des règles techniques adaptées au contexte algérien.

Nous allons optés, dans ces prochains paragraphes à la réalisation du programme délimité dans le sommaire en abordant ses éléments systématiquement.

*Chapitre I : La Psychanalyse  
Freudienne (Cure type)*

## ***I/- Le point de vue structural chez Freud ; l'appareil psychique et son fonctionnement***

Evoquer la thérapie analytique c'est aborder le fonctionnement psychique en psychanalyse, comme d'ailleurs du transfert, conduit nécessairement à un retour aux sources freudiennes : la généralisation de ces notions fondamentales entraîne un élargissement et un affaiblissement de leur impact et de leur portée, si bien qu'elles risquent parfois de se perdre dans les applications qui pourtant en assurent la transmission, voire le succès.

Il paraît cependant difficile d'admettre, d'un point de vue épistémologique, que soit abandonnée l'élaboration originale de ces concepts : celle-ci garantit en effet la rigueur de leurs développements possibles, seulement et seulement si, les définitions fondamentales qu'elle précise sont maintenues avec suffisamment de fidélité. L'utilisation de la notion de fonctionnement psychique est déterminée, chez Freud, par la mise en place d'une métapsychologie rendant compte du modèle fictif d'un appareil psychique. Actuellement, le terme de "fonctionnement" se voit trop souvent coupé de cette représentation modélisante et se caractérise finalement par un système mécanique d'opérations ou de conduites psychiques sans appréhension métapsychologique structurante de l'ensemble. Le fonctionnement psychique risque alors d'être essentiellement saisi sur un mode séquentiel, isolé, la dimension fonctionnelle prenant le pas sur le point de vue structural.

Il est donc nécessaire de reprendre les données essentielles de l'œuvre freudienne concernant l'appareil psychique et l'établissement des différentes topiques : celles-ci constituent en effet une illustration exemplaire de l'intérêt de la métapsychologie, dans la mesure où elles démontrent la souplesse des mouvements d'élaboration des modèles formels, et le transport des données cliniques sur une "autre scène", celle de la pensée créatrice, dans ses analogies avec le rêve, c'est-à-dire comme entreprise de figuration des représentations.

Cette dimension selon **Chabert (1990)**, paraît particulièrement importante à préserver dans la mesure où les grands mouvements post-freudiens, et notamment ceux ordonnés par M Klein, l'Ego Psychology ou J Lacan ont, chacun à leur manière, engagé des dérives notables des propositions freudiennes : la centration essentielle sur les contenus fantasmatiques et notamment l'exhumation des substrats " archaiques " ont conduit **M Klein (1952)** et ses successeurs (notamment Bion et Winnicott) à des modifications considérables dans la conception du fonctionnement psychique ; l'investissement préférentiel du fonctionnement du Moi a entraîné **Hartmann (1950)** et son école à une psychologisation et à une réification des instances dont les effets sont effectivement repérables dans l'évolution d'un mouvement psychanalytique obéissant notamment aux impératifs d'une réalité environnementale dont les exigences adaptatives sont prévalentes ; les théories lacaniennes, au contraire, s'éloignent de leurs systèmes d'application pour s'attacher aux modèles linguistiques plus abstraits, créant de nouvelles catégories de pensée - le réel, le symbolique et l'imaginaire - sans pour autant se dégager d'un ordonnancement obligé des productions psychiques.

Nous nous pouvons aborder le fonctionnement de l'appareil psychique sans se référer à la notion de la métapsychologie, de quoi s'agit-il ?

### ***1- Métapsychologie***

L'analyse du fonctionnement psychique proposée par S Freud relève d'abord de la construction de modèles dont le caractère fictif doit être souligné : en tant que tel, l'appareil psychique est appréhendé dans une approche formelle, grâce à l'élaboration de métapsychologies dont le déroulement dialectique est essentiel.

Freud s'est souvent insurgé contre une conception rationaliste de la science, celle qui présenterait ses découvertes comme produit d'un ensemble de concepts radicalement inédits et élaborés à partir du chaos ou d'une confusion antérieure : " C'est que ces idées ne sont pas le fondement de la science sur lequel tout repose ;

ce fondement au contraire c'est l'observation seule ". Les matériaux empiriques issus de l'observation sont d'abord recueillis sous la forme de " conceptions fondamentales, nébuleuses, évanescentes, à peine représentables, que [la science] espère pouvoir saisir plus clairement au cours de son développement et qu'elle est prête aussi à échanger...contre d'autres " (Freud, 1914, P.85) . Comment ces " conceptions fondamentales " sont-elles produites ? Sont-elles de pures généralisations des matériaux concrets que recueillerait l'observation ? Freud s'en explique en détails en 1915 : " Une science doit être construite sur des concepts fondamentaux clairs et nettement définis " (P.33). Le premier temps de la recherche est consacré à la description des phénomènes qui sont ensuite rassemblés, ordonnés et insérés dans des relations. Cependant, " dans la description déjà, on peut éviter d'appliquer au matériel certaines idées que l'on puise ici ou là et certainement pas dans la seule expérience actuelle ". Ces idées abstraites occupent une place particulière par rapport au matériel empirique " elles semblent [lui] être empruntées, mais [...] en réalité [il] leur est soumis ", c'est-à-dire que les conceptions, même floues, déterminent et influencent l'émergence des matériaux empiriques. Freud offre ainsi un modèle de recherche déterminé par une préconception encore imprécise mais qui constitue une structuration préalable du regard, structuration qui repose en fait sur des modèles construits comme une fiction dont la fécondité future est à la fois pressentie et mise à l'épreuve. Les découvertes vont inéluctablement déborder le point de vue initial : le travail dialectique préconisé par Freud commence là, dans un souci d'ajustement permanent entre les phénomènes à considérer et la constitution de concepts fondamentaux, c'est-à-dire de l'appareil théorique proprement dit. Ce corpus théorique va devoir lui aussi fonctionner comme préconception dans la structuration du regard clinique car " le progrès de la science ne tolère pas non plus de rigidité dans les définitions ". La conception dialectique de Freud, à la fois rigoureuse et souple, s'illustre dans l'élaboration de plusieurs métapsychologies mettant en évidence les articulations entre les données cliniques et leur traitement théorique dans des allers-retours permanents, mouvements de rupture et

d'élaboration qui s'intercroisent, se rencontrent et s'opposent dans le renouvellement des questions et les tentatives de réponses.

### **1.1-Premier modèle**

Elaboré entre 1895 et 1900, il est décrit en détail dans le chapitre VII de *l'Interprétation des rêves* (1900) et repose sur des conceptions plurielles :

- *associationniste* : le contenu de l'appareil psychique et des divers systèmes qui le constituent est entièrement composé d'images mentales, de représentations ; celles-ci ne sont différenciées que par le jeu des liaisons associatives qui les relient ;
- *psychophysiologique* : le psychisme est un organe corporel, les énergies qui l'animent trouvent leur source dans ces organes et viennent charger les représentations qui deviennent par là même les représentations des besoins du corps. L'affectivité - manifestation essentielle de ces processus - est pensée sur le modèle de tension et de décharge ;
- *spiritualiste* : le fonctionnement mental obéit à deux régimes ; le premier - celui des processus primaires - rend compte d'une circulation libre de l'énergie, des processus automatiques de décharge, d'une pensée associative incontrôlée. Le second - celui des processus secondaires - soutient le Moi, instance d'adaptation au réel, entravant le processus primaire par l'obligation de rétention de la décharge, l'élaboration de la pensée, la prise en considération des contraintes de la réalité dans la satisfaction des besoins pulsionnels ;
- *évolutionniste* : la pulsion sexuelle connaît deux grandes étapes de développement ; la première correspond à la sexualité infantile, dispersée en activités pulsionnelles indépendantes, anarchiques, autoérotiques ; la seconde permet l'intégration de ces composants partiels dans un ensemble hiérarchique, orienté vers un objet et un but pulsionnel unique, génital. Entre ces deux périodes se situe une période de latence au cours de laquelle

s'établissent des digues psychiques qui vont canaliser les pulsions par l'édification d'une organisation hiérarchisée. C'est à ce moment que se met en place le refoulement origininaire, héritage phylogénétique " organiquement préformé " : les anciennes activités pulsionnelles entraînent du déplaisir, se détachent de l'ensemble, et maintiennent une " réserve inconsciente " régie par les processus primaires. Elle constitue la source des manifestations pathologiques qui surgiront lorsque le cours principal de la pulsion sexuelle est barré. Ces manifestations obéissent au régime du processus primaire, et les symptômes névrotiques auront la structure de l'inconscient dont le rêve est le paradigme. La limite du premier modèle apparaît dans l'absence de prise en compte de l'aspect " global ", personnel, subjectif et dans la carence d'une théorie de la personnalité.

### **1.2-Deuxième modèle**

A partir de 1909-1911, va changer de point de vue, et construire un second modèle métapsychologique à travers deux textes essentiels : les *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques* (1911) et les remarques sur *Le cas du Président Schreber*(1911). Freud oppose deux registres du fonctionnement mental, au départ identifiés aux deux régimes - primaire, secondaire - du premier modèle. Chez tout sujet, il existe une polarité d'adaptation au réel, active, et une polarité de retrait intérieur assumé par des rêveries et la réalisation omnipotente des désirs.

Le second modèle se construit autour du concept fondamental du narcissisme primaire et à partir du champ clinique de la psychose. Il s'associe à un changement théorico-clinique considérable puisque le concept de transfert y occupe une place essentielle, laissant de côté la perspective cathartique antérieure.

### **1.3-Troisième modèle**

Les deux derniers modèles de la conceptualisation freudienne se construisent

au cours des années 1912-1926 à partir de *Totem et Tabou* (1912) jusqu'à *Inhibition, symptôme, angoisse* (1926). Le troisième modèle propose un large tableau de l'activité synthétique et adaptative du Moi, de sa politique et de ses stratégies : à travers une révolution complète de la théorie de l'angoisse, il tend à placer sous l'égide de l'activité défensive du Moi l'ensemble du processus névrotique dont les différents moments sont considérés comme l'effet de sa stratégie synthétique et adaptative.

Par ailleurs, la psychopathologie est pensée essentiellement comme un anachronisme ; le Moi obéit à une véritable rationalité et son activité se modifie en fonction du développement de sa propre structure ; ainsi s'organise une séquence génétique : détresse et immaturité initiales (naissance), dépendance totale aux objets (premières années), complexe d'Oedipe et angoisse de castration, période de latence et constitution du Surmoi, âge adulte et adaptation sociale.

#### **1.4-Quatrième modèle**

Emergeant au carrefour du deuxième et du troisième modèle, le quatrième modèle prend forme à partir de trois éléments : le problème de l'ambivalence au cours du deuil et de l'intériorisation des désirs de l'objet perdu en constitue la source, reposant finalement la question du complexe paternel et de la construction de l'instance morale ; la clinique du narcissisme conduit Freud à élaborer la théorie des idéalisations et de la structuration des idéaux du Moi ; et enfin, la reconnaissance de l'existence très précoce d'un choix d'objet infantile va entraîner un profond remaniement de la théorie de la libido. C'est dans la métapsychologie de 1915 que va se constituer ce modèle dans lequel Freud envisage le problème de l'ambivalence en l'intégrant à une description du développement génétique du Moi, conçu alors comme être subjectif. Les termes d'amour et de haine ne peuvent "être utilisés pour les relations des pulsions à leurs objets mais réservés pour les relations du Moi total aux objets" (**Freud, 1915, P.40**). Ainsi, la polarité amour-haine ne peut être réduite à une conception mécano-énergétique de la pulsion (premier modèle) ;

il faut fournir au " Moi total " et à l'histoire de sa structuration un modèle qui intègre la globalité. C'est sur cette double base que la dialectique de la structuration interne de la subjectivité et du jeu des instances va prendre sens. Le concept d'introjection/identification en constitue la pièce maîtresse. L'aboutissement en est le tableau des " relations de dépendance du Moi " et la description de la lutte que se livrent les deux grandes pulsions.

Ces quatre modèles freudiens sont susceptibles d'orienter la cure chacun selon un axe particulier : la prise de conscience et la levée du refoulement pour le premier ; l'abandon des fixations infantiles à travers le transfert, en faveur d'un investissement de la réalité pour le second ; l'accession à une meilleure synthèse intérieure et à une adaptation rationnelle à la réalité pour le troisième ; l'intégration de l'ambivalence pulsionnelle pour le quatrième.

## **2- *L'appareil psychique***

En dépit de l'évolution et de l'intégration de ces mouvements métapsychologiques, Freud s'est régulièrement référé au terme d'appareil psychique, sans jamais l'abandonner : il " souligne certains caractères que la théorie freudienne attribue au psychisme : sa capacité de transmettre et de transformer une énergie déterminée et sa différenciation en systèmes ou instances " (**Laplanche et Pontalis, 1967**) .

### **2.1-*Les lieux psychiques (le point de vue topique)***

C'est dans l'*Interprétation des rêves* (1900) que Freud définit d'abord l'appareil psychique, cherchant ainsi à " rendre compréhensible la complication du fonctionnement psychique en divisant ce fonctionnement et en attribuant chaque fonction particulière à une partie constitutive de l'appareil "(P.441).

Freud reprend l'hypothèse de Fechner selon laquelle " la scène où le rêve se

meut est peut-être bien autre que celle de la vie de la représentation éveillée " ; ainsi s'établit la notion essentielle de lieu psychique dont est immédiatement écartée l'idée de localisation anatomique. A partir de la comparaison avec un appareil optique, Freud échafaude et construit la représentation d'un appareil psychique comme un instrument dont les parties composantes sont appelées instances ou systèmes. L'ordre spatial n'est pas nécessaire, il suffit qu'une succession constante soit établie " grâce au fait que lors de certains processus psychiques, l'excitation parcourt les systèmes psychiques, selon un ordre temporel déterminé " (**Freud, 1900, P456**). Bien entendu, la succession peut être modifiée selon les processus qui ne sont pas toujours les mêmes. L'appareil constitué de ces différents systèmes psychiques s'engage dans une direction qui part d'une extrémité sensitive vers une extrémité motrice : le premier modèle de l'appareil psychique est ainsi construit sur celui de l'appareil réflexe. Cependant, à l'intérieur des systèmes, un certain nombre de différenciations doivent être introduites, compte tenu des diverses fonctions qui leur sont attribuées. Les perceptions laissent des traces, conservées grâce à la mémoire ; il faut donc envisager l'existence de deux systèmes : l'un est essentiellement perceptif et donne à la conscience la multiplicité et la variété des qualités sensibles mais il ne retient rien. L'autre, au contraire, conserve fidèlement les traces grâce aux souvenirs qui sont inconscients mais ne témoignent que faiblement des qualités sensibles. Les deux systèmes assurent des tâches très différentes, et par conséquent " la mémoire et la qualité qui caractérisent la conscience s'excluent l'une l'autre dans les systèmes psychiques " (**Freud, 1900, P.458**). Le passage d'un système à l'autre se fait grâce aux " censures " qui exercent un contrôle et renforcent l'aspect spatial de la théorie de l'appareil psychique : d'autres images utilisées par Freud - antichambre, frontières entre les systèmes considérés comme des localités psychiques - impliquent à la fois l'extériorité des parties les unes par rapport aux autres et la spécialisation fonctionnelle de chacune.

### **2-1-1- La première topique**

Les éléments résumés ci-dessus sont organisés grâce au modèle de la première topique, distinguant trois systèmes : inconscient, préconscient, conscient.

- *L'inconscient*

Il est constitué des contenus refoulés qui n'ont pu accéder au système préconscient/conscient par effet des censures déterminant le refoulement. (**Laplanche et Pontalis 1967, p 197**) résument ainsi ses caractères primordiaux.

- Les contenus de l'inconscient sont des représentants des pulsions. La pulsion, concept limite entre psyché et soma, se situe en deçà de l'opposition conscient/inconscient, elle ne peut jamais devenir objet de la conscience, elle ne peut être présente dans l'inconscient que par ses représentants. Dans les premières esquisses du fonctionnement mental, Freud définissait l'appareil psychique comme une succession d'inscriptions de signes ; les développements ultérieurs conservent les agencements des représentations inconscientes en fantasmes auxquels la pulsion se fixe et qui se constituent comme scénarios imaginaires mettant en scène le désir.
- Les contenus de l'inconscient sont ordonnés par des mécanismes spécifiques au processus primaire (condensation et déplacement) tels qu'ils ont pu être dégagés à partir de l'interprétation du rêve, " voie royale " de la découverte de l'inconscient. Le processus primaire, l'absence de négation, la prédominance du principe de plaisir constituent les dimensions essentielles du fonctionnement de l'inconscient comme système.
- Beaucoup de textes freudiens antérieurs à la seconde topique assimilent inconscient et refoulé, assimilation trop rapide si l'on tient compte de la place réservée par Freud, dans d'autres textes, à des contenus non acquis par l'individu, transmis phylogénétiquement, et constitutifs du " noyau de l'inconscient " tels notamment les fantasmes originaires considérés comme des schèmes pré-individuels présents dans la construction des théories sexuelles infantiles.
  - L'assimilation de l'inconscient et de l'infantile se discute également. Toutes les expériences de l'enfance ne se confondent pas avec l'inconscient, Freud considère

plutôt que c'est l'action du refoulement infantile qui opère la première différenciation inconscient/préconscient/conscient en constituant l'inconscient.

- La différenciation des instances apparaît également dans la distinction d'" énergie d'investissement " appartenant à chaque système. L'énergie de l'inconscient s'engagerait dans l'investissement de certaines représentations, le désinvestissement de ces représentations permettant le passage d'une représentation à une autre. Enfin, cette énergie inconsciente apparaît tantôt comme " une force d'attraction " résistant à la prise de conscience, tantôt comme une force tendant à faire émerger ses rejetons à la conscience.

- *Le préconscient*

Il désigne un système de l'appareil psychique différent du précédent. La distinction préconscient/inconscient est essentielle chez Freud en ce qu'elle constitue effectivement le fondement de la théorie psychanalytique du fonctionnement mental. A l'origine (1900) le préconscient est situé entre le système inconscient et la conscience. La censure le sépare de l'inconscient et a comme visée d'interdire le passage des contenus inconscients vers le préconscient. Par ailleurs, le préconscient commande à la fois l'accès à la conscience et la motricité. Le passage du préconscient à la conscience est soumis à une autre censure qui se différencie de la première (entre inconscient et préconscient) en ce qu'elle exerce essentiellement une fonction de sélection afin d'éviter l'émergence de représentations troublantes dans la conscience.

Le préconscient est régi principalement par le processus secondaire du fait de ses liens avec le langage verbal et des représentations de mots qu'il produit et véhicule. Mais certains contenus du préconscient restent soumis au processus primaire et à l'emprise du principe de plaisir, si bien qu'on peut comprendre la place de cette instance, " intermédiaire " entre l'inconscient et la conscience.

- *La conscience/ Le conscient*

Elle assume les fonctions du système perception/conscience. La conscience est une donnée de l'expérience individuelle et chacun sait à son sujet " immédiatement [...] de quoi il s'agit " (**Freud, 1938,P.18**). L'importance accordée à cette instance et la nécessité de définir sa place et ses fonctions relèvent au départ d'un double constat apparemment paradoxal : la conscience ne révèle qu'une part réduite des processus psychiques puisque ceux-ci sont en majorité inconscients ; il est essentiel de définir la nature consciente ou inconsciente d'un phénomène psychique.

Freud attribue d'abord à la conscience l'ensemble des conduites perceptives et donc la capacité de retenir les qualités sensibles du monde. " La conscience est selon nous la face subjective des processus physiques se produisant dans le système mnémonique, nommément les processus perceptifs " (**Freud, 1938,P.18**). La priorité est ainsi accordée à la perception des objets du monde extérieur, avec au départ une quasi " équation : perception-réalité (monde extérieur) " (**Freud, 1938,P.25**). Dans cette perspective, quel serait le statut de la conscience des phénomènes psychiques ? Elle n'est rien d'autre, écrit **Freud (1900)**, qu'un " organe sensoriel pour la perception des qualités psychiques " (**P.500**). Elle peut en effet percevoir les tensions liées à l'intensité ou à la variation des excitations, notamment à travers les sensations de plaisir/déplaisir. Mais, et Laplanche et Pontalis y insistent (1967, p 95), le problème essentiel posé par la conscience apparaît à propos des " processus de pensée " que Freud reconnaît aussi bien dans la réminiscence des souvenirs que dans le raisonnement ou encore dans toutes les conduites entrant dans le système des " représentations ". Freud maintient la théorie qui fait dépendre la prise de conscience des processus de pensée, de leur association avec des " restes verbaux " " pour que soit conférée une qualité [aux processus de pensée] ceux-ci sont associés chez l'homme aux souvenirs verbaux, dont les restes qualitatifs sont suffisants pour attirer sur eux l'attention de la conscience à partir de quoi un nouvel investissement mobile se dirige sur la pensée " (**Freud, 1900,P.502**). Cette liaison étroite avec la perception détermine la place de la conscience dans la topique. **Freud (1925)** la situe à la périphérie entre le monde

extérieur et les systèmes mnésiques : " L'appareil perceptif psychique comporte deux couches : l'une, externe, le pare-excitation, destiné à réduire la grandeur des excitations qui arrivent du dehors, l'autre, derrière celle-ci, surface réceptrice d'excitations, le système préconscient/conscient " (P.122).

Du point de vue économique, la conscience soulève également quelques problèmes puisqu'elle est considérée par Freud comme relevant uniquement du qualitatif : celui-ci offre une traduction du quantitatif en signes qualitatifs mais des conduites conscientes telle l'attention nécessitent une régulation fine dont la dimension économique - en termes d'intensité et de variations de l'intensité - s'impose. *C'est la circulation quantitative de l'énergie psychique- la libido- à travers l'appareil psychique. L'investissement et le désinvestissement de l'objet d'amour et de haine.*

Du point de vue dynamique, on note une évolution dans l'importance attribuée à la conscience. (**Laplanche et Pontalis 1967 p 97**) la résument ainsi :

- Le refoulement, au départ, est conçu comme un rejet presque conscient, proche de l'attention, dont le caractère " intentionnel " est souligné par Freud. Or, c'est bien la reconnaissance de la part inconsciente des mécanismes de défense qui va conduire Freud à remanier sa théorie de l'appareil psychique et à en proposer une autre.
- En 1915, Freud énonce que le fait d'être conscient ne constitue pas un critère suffisant pour distinguer les systèmes. Il n'abandonne pas l'idée que la conscience appartient à un système organisé, mais il indique que l'accès à la conscience n'est pas caractéristique de la position topique d'un contenu : " Dans la mesure où nous voulons nous frayer la voie vers une conception métapsychologique de la vie psychique, nous devons apprendre à nous émanciper de l'importance attribuée au symptôme "être conscient" " (P.139).
- Enfin, du point de vue de la cure, la question de la prise de conscience et de ses effets constitue une interrogation majeure. Le passage au conscient n'assure pas

à lui seul l'intégration du contenu refoulé et l'efficacité thérapeutique de cette "prise de conscience". Le travail analytique relève de procédures complexes comme la construction, la remémoration, la perlaboration qui mobilisent le jeu des différentes instances dans la dynamique du transfert.

En résumé, l'hypothèse de Freud s'inscrit dans un contexte scientifique particulier : la théorie anatomophysiologique des localisations cérébrales, dominante à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, tend à établir une dépendance étroite et déterminante entre des fonctions spécifiques (en termes d'images et de représentations) et des supports neurologiques rigoureusement localisés. En 1891 (*Contribution à la conception des aphasies*) Freud avait critiqué cette théorie "topique" et soutenu que les données de la localisation devaient être reconsidérées par une explication fonctionnelle.

En psychopathologie, les observations de l'époque imposent l'idée de rapporter à des groupes psychiques différents des conduites psychiques particulières. Freud, lui, ne se contente pas de reconnaître des lieux psychiques distincts dont il affirme toujours la dimension purement fictive, par opposition aux conceptions réalistes de ses contemporains : la théorie de l'inconscient assigne aux lieux psychiques une réalité et un mode de fonctionnement différents. L'inconscient lui-même se révèle organisé en couches différentes et le travail analytique s'engage dans des voies ordonnées par la qualité spécifique de groupes de représentations (*Etudes sur l'hystérie*, 1895). Par ailleurs, la prise de conscience est aussi décrite sur un modèle spatial, la conscience est définie comme un "défilé" ne laissant passer qu'un souvenir à la fois dans "l'espace du Moi". En effet, Freud a toujours soutenu l'hypothèse de Breuer, essentielle pour une conception topique de la psyché : si l'appareil psychique est constitué de systèmes différents, cette différenciation a nécessairement une signification fonctionnelle. Enfin, comme nous l'avons évoqué plus haut, l'étude du rêve, en démontrant les lois de fonctionnement de l'inconscient, confirme l'hypothèse d'une séparation entre les différents systèmes psychiques. (cité par. Chabert, 1996)

Au-delà de ces différenciations, la perspective topique postule l'existence de systèmes mnésiques dont la succession se caractérise par des lois d'association distinctes. Le point de vue économique met en évidence le passage de l'énergie d'un point à un autre suivant une direction déterminée - succession normale " progrédiente ", ou sens " régressif " (comme dans le rêve). La topique se double d'une dynamique qui engage résolument la théorie freudienne contre la référence anatomique - pourtant toujours discrètement présente. La conception dynamique implique que les différents systèmes sont en conflit les uns avec les autres.

L'articulation topique/dynamique est proposée par Freud selon deux modèles de réponse : le premier, génétique, suppose la différenciation progressive des instances à partir du système inconscient trouvant ses racines dans le biologique ; le second, structural, rend compte de la constitution de l'inconscient grâce au travail du refoulement, et plus particulièrement du refoulement originaire, refoulement au sens large en ce qu'il peut être considéré comme un processus psychique universel, à l'origine de l'inconscient en tant que domaine séparé du reste du psychisme : il ne porterait pas directement sur la pulsion mais sur ses représentants, qui restent en dehors de la conscience mais auxquels la pulsion reste fixée.

### **2-1-2- *La seconde topique***

#### **➤ *Le passage de la première à la seconde topique***

C'est à partir de 1920 que Freud a construit une autre conception du fonctionnement psychique - désignée en termes de seconde topique par rapport à la précédente. Elle repose sur la distinction entre trois instances : le Moi, le Ça et le Surmoi.

Cependant, cette conception nouvelle n'implique pas le renoncement à la première : elles sont conciliaires, comme Freud l'a montré en donnant une représentation spatiale de l'ensemble de l'appareil psychique comprenant à la fois

les divisions conscient/préconscient/inconscient et les instances constituantes de la seconde topique, Moi/Ça/Surmoi. Cette tentative marque avec fermeté que la seconde topique n'offre pas une traduction de la première, instaurant, comme on pourrait s'y méprendre, une correspondance entre les instances Cs/Pcs/Ics et Moi/Ça/Surmoi. La seconde topique est construite en complément de la première, probablement avec la visée d'intégrer de nouveaux concepts et les découvertes d'autres fonctions psychiques, liées à l'enrichissement de la pratique clinique. Parmi celles-ci, **Laplanche et Pontalis (1967, p 488)** soulignent l'importance du " rôle joué par les diverses identifications dans la constitution de la personne et des formations permanentes qu'elles déposent au sein de celles-ci (idéaux, instances critiques, images de soi) ".

C'est dans *l' Abrégé de Psychanalyse*, commencé en juillet 1938 et resté inachevé, que se découvre une élaboration systématique de " la nature du psychisme " extrêmement claire dans son exposé concernant l'appareil psychique. Freud est donc fidèle à cette notion inaugurale : " Nous admettons que la vie psychique est la fonction d'un appareil auquel nous attribuons une extension spatiale et que nous supposons formé de plusieurs parties. Nous nous le figurons aussi comme une sorte de télescope [...]. C'est l'étude de l'évolution des individus qui nous a permis de connaître cet appareil psychique ". Se retrouve également ici l'attachement de Freud à l'expérience, proclamé dans la préface de cet ultime ouvrage : la théorisation psychanalytique est nécessairement mise à l'épreuve par l'expérience.

La partie la plus ancienne de l'appareil psychique est constituée par le Ça dont le contenu comporte tout ce que l'être apporte en naissant, tout ce qui est constitutionnellement déterminé, c'est-à-dire les pulsions, émanant de l'organisation somatique et qui trouvent dans le Ça un premier mode d'expression psychique.

Sous l'influence du monde extérieur se constitue une organisation spéciale,

intermédiaire entre le Ça et le monde extérieur, appelée le Moi. Les fonctions de cette instance sont résumées en référence à l'extérieur et à l'intérieur. Par rapport à l'extérieur, le Moi assure le contrôle des mouvements volontaires et l'auto-affirmation. Il apprend à connaître les excitations en accumulant dans la mémoire les expériences qu'elles lui fournissent, en évitant par la fuite les excitations trop fortes, en s'accommodant des excitations modérées, en arrivant à modifier, de façon appropriée et à son avantage, le monde extérieur.

Par rapport à l'intérieur, le Moi mène ses actions contre le Ça, maîtrise ou s'efforce de maîtriser les exigences pulsionnelles en décidant de les faire ou de les différer ou encore de les étouffer complètement. Le Moi se laisse guider par les tensions provoquées par les excitations du dedans et du dehors. L'augmentation de la tension entraîne du déplaisir, sa diminution apporte du plaisir. Pourtant le plaisir et le déplaisir ne dépendent pas du degré absolu des pulsions mais plutôt du rythme des variations de celles-ci.

Progressivement se forme au sein du Moi une autre instance par laquelle se prolonge l'influence des parents et de leurs successeurs, le Surmoi. Le Surmoi se détache du Moi et s'oppose à lui, incarnant en quelque sorte une troisième instance, une troisième puissance dont le Moi doit tenir compte. En dépit de leurs différences foncières, le Ça et le Surmoi ont en commun d'être des représentants du passé, alors que le Moi est surtout déterminé par ce qu'il a lui-même vécu.

A partir de ce bref résumé, on peut saisir les éléments essentiels dans la compréhension du fonctionnement psychique. L'appareil psychique se voit assigné des tâches spécifiques, qui peuvent globalement être rassemblées sous le terme de travail psychique. La prise en compte des processus qui en témoignent soutient la dimension dynamique du fonctionnement : celle-ci apparaît notamment dans le conflit psychique, conflit entre instances, conflit de désirs contradictoires, affrontements d'oppositions émanant des différents systèmes au sein de l'appareil psychique. La capacité à supporter et à traiter ces conflits, à les dramatiser, à les

penser, à les mettre en mots, ou au contraire l'extrême difficulté voire l'impossibilité à assumer un tel travail, s'inscrivent dans des modalités de fonctionnement psychopathologiques diverses. La notion de fonctionnement psychique, attaché à la plus ou moins grande solidité de l'appareil qui en constitue le lieu métaphorique, constitue l'un des pivots majeurs de la psychopathologie psychanalytique. (**cité par. Chabert, 1996**)

#### **2.1.2.1-Les trois instances de la seconde topique**

Quelques approfondissements s'avèrent nécessaires pour l'appréhension de cette seconde topique, de ses articulations avec la première, ainsi que de ses différences.

Le terme de *Ça* est introduit seulement en 1920-1923. On peut, de manière approximative, assigner au *Ça* une place analogue à l'inconscient de la première topique : cependant, si cet inconscient est pratiquement constitué par le refoulé, instance refoulante dégagée par Freud en 1923, les opérations défensives qui l'assurent sont également inconscientes. D'autre part, les modifications importantes apportées à la théorie des pulsions entraînent des changements conséquents dans les conceptions du conflit névrotique : renvoyé précédemment à l'opposition entre pulsions sexuelles et pulsions du Moi, il est repris ensuite dans la lutte entre pulsions de vie et pulsions de mort, contenues dans le *Ça*. Le *Ça* devient ainsi un "réservoir" d'énergie pulsionnelle dans lequel puisent les différentes instances. Mais la différence majeure relève des modifications dans la répartition topique des instances : très séparés, voire exclusifs les uns par rapport aux autres dans la première topique, les systèmes constitutifs de l'appareil psychique voient leurs frontières assouplies et se recoupent même dans leurs sources originelles. Les limites entre le Moi et le *Ça* ne sont pas étanches ; de même le Surmoi n'est pas une instance autonome mais "plonge" dans le *Ça*, trouvant là ses racines inconscientes. Freud reprend à propos du *Ça* de nombreuses caractéristiques de l'inconscient notamment quant à son mode d'organisation : fonctionnement en processus

primaire, dualisme dialectique des pulsions de vie et des pulsions de mort, etc. Cependant, l'organisation du Ça reste très relative dans la mesure où il se caractérise surtout par l'absence de sujet en tant qu'instance unificatrice et la prévalence des mouvements pulsionnels.

Le *Moi*, en contraste, est constitué par un mode d'organisation complexe dont l'élaboration évolue tout au long de l'oeuvre de Freud, évolution difficile à reconstruire dans les limites de ce résumé. Présent dès les premiers textes métapsychologiques consacrés au fonctionnement psychique, le *Moi* est d'abord considéré comme agent défensif associé à la censure, assurant un rôle modérateur et inhibiteur dans le système préconscient (1900). Plus tard, entre 1900 et 1915, la référence fondamentale demeure celle de l'expérience de satisfaction et de l'hallucination primitive ; les deux grands principes du fonctionnement psychique - principe de plaisir/principe de réalité - régissent les relations avec le monde interne et la réalité externe. Enfin, dans la conception du conflit névrotique, le *Moi* constitue l'instance qui s'oppose à la réalisation du désir. Des développements conséquents adviennent en 1914-1915 avec les travaux sur le narcissisme et les identifications : le *Moi* n'apparaît pas d'emblée mais se constitue progressivement. Il se définit comme une unité et s'offre comme objet d'amour, au même titre qu'un objet extérieur (1914, *Pour introduire le narcissisme*). D'autre part (1921, *Psychologie collective et analyse du Moi*) les identifications occupent une place et une fonction déterminante dans la constitution du *Moi* qui peut se trouver fortement modifié par l'identification, en devenant en quelque sorte le reliquat, à l'intérieur de la psyché, d'une relation interpersonnelle. La notion d'incorporation dans *Deuil et mélancolie* (1915) ouvre la voie à une conception du *Moi* qui serait dès l'origine déterminée par des processus identificatoires. Toutes les élaborations de l'intériorisation, essentielles pour la psychanalyse, vont se développer à partir de ces textes, pour avancer la seconde théorie pulsionnelle qui inaugure le " tournant de 1920 ". Le *Moi*, dans la seconde topique, constitue une instance essentielle dans la compréhension du conflit névrotique, conflit intrapsychique, entre instances,

entre systèmes, relevant dans une certaine mesure de l'intériorisation des relations avec les objets externes et en l'occurrence de l'intériorisation des relations aux objets originaires. Le relais serait pris alors, au sein de l'appareil psychique, par l'appareil psychique, en termes intrapsychiques, de ce qui se joue d'abord au dehors, au niveau des relations interpersonnelles.

Cependant, un ensemble de fonctions et de processus viennent se regrouper autour du Moi (**Laplanche et Pontalis, p 250**) : la conscience devient le " noyau du Moi " ; les fonctions antérieurement reconnues au système préconscient sont assignées au Moi ; le Moi est pour une large part inconscient. Enfin, outre les diverses fonctions qui lui sont attribuées, le Moi selon Freud apparaît essentiellement comme une instance médiatrice, contrainte de prendre en compte les exigences contradictoires du monde extérieur, du Ça et du Surmoi. " Comme être-frontière, le Moi tente de faire la médiation entre le monde et le Ça, de rendre le Ça docile au monde, de rendre le monde, grâce à l'action musculaire, conforme au désir du Ça "(**1923,P.214**).

Le *Surmoi*, ébauché en 1915 à partir de l'autoaccusation mélancolique, est introduit en 1923. Il assure une fonction critique et se constitue comme une instance séparée du Moi. Il est considéré par Freud comme " l'héritier " du complexe d'Oedipe, produit grâce à l'intériorisation des exigences et des interdits parentaux. En ce sens, il relève très nettement de processus d'identification, l'enfant renonçant aux désirs oedipiens s'identifie aux exigences parentales et intérieurise leurs interdits. Il ne s'agit pas d'une identification à des personnes, mais comme le précise Freud : " le Surmoi de l'enfant ne se forme pas à l'image des parents, mais bien à l'image du Surmoi de ceux-ci ; il s'emplit du même contenu, devient le représentant de la tradition, de tous les jugements de valeur qui subsistent ainsi à travers les générations " (**cité par. Chabert, 1996**).

Cependant, le Surmoi, tout en se constituant comme instance critique, est susceptible d'être nourri par l'amour des parents, lui aussi intériorisé, c'est une

sorte d'identification au surmoi des parents, veillant sur le Moi afin de lui assurer une estime de base, en évitant des écarts trop importants par rapport aux idéaux auxquels ils se réfèrent. Cette caractéristique du Surmoi " bienveillant " est très souvent négligée au profit de ses représentations sévères, essentiellement interdictrices et punitives.

Après Freud, plusieurs psychanalystes, notamment **Mélanie Klein** (1952), font remonter la formation du Surmoi à des stades précoce du développement ou encore recherchent, avant l'Oedipe, des précurseurs de conduites psychiques ou de comportements qui impliqueraient des opérations antérieures, préparant en quelque sorte l'avènement de l'instance proprement dite. La construction des deux topiques freudiennes trouve ses fondements dans l'observation clinique et l'expérience thérapeutique, ressaisies après-coup à travers l'élaboration métapsychologique qui lui donne sa portée scientifique. Le fonctionnement psychique qui nous importe essentiellement ici, s'actualise dans le traitement psychanalytique et plus particulièrement dans l'émergence et la dynamique du transfert : celui-ci constitue l'expérience originale qui sert de moteur à la cure, en permettant que se nouent des liens relationnels associant analyste et analysant, liens relationnels génératrices de représentations et d'affects, de mécanismes de défense et de toutes les conduites psychiques qui ordonnent le processus.

### ***3-Transfert, contre-transfert***

L'évolution de la notion de transfert chez Freud : les transferts, le transfert

Avant toute définition, il faut rappeler que Freud n'a cessé de renouveler le questionnement sur ce point central de la psychanalyse, en s'efforçant notamment de poser des limites à ce phénomène qu'il parvient davantage à circonscrire dans les indications concernant la cure que dans les élaborations théoriques qu'il en propose pour en dégager la spécificité.

### **3.1-Origines**

Rappelle qu'avant d'en découvrir l'essence fondamentale dans la cure, avant même d'en avoir été saisi sans s'en apercevoir, Freud a utilisé le terme de " transfert " en français, dans deux textes relativement anciens - datant de 1888 - l'un préfâçant l'ouvrage de Bernheim *De la suggestion*, et l'autre consacré à l'hystérie dans le *Manuel de médecine* de Villaret (**cité par. Chabert, 1996**). Ces deux textes mettent en évidence la prise du transfert avec l'hystérie, la suggestion et l'hypnose, aux sources mêmes de la psychanalyse. Le terme de " transfert " est utilisé alors au sens de transport, de déplacement, par exemple chez l'hystérique d'un point du corps à un autre.

C'est dans la *Traumdeutung* que la première acception psychanalytique du concept apparaît dans l'évocation des transferts : ces transferts relèvent de déplacements déterminés par la nécessité pour l'inconscient de s'incarner, avant même d'être figuré, de l'impossibilité pour les émergences de l'inconscient d'apparaître comme telles, et donc des travestissements obligés qui en permettent l'expression dans les restes diurnes. " La représentation inconsciente est tout à fait incapable, en tant que telle, de pénétrer dans le préconscient et elle ne peut y exercer un effet qu'en se mettant en connexion avec une représentation anodine qui appartient déjà au préconscient, en transférant son intensité sur elle et en se faisant couvrir par elle. C'est là le fait du transfert qui fournit l'explication de tant de phénomènes frappants de la vie mentale des névrosés " Commentant ce passage, insiste d'une part sur l'importance de l'hypothèse économique - c'est une énergie qui se déplace et se transfère - et d'autre part sur l'assimilation explicite des transferts dans le rêve à ceux de la psychopathologie et donc de la cure. ( **Freud, 1984, P86** ). Dans les *Etudes sur l'hystérie* (1895), les déplacements sur le médecin sont décrits exactement de la même manière. Cependant, leur caractéristique retrouvée notamment dans le cas Dora est que, tout en étant repérés, les transferts prennent Freud de court (et avant lui Breuer avec Anna O). Après coup, Freud se

reproche de n'avoir pu empêcher l'interruption du traitement parce qu'il n'a pas tenu compte, à temps, de ces phénomènes. " La productivité de la névrose n'est nullement éteinte, elle s'exerce en créant des formations de pensée particulières, pour la plupart inconscientes, auxquelles on peut donner le nom de " transferts ". Que sont les transferts ? Ce sont de nouvelles éditions, des copies des motions et des fantasmes qui peuvent être éveillés et rendus conscients au cours de l'analyse et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin. Autrement dit, un nombre considérable d'états psychiques antérieurs revivent non pas comme états passés mais comme relation actuelle à la personne du médecin " .( Freud, 1984, P87) .

### **3.2-Transfert, les transferts**

Freud parle *du* transfert et en même temps *d'un* transfert parmi d'autres : il y aurait le transfert de base, que Freud conçoit d'essence paternelle, à ne pas démasquer, et un transfert relevant cette fois du déplacement d'une figure actuelle de la vie du patient sur la personne du médecin. Le transfert ne témoigne pas seulement d'une relation à deux, il ne se ferme pas sur la répétition d'une relation inscrite seulement dans le rapport entre l'analyste et le patient : le transfert est ouvert sur autre chose que lui-même. Il faut donc maintenir l'idée de transferts au pluriel : le travail analytique s'attache aux transferts, qui doivent être saisis un par un, sur le fond d'une relation de base, identifiée par Freud comme transfert de la relation au père à la relation au médecin.

La distinction fondamentale entre les transferts et le transfert doit être maintenue : il ne faut pas abandonner les premiers sous prétexte d'une évolution de la pensée freudienne stigmatisée par la découverte du transfert dans la névrose de transfert, même si celle-ci occupe le psychanalyste plus particulièrement en tant que produit de la cure dont les effets, en termes d'affects ou de résistances, retiennent particulièrement l'attention par les effets à la fois nécessaires et gênants du phénomène. Les résistances de transfert sont tout aussi encombrantes que les

résistances au transfert - point de vue développé notamment dans *Remémoration, répétition, perlaboration*, et dans *Au-delà du principe de plaisir*. Dans l'histoire du traitement, il apparaît que le but fixé - rendre conscient l'inconscient - ne peut être atteint seulement par la levée des résistances : " Le malade ne peut pas se souvenir de tout ce qui est en lui refoulé et peut-être précisément pas de l'essentiel, de sorte qu'il n'acquiert pas la conviction du bien-fondé de la construction qui lui a été communiquée. Il est bien plutôt obligé de répéter le refoulé comme expérience vécue dans le présent, au lieu de se le remémorer comme un fragment du passé, ce que préférerait le médecin. Cette reproduction qui revient avec une fidélité qu'on n'aurait pas désirée, a toujours pour contenu un fragment de la vie sexuelle infantile, donc du complexe d'Oedipe et de ses ramifications ; elle se joue régulièrement dans le domaine du transfert, c'est-à-dire de la relation au médecin " .( Freud, 1920, P58).

Il y aurait donc une double relation au médecin : l'une de contrainte, l'autre de collaboration dans laquelle pourrait se retrouver les traces de la distinction entre le transfert de traces - transfert paternel pour Freud - et les transferts tels qu'ils ont été définis à l'origine.

On peut remarquer les formulations très divergentes, voire contradictoires que Freud a pu proposer quant aux fonctions du transfert : par rapport à la remémoration, le transfert constitue un obstacle et prend son sens de résistance mais il permet en même temps, grâce à la répétition, que s'actualise dans l'ici-maintenant de la cure, la problématique singulière du patient et notamment sa névrose infantile. Dans cette perspective, il offre un outil essentiel à l'analyste parce qu'il lui permet de se saisir de la conflictualité intrapsychique de l'analysant dans tous les déploiements du processus de la cure, en particulier dans la mise en scène des conflits en termes de désirs contradictoires portés par des instances en lutte les unes contre les autres, à titre d'exemples ; *dans l'une des psychothérapies que je conduisais il a quelques années, un patient dont la problématique est d'ordre névrotique, en l'accompagnant à la salle de consultation il me disait : « je*

*déteste cet homme –en montrant du doigt sur le cadre portant la photo de Freud déposée sur le mur », je lui avais demandé s'il connaît cet homme, il me disait que « sa virilité, sa mine me dit quelque chose mais j'en ne me souviens pas » !. Quand on éprouve un transfert sur quelqu'un d'autre ou sur l'image de psychologue, ce n'est pas forcément que le patient s'en adresse, Freud pour ce patient c'est l'équivalent d'un père castrateur, qui fait peur, et qui fait du mal.*

### **3.3-Transfert, produit de la situation analytique**

La spécificité de la situation analytique relève d'un dialogue singulier déterminé par une méthode et un objet, créant les phénomènes inhérents au transfert. En effet, parler des transferts revient à se limiter à leurs aspects les plus manifestes, les plus courants, les plus ponctuels, les plus quotidiens même si l'on constate l'extrême généralisation de cette notion et son application - arbitraire - à toutes sortes de situations relationnelles. L'élément essentiel à souligner dans ces abus revient à une conception quasi consciente du phénomène transférentiel (transfert et contre-transfert) alors que la pratique analytique qui le rend familier, conduit au contraire le psychanalyste à mesurer la massivité de ce processus essentiellement inconscient pour l'analysant et qui échappe largement à l'analyste lui-même.

**Ida Macalpine (1950)** souligne l'étrangeté du transfert (comme de l'inconscient) corrélative de l'étrangeté des névrosés et attribue les causes du transfert essentiellement au patient : le transfert est une production dans laquelle l'entourage, c'est-à-dire la situation analytique, joue un rôle déterminant. I Macalpine propose d'en cerner les facteurs inducteurs repris et ordonnés en trois groupes par **D Lagache (1952)** : les éléments relatifs au cadre analytique dans ses aspects apparemment les plus formels ; les éléments tributaires de la règle fondamentale dans la dialectique d'échanges marqués par la libre association (du patient) et l'activité d'interprétation (de l'analyste) ; enfin, rassemblant les précédents et les subsumant, la " frustration " constitue l'appel essentiel, infantilisant et donc favorisant la régression. Du côté de

l'analyste, sont ainsi rassemblés un certain nombre de refus : refus de relations réelles, refus du voir, refus de certains types de discours (réponses, conseils, injonctions). Pour **Macalpine**, la régression dans le transfert se caractérise par la résurgence de l'infantile, un " présent pris pour le passé " saisi par un triple système topique, formel, temporel. Pour l'auteur (comme pour D Lagache), la régression se situe uniquement du côté de l'analysé : l'analyste, tout en induisant et en restant à l'écoute de cette régression, en demeure exclu ; la prise en compte du contre-transfert est limitée, voire inexistante : " l'analyste a en lui-même son analyse profonde et il sait à quoi s'attendre : par là même, à la différence de l'analysé, il est dans une position de force. Alors que c'est la tâche de l'analysé que de s'adapter activement à la situation analytique, il incombe à l'analyste de demeurer résistant à une telle adaptation. Tandis que l'analysé doit vivre le passé et observer le présent, l'analyste doit vivre le présent et observer le passé ; il doit résister à toute tendance régressive à l'intérieur de lui-même " (P.468). Dans " le problème du transfert ", D Lagache reprend en 1952 la question de l'origine et de la découverte du phénomène puisque de son point de vue, depuis que les hommes existent, aucun n'échappe à la répétition : " Toute conduite est [...] un dosage d'assimilation de la situation présente à des habitudes anciennes et d'ajustement des habitudes anciennes à la situation présente [...]. Au cours des séances d'analyse comme au cours de la vie, le patient puise dans son répertoire d'habitudes ". Et pourtant l'intuition de Freud est une découverte totalement novatrice, étonnante et déconcertante, dont la reconnaissance a été probablement rendue difficile du fait même de la situation dans laquelle le transfert survient : D Lagache oppose catégoriquement transfert (au sens banal, habituel, courant) et névrose de transfert : " La névrose de transfert connote, dans la relation analytique, les conduites qui mettent en jeu des habitudes et des attitudes inadéquates à la situation réelle et présente ". Le réel et le déréel doivent être confrontés, ce qui constitue le moteur même de l'interprétation. " La mise en forme d'une interprétation de transfert met en évidence deux aspects :

- la conduite de l'analysé n'est pas ajustée à la situation présente et actuelle ;

- elle constitue la reproduction dans les termes de la situation analytique d'une forme de conduite, d'une habitude formée pendant l'enfance du patient.

Le but de l'interprétation " mutative ", selon l'expression de Stratchey, est de " faire constater au Moi raisonnable du patient qu'il répète le passé au lieu de s'ajuster au présent " (P.78). La situation analytique devient ainsi une situation paradoxale puisqu'elle offre les conditions qui requièrent le surgissement du transfert, tout en dénonçant l'inadéquation des effets du processus par rapport à l'actualité de la relation du patient avec son analyste. Et pourtant, c'est bien l'émergence de cet écart et son impact qui permettent le déploiement de la cure.

Soulignons que les perspectives défendues par I Macalpine et D Lagache dans les années 1950-1952 négligent presque totalement la participation inconsciente de l'analyste dans l'entreprise transférentielle. Pourtant, à la même période, d'autres auteurs, et notamment **Paula Heimann (1949)** et **DW Winnicott (1947)** soutenaient des points de vue prenant largement en compte les mouvements inconscients de l'analyste dans la cure. Après eux, les développements concernant le contre-transfert vont progressivement prendre place et constituer la plaque tournante des mouvements mutatifs de la cure.

### **3.4-Transfert, contre-transfert** selon **Jacques Lacan**

Bien avant d'en faire surgir le signifiant, bien avant de lui donner le nom de sujet supposé savoir, Lacan (1960-1961) avait isolé en ces termes cette supposition : " Au fond de tout un chacun d'entre nous qui tente cette expérience, de quelque côté que nous l'abordions, analysé ou analyste, il y a cette supposition [...] c'est à la place même où nous sommes supposés savoir que nous sommes ainsi appelés à être ". Ce sujet supposé savoir serait resté méconnu de Freud, notamment dans son transfert à Fliess, mais serait très repérable dans la relecture de ses cas : Dora où la fonction du sujet supposé savoir s'instaure à partir de la relation de son père à Freud ; Hans pour qui le sujet supposé savoir prend une consistance quasi réelle

dans le transfert de son père à Freud ; l'Homme aux rats dans sa relation à l'ami toujours raisonnable, qui le rassure dans ses moments d'angoisse, celui qui peut lui dire " Freud saura répondre à tes symptômes et les interpréter ". Pour Lacan, l'association entre le transfert et le sujet supposé savoir est fondée sur une série d'axiomes qu'il formule ainsi :

- le transfert est impensable sinon à prendre son départ dans le sujet supposé savoir (SsS) ;
- il est supposé savoir, ce sujet, ce à quoi nul ne saurait échapper, c'est-à-dire la signification ;
- le sujet est supposé savoir de seulement être sujet du désir.

Ces trois axiomes définissent à la fois le SsS et le cadre de la cure " Dès qu'il y a sujet supposé savoir, [...] il y a transfert " (**P.210**). Le transfert pousse le sujet à vouloir savoir en se servant de l'amour qui s'adresse au sujet supposé savoir - seul le désir de l'analyste comme réponse à l'amour pourra faire de cette passion la cause même d'un savoir. Dans le séminaire II, Lacan traitant de l'ignorance, de la vérité et du mensonge, est conduit à formuler la relation entre le savoir et la conscience, ce qui lui permet de définir l'inconscient comme " non su ". Et pourtant, l'inconscient a la structure d'un savoir. " Tout indique - c'est le sens de l'inconscient - non seulement que l'homme sait déjà tout ce qu'il a à savoir, mais que ce savoir est parfaitement limité à cette jouissance insuffisante que constitue qu'il parle " (**P.96**).

**Michel Neyraud** a consacré un ouvrage conséquent au transfert et au contre-transfert (*Le transfert, Etude psychanalytique*, 1974). La reprise de cet ouvrage déjà ancien présente l'intérêt de souligner la récurrence du questionnement transférentiel : de quelle(s) réalité(s) les phénomènes de transfert relèvent-ils ? Peuvent-ils se définir essentiellement en termes d'éprouvés, d'affects effectivement ressentis associés à une imagerie quasi consciente dans le transfert de scénarios relationnels dont la chronique s'impose ? Renverraient-ils à des conduites

psychiques ou à des contenus psychiques ? Constituent-ils la trace rationalisée dans l'ici-maintenant de la cure, de représentations inconscientes dont seuls les indices les plus manifestes seront saisissables, nourrissant en quelque sorte une quête de savoir ou de sens qui de toute manière n'atteindra jamais qu'une vérité partielle et qui s'échappe sans cesse?

Les différentes catégories de transfert dégagées par M Neyraut, peu connues en grande majorité, ont essentiellement le mérite de formaliser quelques-unes de ces questions et plus particulièrement celle, essentielle, de la nature psychologique ou psychanalytique de ses qualités.

### ***3.5-Quelques registres de transfert***

#### ***3.5.1-Transfert explicite, transfert implicite***

Le transfert explicite désigne nommément l'analyste en tant que personne particulière et au-delà intéresse toute la situation analytique. Le climat d'une cure sera très différent selon qu'elle s'organise dans le registre de l'explicite ou de l'implicite, comme cela a été le cas pour Dora. L'intensité du transfert ne dépend pourtant pas de cette spécification et cette opposition, au-delà de l'aspect formel du " vous " adressé à l'analyste, vise le point fondamental de " l'interpellation dans le transfert ", renvoyant alors à l'opposition entre transfert manifeste et transfert latéral.

#### ***3.5.2-Transfert blanc***

M Neyraut traite de la dimension affective du transfert dans cette formulation : le transfert blanc dit ce qu'il veut dire, puisqu'à la fois il manifeste l'existence d'un transfert, mais exclut son aveu, se distinguant du transfert négatif beaucoup plus bruyant. Le transfert blanc l'est aussi pour l'analyste ; il l'aveugle, lui faisant occuper " la place du mort, de l'absent, du nié, de l'effacé, exclu, censuré, châtré " (Lacan, 1962, P.273) autant de dénégations qui précisément signalent l'existence de ce que le sujet ne veut pas voir.

### ***3.5.3-Transfert latéral***

On distingue ainsi les modalités de déplacement transférentiel sur des personnes ou des objets, hors cure. Le transfert latéral est un effet du transfert et s'inscrit dans le transfert, même s'il paraît s'y opposer (en termes d'investissement ou d'excitation notamment). La latéralisation du transfert offre parfois une voie de sortie à certaines impasses analytiques et en particulier dans des modalités d'établissement de transfert positif ou négatif. M Neyraut note le grand intérêt du transfert latéral " dans la ligne de partage qui dérive les motions hostiles et les motions favorables, les motions sexuelles et les motions narcissiques " (**Lacan, 1962, P.275**). Ajoutons que dans certaines situations pathologiques, en particulier les traitements d'adolescents et de jeunes adultes en graves difficultés psychiques, la mise en place d'un double suivi (un consultant psychiatre, un psychanalyste) favorise la latéralisation du transfert et permet que se maintienne, par la diffusion du transfert et sa bipartition, le processus analytique qui, sans cet aménagement, serait susceptible de mobiliser une excitation trop forte dans un transfert massif et envahissant (**cité par. Chabert, 1996**).

### ***3.5.4-Transfert direct et indirect : l'amour de transfert***

Ces notations se réfèrent à la situation psychologique au sens où Freud l'entend, c'est-à-dire à une réalité relationnelle où les différents contenus psychiques sont " adressés " à quelqu'un. La situation psychologique est à certains égards l'élément réel de la situation analytique, même si celle-ci relève d'un concept plus vaste. Se pose alors, et c'est l'intérêt du point de vue de M Neyraut, la question de la place de cette réalité dans le transfert, celui-ci assurant une fonction d'agent médiateur entre les deux situations - analytique/psychologique. " Plus le transfert est intense, plus il est inconscient et plus la situation psychologique perd son indice de réalité et ne devient que le reflet du déplacement fantasmatique opéré par le transfert " (**Lacan, 1962, P.277**).

Le transfert direct caractérise le lieu de la demande, dont la traduction la plus manifeste apparaît dans l'amour de transfert énoncé comme tel, c'est-à-dire avec le désir d'une satisfaction immédiate. Ce transfert s'accroche à la réalité comme si l'analysant montrait une incapacité à renoncer, et donc à établir un lien symbolique du fait d'une subordination totale au principe de plaisir. L'amour de transfert, écrit Freud, " n'est qu'un exemple de répliques et de clichés de certaines situations passées et aussi de réactions infantiles ", se pose d'ailleurs la question de la vérité de cet amour, question paradoxale s'il en est. (**cité par. Chabert, 1996**).

### **3.6-Le contre-transfert**

#### **3.6.1-Quelques définitions inaugurales**

Selon la définition traditionnelle - et restrictive sans doute - le contre-transfert s'opposerait au transfert et surviendrait après lui, serait déterminé par lui et apparaîtrait comme produit par le transfert dont il constituerait une forme de réaction : conception présente à l'origine chez Freud puisque, dans la mesure où le transfert transporte de lourdes charges affectives, le médecin doit bien reconnaître qu'elles le concernent et qu'il en est l'objet. Il y a ainsi une implication de l'analyste qui se reconnaît comme instigateur et destinataire des phénomènes transférentiels. Cependant, l'analyste n'est pas seulement requis par le transfert, mais par de multiples sollicitations, engendrées par la situation analytique, si bien que, par extension, on peut envisager une nouvelle définition du contre-transfert : elle comprendrait " toutes les manifestations, idées, fantasmes, sentiments, interprétations, actions ou réactions qui ressortissent à l'analyste " (**Neyraud, 1980, P16**). Une conception si large risque pourtant d'entraîner une dérive et une généralisation du terme alors qu'il paraît indispensable d'établir la spécificité du champ psychanalytique du contre-transfert, et donc d'en préciser les limites et les contradictions : ces dernières sont illustrées par l'une des premières prescriptions techniques de Freud (**Freud, 1953**). il ne convient pas pendant que le traitement se poursuit de procéder à l'élaboration scientifique d'un cas, d'en reconstituer la

structure, d'en vouloir deviner l'évolution, d'en noter de temps en temps l'état présent, comme l'exigerait l'intérêt scientifique... Comment faut-il alors que l'analyste procède ? Il devra passer, suivant les besoins, d'une attitude à une autre, éviter toute spéculation, toute rumination mentale pendant le traitement, ne soumettre les matériaux acquis à un travail de synthèse qu'une fois l'analyse terminée ". L'essentiel de la prescription revient à ce " passage d'une attitude psychique à une autre " qui suppose, selon M Neyraut, une mise en suspens radicale puisqu'elle s'étend aux représentations inconscientes.

### ***3.6.2-Quelques exemples à propos du contre-transfert :***

**Paula Heimann (1949)** dénonce l'idée selon laquelle le contre-transfert serait essentiellement une source de perturbations pour l'analyste et pour la conduite de la cure. Elle considère en effet que l'effort de détachement, ou d'évitement des implications affectives et émotionnelles de certains analystes, les prive d'un outil de travail à la fois précieux et opérant. Elle entend par contre-transfert la totalité des sentiments que l'analyste éprouve pour son patient, et insiste sur la dimension relationnelle qui caractérise les liens entre deux personnes, l'analyste et l'analysant. Au sein de l'attention flottante, la sensibilité émotionnelle " libre " de l'analyste permet d'atteindre profondément l'inconscient du patient qui émerge justement à travers l'expression des sentiments. Le travail de l'analyste doit donc combiner l'attention libre et les libres réponses émotionnelles qui émanent d'une perception inconsciente de l'inconscient du patient beaucoup plus fine.

### ***3.6.3-La haine dans le contre-transfert :***

Si la prise en compte des sentiments constitue un élément important dans la cure analytique, leur ambivalence doit apparaître aussi bien chez l'analysant que chez l'analyste. La haine dans le contre-transfert est plus nettement repérable dans les traitements de patients psychotiques, traitements particulièrement difficiles aussi bien d'ailleurs pour les analystes que pour les psychiatres. Il y a en effet coïncidence de l'amour et de la haine chez des patients qui ressentent la même collusion chez l'analyste. Celui-ci n'a pas à nier la haine qui lui est attribuée et qui existe réellement en lui, haine justifiée, selon Winnicott ; haine latente dans

l'analyse ordinaire, elle émerge dans les traitements de psychotiques probablement du fait de la haine de la mère pour l'enfant, dès le début de sa vie, si bien que l'analyste se trouve, en de telles situations de cure, dans une position comparable à celle de la mère d'un nouveau-né. Seule la haine de l'autre rend tolérable la haine éprouvée par le sujet - haine pour haine - dit Winnicott. (**cité par. Chabert, 1996**).

### ***3.6.4-La séduction dans le contre-transfert :***

L'aménagement de la situation analytique, qui maintient l'analyste hors du regard du patient, détermine la non-réponse, facilite la règle du silence et la contention de l'expression émotionnelle. Paradoxalement, ce dispositif provoque une implication reconnue chez l'analyste et notamment dans les mouvements de séduction auxquels il est confronté.

Pour **J Laplanche (1986)**, la généralisation de la théorie de la séduction englobe bien entendu la situation analytique : l'idée fondamentale est que la séduction est inhérente au caractère énigmatique des messages émis de l'adulte à l'enfant, dans les états originaires de sa sexualité. Signifiants énigmatiques véhiculés par la mère, et qui lui échappent tout autant qu'à l'enfant, encore que celui-ci puisse rattacher à sa passivité le sentiment de son impuissance à comprendre. Le chemin parcouru dans la cure montrerait comment, de scène en scène, se retrouve indéfiniment la même énigme jusqu'à son origine. La situation analytique se saisirait dans le même ordonnancement où cette fois encore, la question de " qui séduit qui ? " resterait ouverte. Séduction de l'analysant par l'analyste, au sens où ce dernier émettrait des signifiants dont les significations resteraient closes, provoquant chez le patient cet éprouvé d'impuissance dans un contexte de passivité requise. Mais aussi séduction de l'analyste par l'analysant, par l'échappée constante du sens de son discours, par l'opacité de ses productions, réactivant chez l'analyste le même éprouvé d'impuissance et de passivité. On retrouve ici l'opposition entre la séduction directe qui fait l'objet pour Freud de nombreuses mises en garde, en référence aux provocations immédiates, aux demandes explicites, aux sollicitations précises de la

part du patient, la règle étant pour l'analyste de ne point y céder, ce qui s'entend de la manière la plus réelle et tangible : même si des prescriptions réalistes peuvent apparaître naïves, elles n'en constituent pas moins le modèle de toutes les séductions quels qu'en soient les niveaux, puisqu'aussi bien elle s'inscrit dans la

### ***3.7-Dynamique de l'amour de transfert.***

#### ***3.7.1-Le transfert : une force d'attraction***

Dans un ouvrage récent, **JB Pontalis (1990)** condense les questionnements actuels sur le transfert dans des modalités de formulation qui rejoignent étonnamment les écrits de Freud. Selon l'auteur, la surprise initiale reste vivante tout au long du cheminement freudien jusque dans sa déclaration en 1938 : " C'est une chose bien étrange que l'analysé réincarne dans son analyste un personnage du passé " (**Freud, 1938, P.42**), l'étrange résidant dans cette réincarnation qui soulève la question du temps, essentielle dans l'analyse. Temps du passé, temps du présent, temps de la réminiscence dont souffrirait l'hystérique, c'est-à-dire d'un retour dans le présent d'images passées non identifiées comme telles : c'est bien l'hystérie qui donna à Freud la chance de rencontrer des représentations et des transferts de représentations et lui permit d'inventer la psychanalyse. Transferts de quoi ? interroge JB Pontalis. Transfert de représentations d'abord, on vient de le rappeler, mais aussi transfert d'objet et transfert d'affects, et encore transfert de lieux du corps : ainsi se découvre la " disposition " au transfert. Du côté de l'analyste, au début du moins, la neutralité est exigée, ce qui réduit considérablement le problème de l'adresse, du fait peut-être du risque de confusion entre la personne psychique avec la personne réelle : JB Pontalis rappelle Freud déclarant à l'Homme aux rats : " Vous savez bien que je ne suis pas le capitaine cruel ". C'est bien là, poursuit-il, que réside " le paradoxe du transfert : l'analyste est à la fois le transitaire et le destinataire "(**Pontalis, 1990, P. 63**). Paradoxe qui se condense dans le double énoncé : " ce n'est pas à moi que ce discours s'adresse " et " c'est à moi que ce discours s'adresse ". Dans le premier cas, le décalage est souligné mais peut prendre la forme d'une dérobade. Dans le second, la confusion apparaît entre le manifeste et le

latent. Comment se dégager de ce paradoxe ? Il faudrait d'abord ne pas appeler transfert simplement la permanence d'une relation d'objet ou encore d'habitudes mais plutôt s'attacher à la " chose étrange " qui crée de " nouvelles éditions ", simples réimpressions ou éditions revues et corrigées, la question restant ouverte de ce qui est édité, c'est-à-dire de ce qui est transféré : des motions pulsionnelles, des fantasmes, des expériences psychiques, transférés sur l'analyste.

Au-delà des développements plus classiques, quant à la force de répétition dans l'analyse et le transfert, JB Pontalis souligne à la fois la dimension passionnelle et la qualité d'acte du transfert. " "Agir ses passions". Le transfert est un "agir", le transfert est une passion, non un "dire" (ou alors un "dire" qui est "faire") et c'est ce qui rend si difficile, aussi bien pour le patient que pour l'analyste d'en parler " "(Pontalis, 1990, P. 72). S'appuyant sur le fragment célèbre des *Observations sur l'amour du transfert* (Freud, 1915), JB Pontalis étaye l'hypothèse d'un surgissement du transfert comme événement réel, de par sa qualité d'expérience effective : " La scène a entièrement changé, tout se passe comme si quelque comédie eût été soudainement interrompue par un événement réel, par exemple comme lorsque le feu éclate pendant une représentation théâtrale ". Le patient est contraint de " répéter le refoulé comme expérience vécue dans le présent ", il n'a guère de possibilité de se remémorer tout le refoulé, mais ce qui advient surgit avec " une fidélité qu'on n'aurait pas désirée qui a toujours pour contenu un fragment de la vie sexuelle infantile ". Il faut donc conserver les deux conceptions du transfert : celle des transferts de représentations et en même temps celle qui soutient le transfert comme moteur essentiel de l'analyse. L'événement réel auquel confronte la répétition transférentielle, celui qui porte la réalité psychique, arrive ici-maintenant, " étrange phénomène où se conjugueraient répétition et première fois " "(Pontalis, 1990, P. 91)..

Mais insiste JB Pontalis (1977), si le transfert est ce par quoi s'exprime l'essentiel, se pose inéluctablement la question du contre-transfert. Celui-ci est déterminé par ce qui pousse l'analyste à devenir et à rester analyste ; il témoigne

des mouvements que l'analyste peut percevoir en lui quand tel propos ou telle association du patient entrent en résonance avec un point sensible de son histoire ou de sa fantasmatique et qui le touchent au vif ; il se reconnaît dans la place assignée par l'analysé à l'analyste, place où il cherche à le maintenir ; la dynamique transférentielle enfin s'exerce avec une grande violence psychique lorsque le patient suscite chez son analyste une paralysie psychique, un immobilisme de la pensée et du corps sidérant - de telle sorte que rien ne bouge - ce que JB Pontalis appelle être touché au mort, phénomène souvent repérable dans la réaction thérapeutique négative. Si le transfert est un phénomène étrange, alors le contre-transfert peut s'entendre comme " transfert en nous de l'étranger, de ce qui est le plus étranger au patient ". Ainsi la spécificité de l'analyse résiderait dans la rencontre entre deux étrangers, c'est-à-dire finalement entre ce qu'il y a de plus étranger en chacun d'eux ; le transfert agi, éprouvé dans l'analyse, reste inoubliable dans sa force d'attraction. (**cité par. Chabert, 1996**).

**Conclusion :**

*On peut envisager qu'une approche psychanalytique cherche à exploiter au mieux les spécificités de la situation thérapeutique et les paramètres qu'elle active, notamment en mobilisant le fonctionnement psychique à travers la dynamique du transfert, ainsi que les constructions métapsychologiques qui structurent les processus de réflexion dans l'après-coup. Le psychanalyste s'appuie sur une sémiologie particulière, issue directement du travail analytique, qu'il identifie à travers le processus analytique, en observant notamment les actes de parole, les répétitions et les résistances au changement. Cependant, la sémiologie psychanalytique ne vise pas une classification des maladies, mais se base sur les trois perspectives métapsychologiques : dynamique, topique et économique. Ce cadre sémiologique et conceptuel peut être appliqué à tout type d'organisation psychopathologique, permettant d'analyser en termes d'appareil psychique, de systèmes topiques, de transfert, ou de processus primaires et secondaires. L'objectif d'approfondissement est alors de spécifier, avec finesse, la qualité*

*particulière des différentes opérations mentales du sujet, en favorisant leur expression dans le processus analytique et à travers la mobilisation du transfert au cours de la thérapie.*

*Chapitre II : Les psychothérapies  
Psychanalytique Adlerienne et Jungienne*

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 Psychanalytiques (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 de passer à l'élément suivant du programme de canevas, nous tenons à rappeler qu'alfred Adler et Carl Gustave Jung sont des détracteurs de la pensée freudienne, ils ont essayés d'inventer une autre doctrine qui toujours se basait sur la thèse de l'inconscient freudien.

Nous n'allons pas approfondir sur ces deux théories puisque à notre connaissance elles ne sont pas pratiquées dans notre société algérienne, puisque les psychothérapeutes algériens de tendance psychanalytique pratiquent la psychothérapie d'inspiration psychanalytique freudienne telle qu'elle a été connue sur le plan de ses principes de base avec un fonctionnement actuel selon le cotexte dont nous l'exercions. (*Voir, la psychothérapie psychanalytique en Algérie P.102*)

nous pourrions donner une définition exhaustive à la psychothérapie psychanalytique : c'est une méthode inspiré des principes psychanalytiques qui utilise un ensemble de techniques psychanalytiques qui permet de traiter la névrose en assouplissant les résistances et le refoulement afin que la vie soit supportable pour les patients.

Dans ce qui suit, nous allons opter à présenter deux modèles de

psychothérapies psychanalytiques et une technique psychothérapeutique analytique à savoir : La psychothérapie individuelle d'**ADLER**. A, la psychothérapie psychanalytique de **G. JUNG**, Et la technique du psychodrame analytique de **D. ANZIEU**.

## ***II- La psychothérapie individuelle d'ADLER.***

La psychothérapie individuelle développée par Alfred Adler, également connue sous le nom de psychologie individuelle, se concentre sur la compréhension de la personne en tant qu'individu unique. *Nous allons nous contenter de présenter des généralités sur cette théorie.*

La psychologie individuelle, est une théorie qui met l'accent sur les aspects sociaux et communautaires de la vie d'une personne qui sont pour lui aussi importants que l'aspect interne. La théorie psychologique d'Adler est axée sur la dynamique familiale, les intérêts sociaux et le bien-être avec autrui. Adler estimait que la force qui motive les personnes est celle qui les pousse à surmonter leur complexe d'infériorité en s'efforçant de faire preuve de supériorité par rapport aux autres. Sa théorie met l'accent sur l'humanité en tant qu'ensemble et souligne l'importance d'un sentiment d'appartenance et d'encouragement mutuel, ainsi que l'égalité sociale. Son approche était orientée vers la réalisation d'objectifs pratiques liés à l'activité, la société et l'amour. Il a exprimé une vision holistique de l'individu et fut le pionnier de la pratique des thérapies familiales et collectives. Alfred Adler était un psychothérapeute autrichien qui a collaboré avec Sigmund Freud au début des années 1900 à Vienne. Il s'est ensuite éloigné de Freud en raison de ses différentes idées sur le développement de la personnalité et la relation entre l'individu et le monde environnant. Sa méthode préconisait d'utiliser deux chaises pour le thérapeute et le patient, plutôt que la méthode freudienne d'utilisation du fameux sofa, pour favoriser un sentiment d'égalité entre le thérapeute et le patient.

L'école de psychologie individuelle d'Alfred Adler a créé un gouffre dans le

domaine de la psychologie, qui avait été dominé par la psychanalyse de Freud. Alors que Freud se concentrat uniquement sur les processus internes – principalement les conflits sexuels – qui affectent la psychologie d'une personne, Adler était catégorique sur le fait que pour comprendre pleinement une personne, un psychologue devait également prendre en compte d'autres facteurs internes et externes. C'est pourquoi il a nommé son école de psychologie individu ; le mot est censé évoquer un sens d'indivisibilité, dérivé du latin *individuum* (Mosak et al, 1999, P. 6).

La théorie de la psychologie individuelle d'Alfred Adler postule que les individus sont principalement motivés par des intérêts sociaux et un désir de supériorité ou d'amélioration de soi. Les expériences de l'enfance, en particulier les sentiments d'infériorité, motivent ce désir, mais chez un individu sain, il se manifeste sous la forme d'un désir de contribuer au bien-être des autres.

Des comportements inadaptés apparaissent lorsque ce désir devient égocentrique ou lorsque les sentiments d'infériorité sont accablants. Adler a mis l'accent sur le caractère unique de l'individu et sur le rôle des liens sociaux dans la formation du comportement.

### **1-Compensation, surcompensation et complexes**

Adler pensait que l'élément psychologique de base de la névrose était un sentiment d'infériorité et que les individus souffrant des symptômes de ce phénomène passaient leur vie à essayer de surmonter ces sentiments sans jamais être en contact avec la réalité (White, 1917)

#### ***1.1-Compensation des faiblesses***

Selon Adler (2013b), tous les nourrissons éprouvent un sentiment d'infériorité et d'inadéquation dès qu'ils commencent à faire l'expérience du monde. Ces expériences précoce, comme le besoin de gagner l'attention des parents, façonnent les objectifs inconscients et fictifs de l'enfant. Elles donnent à l'enfant le besoin de s'efforcer de rectifier cette infériorité – le besoin de compenser sa faiblesse en développant d'autres points forts. La quête de compensation de l'enfant peut avoir

plusieurs conséquences. Tout d'abord, si l'enfant reçoit une éducation et des soins adéquats, il peut accepter ses difficultés et apprendre qu'elles peuvent être surmontées par un travail acharné. Ainsi, l'enfant se développe « normalement » et acquiert le « courage d'être imparfait » (**Lazarsfeld, 1966, pP. 163-165**).

### ***1.2-Surcompensation***

Toutefois, il arrive que le processus de compensation dérape. Cela se produit notamment lorsque le sentiment d'infériorité devient trop intense et que l'enfant commence à avoir l'impression qu'il n'a aucun contrôle sur ce qui l'entoure. Il s'efforcera très vigoureusement de compenser, au point que la compensation n'est plus satisfaisante. Cela culmine dans un état de surcompensation, où l'accent mis par l'enfant sur l'atteinte de son objectif est exagéré et devient pathologique. Par exemple, **Adler (1917)** utilise le personnage grec antique Démosthène, qui avait un terrible bégaiement, mais qui a fini par devenir le » plus grand orateur de la Grèce » (P. 22).

Démosthène a commencé par se sentir inférieur à cause de son bégaiement et a surcompensé en ne se contentant pas de surmonter son bégaiement, mais en exerçant une profession qui aurait normalement été impossible pour un bègue.

### ***1.3-Complexe d'infériorité***

La surcompensation peut entraîner le développement d'un complexe d'infériorité. Selon **Adler (2013a)**, le complexe d'infériorité se caractérise par le fait que « les personnes s'efforcent toujours de trouver une situation dans laquelle elles excellent » (P. 74). Cette pulsion est due à leur sentiment d'infériorité écrasant. Il existe deux composantes à ce sentiment d'infériorité : primaire et secondaire. L'infériorité primaire est le « sentiment originel et normal » d'infériorité qu'entretient un enfant. L'infériorité secondaire, en revanche, est le sentiment d'infériorité qui se manifeste chez l'adulte lorsque l'enfant développe un sentiment d'infériorité exagéré (**Stein & Edwards, 2002, P. 23**). Ces sentiments chez l'adulte sont ce qui est nuisible, et ils constituent le complexe d'infériorité.

#### ***1.4-Complexe de supériorité***

Le complexe de supériorité se produit lorsqu'une personne a besoin de prouver qu'elle est plus supérieure qu'elle ne l'est vraiment. **Adler (2013a)** donne l'exemple d'un enfant souffrant d'un complexe de supériorité, qui est » impertinent, arrogant et pugnace » (**P. 82**).

Lorsque cet enfant est traité dans le cadre d'une thérapie adlérienne, il est révélé que l'enfant se comporte de manière impatiente parce qu'il se sent inférieur.

**Adler (2013a)** affirme que les complexes de supériorité naissent des complexes d'infériorité ; ils sont » l'un des moyens qu'une personne souffrant d'un complexe d'infériorité peut utiliser pour échapper à ses difficultés » (**P.91**)

#### ***2-La typologie de la personnalité ou les styles de vie***

Adler n'approuvait pas le concept des types de personnalité ; il pensait que cette pratique pouvait conduire à négliger le caractère unique de chaque individu.

Cependant, il reconnaissait des schémas qui se formaient souvent dans l'enfance et qui pouvaient être utiles pour traiter les patients qui s'y retrouvaient. Il a appelé ces modèles des styles de vie. **Adler (2013a)** a affirmé qu'une fois qu'un psychologue connaît le style de vie d'une personne, « il est possible de prédire son avenir parfois simplement en lui parlant et en lui demandant de répondre à des questions » (**P. 100**)

Adler et ses disciples analysent le style de vie d'une personne en le comparant à » l'être humain socialement ajusté » (**P. 101**).

#### ***2.1-Ordre de naissance***

Le terme ordre de naissance fait référence à l'ordre dans lequel les enfants d'une famille sont nés. Adler (2013b, PP. 150-155) estime que l'ordre de naissance a un impact significatif et prévisible sur la personnalité de l'enfant :

## **2.2-Premier né**

Les enfants nés en premier ont des avantages inhérents dus au fait que leurs parents les reconnaissent comme » les plus grands, les plus forts, les plus âgés cela leur confère les traits d'un « gardien de la loi et de l'ordre » Ces enfants disposent d'un grand pouvoir personnel et ils apprécient le concept de pouvoir avec révérence.

## **2.3-Second-né**

Les enfants de second rang sont constamment dans l'ombre de leurs frères et sœurs plus âgés. Si le deuxième né est encouragé et soutenu, il pourra lui aussi accéder au pouvoir, et lui et l'aîné travailleront ensemble.

## **2.4-Le plus jeune enfant**

Les plus jeunes enfants fonctionnent dans un état constant d'infériorité. Selon Adler, il existe deux types d'enfants les plus jeunes. Le type qui réussit le mieux « surpassé tous les autres membres de la famille et devient le membre le plus compétent de la famille ».

Un autre type d'enfant le plus jeune, plus malheureux, n'excelle pas parce qu'il n'a pas la confiance en soi nécessaire. Cet enfant devient fuyant et évitant le reste de la famille.

## **2.5-Enfant unique**

Les enfants uniques, d'après Adler, sont également un cas malheureux. En raison du fait qu'il est le seul objet de l'attention de ses parents, l'enfant unique devient « dépendant à un haut degré, attend constamment que quelqu'un lui montre le chemin, et recherche un soutien à tout moment. » Comme toutes les approches psychodynamiques de la psychologie humaine, la psychologie individuelle adlérienne est critiquée pour son manque de scientificité et sa difficulté à être prouvée empiriquement. Bien que les théories d'Adler soient difficiles à prouver de manière définitive, les neurosciences récentes ont apporté un certain soutien. Une étude résumant les preuves neuroscientifiques modernes et leur lien avec la

psychologie adlérienne a confirmé une déclaration faite par **Maslow en 1970**: « Adler devient de plus en plus correct d'une année à l'autre. Au fur et à mesure que les faits se présentent, ils soutiennent de plus en plus son image de l'homme » (cité par. **Miller & Dillman Taylor, 2016, P. 125**).

En ce qui concerne la thérapie adlérienne, l'attitude moderne est que, bien que la pratique soit simple et facile à comprendre pour le profane, elle est défectueuse parce qu'elle n'est pas fondée sur des données empiriques.

La forme de conseil d'Adler est critiquée pour son manque de profondeur, notamment son absence de fondement qui traite de questions non liées à des concepts tels que l'ordre de naissance et les premiers souvenirs (**Capuzzi & Stauffer, 2016, P. 142**).

En quoi Adler était-il en désaccord avec Freud ?

**3-Tableau N1 : comparaison des théories de la personnalité entre Freud et Adler**

Aspect	Sigmund Freud	Alfred Adler
Motivation du comportement	Pulsions biologiques internes (sexe et agression)	Influence sociale et quête de supériorité
Le choix dans le développement de la personnalité	Les gens n'ont pas le choix	Les gens sont responsables de ce qu'ils sont
Influence sur le comportement	Le comportement actuel est causé par le passé (par exemple, l'amour, l'amour, l'amour, l'amour, l'amour, l'amour, l'amour, l'amour, l'amour, l'amour)	Le comportement actuel est façonné par l'avenir (orientation vers des objectifs)

	l'amour, l'amour et l'amour).g. l'enfance)	
Conscience	Accent sur les processus inconscients	Les gens sont conscients de ce qu'ils font et pourquoi
Structure de la personnalité	Séparée en composantes (id, ego, superego)	Étudiée dans son ensemble (holisme)
Relations primaires	Relations avec le parent du même sexe	Relations familiales plus larges, y compris avec les frères et sœurs

#### ***4-Les canons théoriques de Alfred Adler***

##### ***4.1- Individualité et Holisme***

Adler voyait chaque personne comme un tout unique et indivisible. Il croyait que pour comprendre quelqu'un, il fallait examiner tous les aspects de sa vie, y compris ses relations sociales, ses expériences et ses croyances.

Exemple: Prenons le cas de Marie, une jeune femme qui consulte un thérapeute pour des problèmes d'anxiété. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les symptômes d'anxiété, le thérapeute adlérian examine les relations de Marie avec sa famille, ses amis, et ses collègues, ses expériences passées, et ses croyances sur elle-même et sur le monde. En comprenant ces aspects, le thérapeute peut aider Marie à voir comment ils contribuent à son anxiété et à trouver des moyens de mieux gérer sa vie.

##### ***4.2- Sentiment d'infériorité et Compensation***

Adler croyait que les sentiments d'infériorité, souvent développés dans l'enfance,

peuvent pousser les individus à chercher à se compenser par des comportements visant à se sentir supérieur ou compétent.

Exemple: Jean, un homme d'affaires prospère, ressent constamment le besoin de prouver sa valeur en travaillant de longues heures et en cherchant la perfection. À travers la thérapie, il découvre que ces comportements compensent un sentiment d'infériorité développé pendant son enfance, quand il se sentait inadéquat par rapport à ses frères et sœurs plus performants. En reconnaissant ce schéma, Jean peut commencer à travailler sur ses sentiments d'infériorité et à adopter un mode de vie plus équilibré.

#### **4.3- *But de Vie***

Selon Adler, chaque individu se fixe des buts de vie qui orientent ses comportements. Ces buts peuvent être conscients ou inconscients et sont souvent basés sur des expériences passées et des croyances.

Exemple: Sophie a toujours voulu être médecin pour aider les autres, un but inspiré par ses propres expériences de maladie durant l'enfance et l'influence d'un médecin bienveillant. Cependant, elle ressent souvent une pression écrasante pour réussir. En thérapie, Sophie explore ses motivations profondes et réalise que, bien qu'aider les autres soit important pour elle, elle doit aussi prendre soin d'elle-même pour atteindre cet objectif de manière saine.

#### **4.4- *Style de Vie***

Le "style de vie" fait référence à l'ensemble des croyances, des attitudes et des comportements d'un individu, développés tôt dans la vie et influençant ses interactions avec le monde.

Exemple: Paul est un homme qui se sent toujours en compétition avec les autres. En thérapie, il découvre que son style de vie compétitif a été formé par les attentes élevées de ses parents et la rivalité avec ses frères et sœurs. Reconnaître ce style de vie lui permet de commencer à changer ses comportements et à chercher des relations plus collaboratives et satisfaisantes.

#### ***4.5- Importance des Relations Sociales***

Adler mettait l'accent sur l'importance des relations sociales et du sentiment d'appartenance. Il croyait que les problèmes psychologiques résultaient souvent d'un manque de connexion ou d'un sentiment d'isolement.

Exemple: Léa, une étudiante universitaire, se sent souvent seule et déprimée. En travaillant avec un thérapeute adlérien, elle découvre que son isolement social est un facteur majeur de sa dépression. Le thérapeute l'encourage à rejoindre des clubs et à participer à des activités sociales pour renforcer son sentiment d'appartenance et améliorer sa santé mentale.

#### ***4.6- Encouragement et Rééducation***

La psychothérapie adlérienne utilise des techniques d'encouragement et de rééducation pour aider les individus à développer des attitudes et des comportements plus sains.

Exemple: Marc, un adolescent qui manque de confiance en lui, est encouragé par son thérapeute à se concentrer sur ses forces et ses réussites, même petites. Le thérapeute l'aide à rééduquer ses pensées négatives en lui fournissant des outils pour développer une perspective plus positive et réaliste de lui-même.

#### ***4.7-Approche Positive et Préventive***

La méthode d'Adler est optimiste et proactive, visant à renforcer les capacités des individus à surmonter les défis et à développer une vision positive de soi et de ses relations.

Exemple: Clara, une femme qui a récemment traversé une période difficile, travaille avec un thérapeute adlérien pour développer des stratégies de résilience. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les problèmes passés, le thérapeute aide Clara à identifier ses forces et à élaborer un plan pour gérer les défis futurs de manière constructive et positive.

## **Conclusion**

*La psychothérapie individuelle d'Adler offre une approche compréhensive et holistique pour comprendre et aider les individus à surmonter leurs défis personnels et à mener une vie plus satisfaisante et équilibrée.*

*Qu'est-ce que « le sens de la vie » ? Une question éternelle, qui résonne toujours avec force à l'heure actuelle, alors que la « quête de sens » et l'envie de donner « plus de sens à sa vie » sont revendiquées ouvertement dans les médias et dans l'édition. Mais il ne faut pas s'y tromper. L'ouvrage d'Alfred Adler lui donne une finalité plus large, en l'inscrivant dans un tout social et la perspective d'une humanité idéale.*

*Cet ouvrage est le dernier du psychologue d'origine autrichienne, installé à New York pour fuir le nazisme et divulguer librement les principes de la psychologie individuelle, dont il est le fondateur. Un testament faisant la synthèse des concepts phares de la théorie adlérienne, de ses idées philosophiques, métaphysiques, autant que psychiatriques.*

*Pour son auteur, chaque individu est unique et développe, au cours de la petite enfance, une force créatrice libre, une loi dynamique, laquelle détermine le « style de vie » où se trouvent canalisés « instinct, tendance, sentiment, pensée, action, attitude vis-à-vis du plaisir et de l'insatisfaction, et enfin égocentrisme et sentiment social », pointe-t-il en guise d'introduction.*

*Les névroses et les errances, les perversions, résulteraient d'une fuite devant les responsabilités sociales et le bien commun, pouvant s'expliquer par une défaillance dans le processus du développement du « sentiment social ».*

## **8 La bibliothèque idéale de psychologie**

*Et tout se jouerait dans l'enfance, comme chez Sigmund Freud, mais loin des pulsions et de la théorie sexuelle. Pour Adler, en effet, le surgissement du sentiment d'infériorité, inhérent à la condition humaine, constituerait une piste plus sûre. En guise de thérapie, on peut donc chercher à comprendre comment l'on est venu à le compenser dans l'enfance pour gagner en confiance en soi, ou à le surcompenser de manière plus*

*pathologique.*

*Autres objectifs : éduquer pour éviter les dérives (et ceci en commençant par les parents), mais aussi réconcilier l'individu avec son juste potentiel, en l'aidant à dépasser la frustration incomprise des premiers temps de la vie, et restaurer le sentiment d'appartenance à la communauté. Toutefois, Adler se défend bien de toute notion « d'inconscient refoulé », trop freudienne ! Il entend « jeter un pont entre le sens réel de la vie et l'action erronée de l'individu ». Mais, ceci posé, quel est enfin ce « sens réel de la vie » ? Adler demeure un indéfectible optimiste, qui croit au progrès de l'humanité. Nous nous devons ainsi de « trouver un chemin à peu près correct pour un but idéal de perfection », selon lui, et ce, en suivant la voie de nos ancêtres. Et, pour Adler, le sentiment social qu'il faut développer signifie avant tout « la tendance vers une forme de collectivité qu'il faut imaginer éternelle, comme elle pourrait à peu près être imaginée si l'humanité avait atteint le but de la perfection. »*

*La collaboration, c'est la vertu. Gêner la collaboration, c'est le vice, écrit-il encore. Quelle place pour cette pensée adlérienne aujourd'hui, peut-on s'interroger, à l'heure même où le modèle de développement de l'humanité se trouve fortement ébranlé .*

### ***III- psychothérapie psychanalytique jungienne :***

La psychologie analytique (« Analytische Psychologie » en allemand) est une théorie élaborée par le psychiatre Carl Gustav Jung dès 1913. Elle est avant tout une démarche propre au psychiatre suisse, créée pour la différencier de celle de Sigmund Freud et qui se propose de faire l'investigation de l'inconscient et de l'âme, c'est-à-dire la « psyché ». L'histoire de la psychologie analytique est ainsi intimement liée à la biographie de Jung. Représentée dans ses débuts par l'*« école de Zurich »*, avec Eugen Bleuler, Franz Riklin, Alphonse Maeder et Jung, la psychologie analytique est d'abord une théorie des complexes, jusqu'à ce que Jung, dès sa rupture avec Freud, en fasse une méthode d'investigation générale des archétypes et de l'inconscient ainsi qu'une psychothérapie spécifique. La psychologie analytique, ou « psychologie complexe » (« Komplexe Psychologie » en allemand), est à l'origine de nombreux développements en psychologie comme dans d'autres disciplines. Les continuateurs de Jung sont en effet nombreux et organisés en sociétés nationales dans le monde. Les applications et développements des postulats posés par Jung ont donné naissance à une littérature dense et multidisciplinaire. Reposant sur une conception objective de la psyché, Jung a établi sa théorie en développant des concepts clés du domaine de la psychologie et de la psychanalyse, tels celui d'inconscient collectif, d'archétype ou de synchronicité. Elle se distingue par sa prise en compte des mythes et traditions, révélateurs de la psyché, de toutes les époques et de tous les continents, par le rêve comme élément central de communication avec l'inconscient et par l'existence d'instances psychiques autonomes comme l'anima pour l'homme ou l'animus pour la femme, la persona ou l'ombre, communs aux deux sexes. Considérant que le psychisme d'un individu est constitué aussi bien d'éléments de la vie personnelle du sujet que de représentations faisant appel aux mythes et symboles universels, la psychothérapie liée à la psychologie analytique se structure autour du patient et vise au développement du « Soi » par la découverte de cette totalité psychique à travers la notion d'individuation. Le psychiatre suisse dépasse en outre le cadre épistémologique de la psychanalyse freudienne pour explorer des disciplines

comme la science physique ou les types de personnalités et qu'il inclut dans sa théorie psychique. Cette intégration d'autres disciplines a ainsi provoqué des divergences théoriques nombreuses et les critiques de tous bords ont mis en cause la psychologie analytique, accusée d'être une « psychologie des races » ou une mystique. (**Davrou, 1995**)

Rupture avec Freud et fondation de la psychologie analytique Ce n'est qu'après avoir rompu avec **Freud (1914)**, que Jung donne à sa démarche le nom de « psychologie analytique » parce qu'elle se propose d'analyser et d'identifier les phénomènes psychiques de la psyché. Les ouvrages de vulgarisation la feront connaître sous le nom de « psychologie jungienne » car elle doit en effet beaucoup à C. G. Jung, terme qui sera repris par ses successeurs, pour la différencier davantage sur la scène publique de celle de Freud, qui l'a toujours ignorée. Le docteur Ernst Bernhard, jungien italien, la nomme par ailleurs la « psychologie individuative » mais Jung préfère parler soit de psychologie analytique, soit, dans ses derniers travaux, de - psychologie complexe -. Frieda Fordham explique néanmoins que la formule « psychologie complexe » s'emploie plus volontiers actuellement, celle de « psychologie analytique » prêtant à confusion avec l'approche du psychologue George Frederick Stout qui est le premier à l'employer en 1886. Jung définit précisément la psychologie analytique dès août 1913 au XVIIe Congrès International de Médecine organisé à Londres, lors d'une conférence intitulée « General Aspects of Psychoanalysis ». Il y présente cette « nouvelle science psychologique » comme née de la « technique analytique », la distinguant de la psychanalyse de Freud et de la psychologie des profondeurs d'Eugen Bleuler. Jung y suggère également de libérer la théorie psychanalytique de son « point de vue exclusivement sexuel » en se focalisant sur un nouveau point de vue énergétique, se fondant sur Henri Bergson et sur le pragmatisme de William James pour son approche épistémologique. Mais ce n'est qu'en 1914, après sa démission de l'Association Internationale de Psychanalyse que Jung organise autour de lui un groupe de médecins qui rejettent comme lui l'École de Vienne. Ces derniers constituent donc l'École de psychanalyse de Zurich. Jung en partage la

direction avec Alphonse Maeder qui apporte à la conception des rêves comme compensation psychique une fonction prospective.

Concepts de la psychologie analytique Les lieux psychiques, Jung va, dès 1906, se démarquer de la topique psychanalytique en imaginant la structure de la psyché comme un ensemble d'instances psychiques plus ou moins autonomes, et non comme seulement un ensemble polaire conscient/inconscient. Reprenant néanmoins des concepts majeurs élaborés par Freud, comme le Moi et l'inconscient, Jung en élargi la dimension au collectif. Sa contribution principale reste le Soi, ou archétype de la totalité, qui structure la psyché et oriente son développement, et les instances personnifiées comme l'anima et l'animus, la persona et l'ombre. La Conscience Il s'agit selon Jung d'un champ d'attention, plus ou moins variable, et qui a émergé de l'inconscient au fil du développement de l'appareil psychique et neurologie humain. Pour Jung, « la conscience humaine, la première, a créé l'existence objective et la signification et c'est ainsi que l'homme a trouvé sa place indispensable dans le grand processus de l'être »; elle est en effet le lieu psychique privilégié du « complexe-Moi », caractérisé par la volition et le raisonnement, par la mémoire également. Le Moi n'est cependant pas la seule autorité sur la conscience, celle-ci étant intermittente et d'autres complexes pouvant devenir semi-conscients. L'anima peut ainsi devenir consciente et agir contre le Moi, comme dans les rêves notamment. James Hillman parle ainsi d'un « moi imaginal » lorsqu'il baigne dans l'inconscient. Celui-ci est souvent figuré sous les traits d'un personnage d'autorité comme le roi dans l'alchimie ou les rêves. Certains autres phénomènes psychiques ou physiques provoquent également dans la conscience des « abaissement du niveau mental » qui laissent alors pénétrés des contenus inconscients. Les visions et délires sont ainsi des zones de faible résistance psychique qui influencent directement la conscience. (**Donn, 1995**)

Concept psychanalytique par excellence, l'inconscient (« Unbewusten » en allemand) est néanmoins chez Jung bien plus qu'un réservoir de souvenirs et de pulsions refoulées : il a une dimension vitale (il a une fonction dans le développement de l'individu) et une dynamique. Tout d'abord, Jung définit

l'inconscient comme l'espace de l'inconnu, son approche est, dans ses premiers travaux, philosophico-pragmatique. Jung part en effet d'une conception théologique et philosophique de l'inconscient, celle de Schopenhauer et de la psychologie expérimentale. Par l'étude des complexes avec Franz Riklin, Jung postule un inconscient motivé qui compense l'attitude consciente. Il constate que l'homme se distingue par deux réalités, l'une connue (la conscience), l'autre inconnue, constituées de matériaux et de phénomènes hors de portée de l'attention qu'il nomme la « psyché objective ». La structure de cet espace répond aux représentations traditionnelles de la psychanalyse de Freud néanmoins Jung va distinguer dans l'inconscient une partie collective et une partie individuelle, propre à la personnalité : l'inconscient personnel composé des instances psychiques personnifiées, c'est-à-dire l'ombre, la persona, l'anima ou l'animus. Il intègre également d'autres processus comme les complexes autonomes. L'inconscient personnel se manifeste dans les rêves et les productions imaginaires et est également en constante relation avec la personnalité : « la psychologie n'est pas uniquement un fait personnel. L'inconscient, qui possède ses propres lois et des mécanismes autonomes, exerce sur nous une influence importante, que l'on pourrait comparer à une perturbation cosmique. L'inconscient a le pouvoir de nous transporter ou de nous blesser de la même façon qu'une catastrophe cosmique ou météorologique ». L'inconscient collectif Article détaillé : inconscient collectif. Concept majeur de la théorie jungienne, l'inconscient collectif « *kollectiven unbewusten* » en allemand a été postulé bien avant la psychologie analytique, en philosophie et en psychologie expérimentale. Jung dit d'ailleurs en tenir l'idée de Schopenhauer mais c'est la méthode de Freud qui lui en a permis l'investigation. Alors que l'inconscient personnel fait partie intégrante de la personnalité, l'inconscient collectif est universel et commun à tous les hommes. Il constitue ainsi « une condition ou une base de la psyché en soi, condition omniprésente, immuable, identique à elle-même en tous lieux ». Jung en parle souvent comme de la couche la plus profonde de l'âme, qui abrite deux processus clés de la psychologie analytique : les instincts et les archétypes. Jung lui donne l'épithète de

« collectif » car ces matériaux se distinguent par leur récurrence d'apparition dans l'histoire humaine. L'inconscient collectif ne se transmet pas mais ses éléments constitutifs, les archétypes se transmettent comme des possibilités de représentations. L'expérience humaine, au fil des siècles, nourrit ce réservoir d'images primordiales qui conditionne ensuite tout être humain. Les rituels religieux ou animistes naissent ainsi d'une identification aux matériaux collectifs par la participation mystique. Les grands mythes naissent de ces systèmes fonctionnels autonomes, qui ne doivent rien à la personnalité, et qui la conditionnent sur la voie de l'individuation ou lorsqu'un archétype est excité (« constellé » dans le vocabulaire jungien) ; c'est pourquoi selon Jung tous les mythes ont des interprétations similaires d'une civilisation à l'autre. L'inconscient collectif enfin est comme un champ où tous les points sont reliés, c'est-à-dire que les archétypes et les instincts sont tous contaminés : un mythe a des motifs appartenant à d'autres mythes proches, ce qui forme un réseau dense où chaque motif se tient et conditionne les autres. Les images mythiques sont sous forme de chaîne multidimensionnelle mise en évidence par Marie-Louise von Franz qui reprit les travaux de Jung à sa mort, expliquant la métamorphose des motifs mythiques à travers les périodes historiques.(**Fordham, 2003**) Les recherches les plus spéculatives de Jung, notamment sur la synchronicité, dans *La Synchronicité comme principe d'enchaînement acausal* (1952), posent l'hypothèse que la nature de cette couche de l'inconscient collectif et des archétypes est psychoïde (« comme l'âme »), c'est-à-dire qu'ils échappent à la représentation, au contraire des phénomènes psychiques connus et qu'ils participent d'une transgression des limites matière-esprit. Le soi Article détaillé : Soi (psychologie). Le terme de « Soi » (« *Selbst* ») est le plus difficile d'approche au sein de la psychologie analytique. Jung en parle dès l'ouvrage *Métamorphoses de l'âme et ses symboles* (1912). Carl Gustav Jung utilise ce terme dans le sens d'un concept mais il en fait par la suite l'un des piliers de sa théorie. En psychanalyse traditionnelle c'est notamment Heinz Kohut qui en a théorisé et développé le concept mais dans une acception narcissique. Jung utilise lui le Soi comme l'archétype qui structure la psyché. Le retrouvant dans toutes les

mythologies et religions du monde, il s'agit d'un archétype central représentant la relation dynamique qui existe entre la conscience et l'inconscient. Jung dit du Soi qu'il est « une entité sur-ordonnée au Moi », c'est-à-dire plus un lieu psychique inhérent à la structure psychique qu'un processus. Il a pour fonction de réaliser l'être, de maintenir le contact des différentes couches psychiques entre elles : « Le soi est la donnée existant a priori dont naît le moi. Il préforme en quelque sorte le moi. Ce n'est pas moi qui me crée moi-même : j'adviens plutôt à moi-même ». Jung demeure conscient de la réalité anthropomorphique de ce concept, qui désigne au final la totalité de la psyché. Il traduit l'expérience de la totalité, la capacité de représentation de la totalité, autant que le processus psychique qui va dans le sens d'une conscience englobant de plus en plus d'éléments inconscients. Le Soi intervient dans le processus d'individuation et le concept est celui le plus repris et le plus développé par les continuateurs de Jung. Marie Louise Von Franz estime ainsi que le Soi est l'archétype ordonnateur de tous les autres, celui qui possède en soi la structure de la psyché et ses plans architectoniques alors que Michael Fordham appelle « soi primaire » l'état où la différenciation psycho-corporelle n'existe pas encore dans le développement de l'enfant. En tant que représentation de la totalité psychique, le Soi est nécessairement paradoxal et est « à la fois la quintessence de l'individu et une entité collective », un espace a-moral. Le Soi est un archétype universellement représenté, à travers une symbolique de la Totalité et de la Quaternité : « Vivant en Occident, j'aurais dû dire le Christ, au lieu du Soi ; dans le Proche-Orient, ce serait approximativement Chadir ; en Extrême-Orient, Atman, Tao ou Bouddha ; dans le Far West, lièvre ou mondamine ; et dans le monde de la Cabale enfin, Tifereth ». (**Deutschmeister, 2003**). La synchronicité Article détaillé : synchronicité . Carl Gustav Jung proposa de nommer « synchronicité », l'occurrence simultanée de deux événements qui ne présentent pas de rapport de causalité mais dont l'association prend un sens pour la personne qui les éprouve. Le concept, inventé lors de l'allocution de Jung à la mémoire de Richard Wilhelm en 1930, n'a de sens qu'au sein de la psychologie et ne peut être réduit à un fait avéré et scientifique dans la mesure où il constitue pour Jung une

hypothèse de travail et a causé de nombreuses ambiguïtés : « J'emploie donc ici le concept général de synchronicité dans le sens particulier de coïncidence temporelle de deux ou plusieurs événements sans lien causal entre eux et possédant un sens identique ou analogue. Le terme s'oppose à « synchronisme » qui désigne la simple simultanéité de deux évènements. La synchronicité signifie donc d'abord la simultanéité d'un certain état psychique avec un ou plusieurs événements parallèles signifiants par rapport à l'état subjectif du moment, et - éventuellement - vice-versa ». Le concept est parmi les plus développé par les continuateurs de Jung, Michel Cazenave, Carl Alfred Meier et James Hillman principalement, mais il a aussi été récupéré par divers courants de spiritualité qui en retirent la rigueur scientifique. Selon Jung, un archétype constellé dans l'inconscient peut, sous certaines conditions, transgresser la frontière matière/psyché. Jung a étudié ces phénomènes avec le physicien Wolfgang Pauli, au travers d'une correspondance nourrie des apports des deux spécialistes et dans leur essai commun : *La Synchronicité, principe de relation a-causale* (1952). Les deux hommes voient dans la synchronicité la possibilité d'explication d'un rapport des faits « non constatables en soi », liés aux manifestations de l'inconscient et des archétypes. Jung appelle *unus mundus* (terme provenant de Schopenhauer) cet état où ni la matière ni la psyché ne sont distinguables alors que Pauli voit lui un langage double, à la fois scientifique et symbolique. Selon lui, le phénomène dépend de l'observateur. Néanmoins tous deux se rejoignent sur la possibilité d'une conjonction de la physique et de la psychologie : « Ces expériences [celles de Jung sur l'alchimie] m'ont montré que la physique moderne est capable de présenter sous une forme symbolique les processus psychiques jusque dans les moindres détails » (**Cahen et coll. 1973**)

### ***1-Les processus psychiques :***

La psychologie analytique distingue entre deux types de processus psychiques : ceux venant de l'individu, dits « personnels », appartenant à la psyché subjective, et ceux collectifs, liés à la structure même de la psyché liés à la conscience comme l'anima, la persona ou l'ombre, d'autres sont davantage collectifs. Jung les appelle

notamment des « personnages » car ils sont toujours personnifiés et ils représentent un aspect de la psyché. Les archétypes contra-sexuels l'anima et l'animus Articles détaillés : anima et animus. L'anima chez l'homme et l'animus chez la femme sont les archétypes du sexe opposés, c'est pourquoi Jung nomme ce couple « contra-sexuel ». Ils ont une fonction de régulation ou d'adaptation et contiennent une certaine charge psychique les rendant relativement autonomes au Moi. L'anima est ainsi une image innée de la femme chez l'homme (c'est la part féminine de l'homme), l'animus, une image innée de l'homme chez la femme (c'est la part masculine de la femme). Tous deux sont perçus dans les rêves et se distinguent des autres archétypes personnels par la charge émotionnelle qu'ils véhiculent. Leur intégration permet de relier le conscient à l'inconscient et forme le travail préliminaire de l'individuation. Pour Jung tout homme a une image (ou « imago ») psychique de la femme, représentant dans sa psyché personnelle sa propre relation avec l'inconscient. C'est pourquoi pour les hommes l'anima représente les sentiments et les affects. L'anima ne renvoie pas à l'Œdipe freudien : il s'agit d'une fonction psychique personnifiée, celle de la relation du Moi masculin à l'inconscient et qui a pour but de compenser la conscience. Contrairement à l'anima, l'animus féminin n'est pas un. Chez la femme, il est à l'origine de comportement et de paroles acerbes et magistrales, péremptoires. Ces deux archétypes peuvent fasciner le Moi, c'est-à-dire l'envahir psychiquement. Jung parle alors de « possession par l'animus ou l'anima » lorsque l'un ou l'autre envahit le champ du conscient. L'étude des manifestations de l'anima ou de l'animus a donné lieu à une littérature abondante, d'Emma Jung (La Légende du Saint Graal) à Marie Louise von Franz (**Deutschmeister, 2003**).

## **2-La persona**

La persona permet d'afficher un Moi social, en ce sens cet archétype permet de réguler l'influence extérieure sur la personnalité. Comme l'anima et animus, la persona est un autre concept clé de la psychologie analytique désignant la part de la personnalité qui organise le rapport de l'individu à la société et présent de la même façon chez les deux sexes : « La persona est le système d'adaptation ou la manière

à travers lesquels on communique avec le monde. Chaque état, ou chaque profession, par exemple, possède sa propre persona qui les caractérise (...) Mais le danger est que l'on s'identifie à sa persona : le professeur à son manuel, le ténor à sa voix. On peut dire, sans trop d'exagération, que la persona est ce que quelqu'un n'est pas en réalité, mais ce que lui-même et les autres pensent qu'il est » (**Deutschmeister, 2003, P.37**). Le concept de persona, au sein de l'écologie psychique, s'oppose donc à l'ombre, qui est la véritable personnalité mais reniée par le Moi. Le Moi conscient s'identifie tout d'abord avec la persona au cours du développement de l'enfant. L'identification aux diplômes, au rôle social, au titre honorifique, à la carrière par exemple, est autant d'éléments qui participent à la constitution de la persona et qui, à terme, constituent une voie d'ignorance de soi. Pour Jung, la persona n'a rien de réel, elle n'est qu'un compromis entre l'individu et la société donnant l'illusion de l'individualité. L'individuation doit, dans un premier temps, permettre à l'individu de dévêtir se masque, sans trop d'emprissement néanmoins car souvent il est le seul moyen d'identification du patient. L'enfant divin ou « fripon divin », enfant intérieur, puer aeternus, enfant éternel ou encore trickster représente l'archétype de la part enfantine qui existe en chaque adulte, quel que soit le sexe. Jung développa cette instance psychique avec Paul Radin et Károly Kerényi dans *Le Fripon divin* : un mythe indien et dans *Introduction à l'essence de la mythologie*. Paul Radin le définit comme un des mythes centraux de l'humanité : « Il n'est guère de mythe aussi répandu dans le monde entier que celui que l'on connaît sous le nom de -mythe du Fripon- dont nous nous occuperons ici. Il y a peu de mythes dont nous puissions affirmer avec autant d'assurance qu'ils appartiennent aux plus anciens modes d'expression de l'humanité ; peu d'autres mythes ont conservé leur contenu originel de façon aussi inchangée.. Il est manifeste que nous nous trouvons ici en présence d'une figure et d'un thème, ou de divers thèmes, doués d'un charme particulier et durable et qui exercent une force d'attraction peu ordinaire sur l'humanité depuis les débuts de la civilisation » (**Le Lay, 1993,P.64**).

Selon sa relation à l'ombre, le fripon divin connaît quelques variantes, bénéfiques ou maléfiques comme la fée, le lutin ou le gnome. Le mythe du petit

personnage farceur a été défini par Radin comme étant la figure de l'archétype du trickster, Kokopelli chez les Amérindiens, littéralement « farceur », petit personnage mythique présent dans toutes les cultures.

L'ombre Article détaillé : Ombre (psychologie analytique). L'ombre est l'archétype de la partie inférieure de la personnalité, la somme de tous les éléments psychiques personnels et collectifs qui, incompatibles avec le Moi n'ont pas été vécus ou acceptés moralement. Ils forment donc dans l'inconscient de l'individu, quel que soit son sexe, une personnalité souvent autonome et opposée au conscient. L'ombre se comporte toujours de façon compensatoire, elle a pour but de limiter le Moi dans son désir de contrôle, et de lui rappeler l'existence d'une part de la personnalité enfouie à cause de l'éducation et de la socialisation. Le personnage de l'ombre est souvent dans les rêves figuré sous les traits du double, bénéfique ou maléfique, ou du héros et de l'anti-héros, du traître également (Judas pour Jésus Christ par exemple). Jung y voit un archétype, celui de l'« éternel antagoniste » personnifié le plus souvent par les avatars du Diable. Dans la thérapeutique jungienne, l'ombre doit être acceptée puis intégrée à la psyché car elle est à l'origine de nombreux conflits psychiques, tant interne qu'externe, en même temps qu'elle impose au sujet de se confronter à ce qu'il veut ignorer de lui-même, et que de cette confrontation naît une forme d'éveil. Les archétypes Avec le concept d'inconscient collectif, auquel il est étroitement lié, le concept d'archétype (« grandes images » au sens étymologique) est fondamental dans la compréhension de la théorie de Jung. Celui-ci emploie parfois l'expression d'« images primordiales » ou de patterns of behaviour - schéma de comportement - de manière synonymique car l'archétype est inhérent à la structure neuronale et conditionne la représentation humaine. L'archétype est un complexe psychique autonome siégeant dans l'inconscient des civilisations, à la base de toute représentation de l'homme sur son univers, tant intérieur qu'extérieur : ils sont « les fondements de la part collective d'une conception » (**Parnet et Cahen, 2004,P.64**). Il se démarque par une intense charge émotionnelle et instinctuelle dont la rencontre teinte la vie de l'homme qui y est confronté de manière existentielle : « L'expérience archétypique est une expérience

intense et bouleversante. Il nous est facile de parler aussi tranquillement des archétypes, mais se trouver réellement confronté à eux est une tout autre affaire. La différence est la même qu'entre le fait de parler d'un lion et celui de devoir l'affronter. Affronter un lion constitue une expérience intense et effrayante, qui peut marquer durablement la personnalité » (Parnet et Cahen, 2004,P.66). Les archétypes, dont il est erroné, pour Jung, de croire en dresser la liste, sont à la source de tous les mythes et parfois dominent même les nations ou les religions, qui y trouvent leurs terreaux de croyances. Jung a ainsi parler du nazisme comme un assujettissement à l'archétype païen relatif au dieu nordique Wotan, expliquant le débordement d'agressivité et la fascination exercée par Hitler. Jung nomme également l'archétype comme des structures imaginaires immuables dans l'histoire et les civilisations telles la forêt et la mer pour l'inconscient, le père-soleil, la mère-Terre, le mariage sacré (hiéros gamos en grec), le dragon, l'arbre de vie, l'unus mundus, etc. Le débat sur le caractère héréditaire des archétypes est récurrent au sein de la psychologie jungienne, même si Jung a toujours refusé d'en faire des éléments hérités biologiquement. (Parnet et Cahen, 2004)

### ***III-1- La psychothérapie jungienne***

La psychologie analytique s'est nourrie principalement des cas d'analyses, d'abord conduits par Jung, puis par ses continuateurs et analystes. Jung n'a en effet jamais cessé de pratiquer l'analyse parallèlement à ses recherches.

Rattachée aux « psychothérapie d'inspiration psychanalytique », la psychothérapie jungienne diverge néanmoins de l'analyse-type de Freud, par le cadre éthique qu'elle instaure, et par les techniques mises en oeuvre.

L'indianiste Heinrich Zimmer en 1933 a coécrit avec Jung un ouvrage, *Der Weg zum Selbst (La Voie vers le Soi)* dans lequel la psychothérapie est mise en parallèle avec les initiations de la religion hindouiste.

Déontologie et conduite de l'analyse Formellement l'analyse jungienne diffère peu de celle de la psychanalyse traditionnelle. Elle porte en effet sur un nombre de séances hebdomadaires allant de une à deux et sur une méthode de discussion et

d'abréaction et dure en moyenne trois ans. Néanmoins la position de l'analyste et de l'analysé diffère ; ceux-ci sont en effet face à- face et sans recours à un divan. Des éléments non analytiques peuvent prendre place, tels que la suggestion ou l'imagination active, le jeu de sable, la peinture ou toute autre forme de créativité. L'entretien sera parfois semi-directif (alors que la cure psychanalytique est un entretien non-directif). L'individu est au centre de la thérapie, comme l'explique Marie-Louise Von Franz dans *Psychothérapie. L'expérience du praticien* où elle récapitule la pensée de Jung sur ce point. Le transfert est recherché et l'interprétation des séries de rêves est l'un des piliers de la thérapie jungienne. Pour le reste, les règles s'apparentent à la psychanalyse classique : l'analyste examine la libre association et vise la neutralité et l'éthique, celle-ci étant entendue comme le respect du rythme de développement du patient. En effet l'analyse jungienne ne vise pas seulement et uniquement l'examen du passé du patient, mais a pour tâche de reconnecter la conscience avec l'inconscient et ainsi permettre une adaptation avec la vie sociale et émotionnelle. La névrose est en effet pour Jung le symptôme non d'un retour du refoulé mais d'une incapacité éthique à faire face à la réalité. L'inconscient est ainsi source d'éthique et l'analyse a pour tâche de mettre à la conscience l'entièvre personnalité du patient, d'autant plus que « les processus inconscients mis en jeu dans le transfert induisent une relation de dépendance de l'analysant qui perd ses défenses et ses repères habituels. Ceci demande que l'analyste soit le garant de la relation transférentielle » (**Deutschmeister, 2003**). C'est pourquoi les analystes jungiens doivent avoir une solide culture générale, notamment en histoire des symboles. Leur formation est longue (3 années après la formation initiale de psychiatre en général). En France par exemple, la Société française de psychologie analytique forme les analystes d'obédience jungienne - travail intérieur- et éthique.

La psychothérapie issue de la psychologie analytique repose sur les postulats décrits par Jung, considérés comme des concepts opérants et mis en cohérence par le -travail intérieur-, l'individuation. « Chaque vie est un déroulement psychique » indique Jung et il précise que « La tâche la plus noble de l'individu est de devenir

conscient de lui-même » (cité par. **Deutschmeister, 2003, P.54**) . La thérapie jungienne se concentre donc surtout sur l'individuation, non sur la cure des symptômes immédiats comme la névrose et se veut une thérapie synthétique herméneutique. Pour Jung la thérapeutique s'enracine dans le vécu et le quotidien du patient : « La psychanalyse et vie ne sont pas séparées. Quand une analyse authentique s'est déroulée, l'individu devient apte à entretenir avec son inconscient, tout au long de sa vie, une relation, un dialogue dans lequel le moi laisse advenir ce qui émerge de l'inconscient, le considère attentivement, s'y confronte et l'évalue. Ce n'est qu'à l'issue de ce processus qu'une position de sujet peut apparaître » (**Donn, 1995,P.43**). Si la plupart des continuateurs de Jung mettent en œuvre une psychothérapie similaire à celle du psychiatre suisse, quelques-uns mettent en cause certains points de vue. James Hillman notamment se focalise davantage et exclusivement sur l'émotion véhiculée par l'image, se passant de toute interprétation littérale. D'autres se concentrent sur l'enfant exclusivement, comme Clifford Mayes en utilisant la catharsis (**Donn, 1995**)

➤ *Techniques mises en œuvre : imagination active et dialogue intérieur*

Articles détaillés : Imagination active et Dialogue intérieur. L'imagination active est une méthode qui permet de donner une forme sensible aux images de l'inconscient et de s'y confronter dans le cas où est ressentie une perturbation émotionnelle, permettant ainsi à élargissement de la conscience. Elle consiste ainsi à fixer son attention sur cette émotion, et, plus généralement, sur les fantasmes inconscients portés à la conscience, puis de les laisser se développer librement, sans que la conscience n'interfère. L'utilisation de techniques artistiques est recommandée. Elle conduit donc à - relier les plans conscients et les plans inconscients - ou à donner vie aux images spontanées. Le dialogue intérieur est la seconde technique utilisée en psychothérapie jungienne, méthode très similaire à celle de l'imagination active. L'analyste jungien Anthony Steven explique que ce dialogue intérieur permet de représenter les archétypes sous les traits de figures

autonomes qu'il nomme « *daimon* » . Charles Baudouin en fait lui une « variante » de l'imagination active et qui représente ce - théâtre intérieur - de l'être. Le dialogue intérieur est devenu un outil de développement personnel grâce à Hal Stone et Sidra Stone, un couple d'analystes américains d'inspiration jungienne. Ils en ont fait une thérapie brève à part entière dont « l'objectif est de mieux se connaître en donnant la parole aux sous-personnalités contraires et contradictoires qui nous habitent et que nous brimons (cité par. Deutschmeister, 2003).

### ***III-2- Critiques de la psychologie analytique Jungienne***

La psychologie analytique fut, dès sa fondation, l'objet des critiques venant de la sphère psychanalytique, Freud en premier lieu, qui vit en l'oeuvre de Jung celle « d'un mystique et d'un snob ». Les tenants du freudisme multiplièrent durant tout le XXe siècle les critiques, portant principalement sur le caractère mystique des écrits de Jung. D'autres analystes, en particulier des praticiens jungiens, dénoncèrent le « culte de la personnalité » autour du psychiatre suisse. Enfin, sa collusion avec le nazisme demeure l'une des critiques les plus récurrentes.

Richard Noll et la « prophétie » de Carl Gustav Jung La critique du psychiatre américain Richard Noll, qui publia par deux ouvrages (*Le Culte de Jung*, 1994 et *Le Christ aryen*, 1997) examinant l'ambivalence selon lui du personnage de Jung, fut la plus acerbe à l'encontre des collusions de Jung avec le régime nazi. Son argumentaire est violent, assimilant Jung à un gourou aux délires de grandeurs et pétrit de théories racistes et nazies, promoteur d'un Christianisme intégriste. Selon lui Jung est en réalité un - prophète völklich- qui, se faisant toutefois passer pour chrétien, oeuvre au retour du paganisme.

Ainsi, derrière l'arrière-plan des accusations de collusion avec le nazisme, critique qui existe également chez Ernest Jones, ce que reproche Noll c'est la tentative que Jung a selon lui entreprise, via le culte de sa personne comme modèle et prophète, de restaurer le paganisme de même que Julien, Jung se présenta pendant de nombreuses années comme chrétien, alors qu'il pratiquait le paganisme dans l'intimité. Jung sur la psychologie analytique, qui a constamment évolué après lui, forme la critique principale. Lors de la fondation du Club de psychologie de Zurich

les critiques quant au culte de la personnalité autour de Jung existaient déjà. Hans Rudolf Wilhelm, suivant Oscar Pfister, prétendait que Jung accumulait autour de lui une « mafia pour anéantir Riklin »[I 48]. Plus tard, en 1948, Medard Boss et Hans Trüb se démarquent aussi de la primauté de l'approche jungienne (**Davrou, 1995**).

Nous pourrions conclure que soit, la psychothérapie individuelle d'Adler ou celle analytique de Jung sont des pratiques inexistantes en Algérie, dans notre pays, la formation à la psychothérapie psychanalytique est assurée pendant plus de 40 ans par des psychothérapeutes et psychanalyste freudiens (AP d'Alger, SARP,...etc).

Nous allons voir dans ces prochaines lignes une autre technique psychanalytique pratiquée par certains psychanalystes (**Anzieu**) et d'autres actuels de SPP tels que ( Alain Gibeault, Diatkine et autres).

*Chapitre III : La technique du  
psychodrame analytique*

#### **IV- Le psychodrame analytique :**

Le psychodrame psychanalytique a été introduit en France par des psychanalystes d'enfants, essentiellement Lebovici, Diatkine, Kestemberg. Ils se sont servis de la technique psychodramatique proposée par Moreno en transformant l'esprit et la finalité grâce à la référence de la théorie psychanalytique.

C'est à partir de l'expérience théâtrale que **Moreno (1965)** a proposé au patient une place d'acteur et non plus de spectateur. La prise de rôle, encouragée par le meneur du jeu, est susceptible de faciliter l'expression et la décharge des émotions (effet cathartique), propulsant le sujet dans un rôle actif, levant ses inhibitions et le révélant à lui-même. Le changement de rôle et notamment l'inversion des rôles s'avèrent des facteurs importants de mobilisation. Il s'agit donc ici d'une technique active focalisée non pas tant sur la connaissance de soi que sur le désir de renforcer les capacités d'affirmation de soi. Comme le fait remarquer **Anzieu (1979)**, la conception de la catharsis de Moreno, mais également de ses émules, se réfère au mythe de la totalité et de l'unité de la personne qu'il s'agirait de retrouver au travers d'une expression complète de celle-ci : corporelle, psychique, mais également interpersonnelle et collective. Le psychodrame morénien pense pouvoir faire l'économie d'un travail d'élaboration de la conflictualité interne du sujet et de toute la problématique de séparation d'avec les imagos parentales. La problématique du deuil est délibérément évitée et il y a indéniablement une position maniaque dans cette quête obstinée d'une libération des entraves et de retrouvailles avec une plénitude de l'être qui évoque une fusion avec les objets primaires et un déni de toute perte et de toute séparation.

Les psychanalystes d'enfants avaient déjà été contraints de modifier le protocole de la cure psychanalytique classique pour pouvoir l'appliquer aux enfants et d'adjoindre au langage un autre moyen de communication : le jeu. Or,

comme l'écrivent Lebovici et al : " Toute l'organisation de ce qu'en psychanalyse on appelle mécanismes de défense du Moi se retrouve dans cette activité ludique qui, très vite, prend son double aspect : elle est réellement vécue : elle ne cesse d'être perçue par l'enfant comme fictive. Cette contradiction inhérente à la structure du jeu lui donne toute sa valeur dynamique ". Il était dès lors tentant d'étendre ces capacités ludiques de l'enfant au jeu psychodramatique. De là naquit l'idée qu'il était possible d'utiliser cette technique chez des adultes dont l'organisation de la personnalité et les difficultés de verbalisation ne permettaient pas l'indication de cure psychanalytique classique (**P.66**).

### ***1-Technique du psychodrame psychanalytique individuel (selon Philippe Jeammet)***

À l'opposé de la maîtrise, le psychodrame se donne pour objectif l'ouverture à la libre association, l'assouplissement des frontières entre le conscient et l'inconscient, entre l'actuel et le passé, entre le dehors et le dedans, soit, en quelque sorte, la progressive familiarisation du sujet avec ses productions psychiques et les conflits et les émotions dont elles sont porteuses. À l'opposé de la décharge cathartique, le psychodrame se refuse à la simple extériorisation des conflits et des tensions qui en résultent et à leur expulsion, mais en recherche l'intériorisation et l'intégration dans le but, non de les évacuer, mais d'en favoriser l'élaboration. Ainsi, il n'y a pas de maîtrise première grâce à une rationalisation destinée à prévenir un possible et intolérable sentiment de passivité devant l'émergence des productions psychiques nouvelles. C'est secondairement, grâce au travail d'élaboration et d'appropriation de ces productions, que la maîtrise peut advenir. (**Jeammet et al,1998**). L'engagement dans le psychodrame suppose un entretien préalable individuel au terme duquel est posée l'indication après une évaluation de la nature des conflits du patient, des particularités de ses défenses et de ses résistances, ainsi que de celles de son fonctionnement mental. Il est important de préciser au patient, non seulement ce qu'est un psychodrame, mais les raisons de cette indication et pourquoi il semble

intéressant de lui proposer de jouer au sein d'un groupe plutôt que de parler dans le cadre d'une relation à deux. Les modalités de fonctionnement du psychodrame une fois exposées, il est alors proposé au patient une ou deux séances d'essai qui permettent à lui-même et à ses thérapeutes d'apprécier l'intérêt de cette formule. La possibilité de séances d'essai est une particularité du psychodrame rendue possible par sa forme : utilisation du jeu, pluralité des participants. Le psychodrame, contrairement à la psychothérapie, autorise à la fois une entrée immédiate dans le processus psychothérapeutique grâce au jeu, avec une perception rapide du caractère mobilisateur et tolérable de la technique choisie, et dans le même temps il permet de conserver une plus grande distance relationnelle du fait de la pluralité des joueurs. Dans ce contexte, un essai est à la fois techniquement justifié et affectivement plus facilement supportable. Le motif d'une interruption éventuelle peut être, beaucoup plus aisément que dans la psychothérapie, mis sur le compte des particularités techniques de cette thérapie, plutôt que sur celui des dispositions personnelles du patient ou des sentiments qu'il inspire au thérapeute. Cette perspective d'une ou plusieurs séances d'essai rend le traitement plus facilement acceptable pour des patients qui redoutent l'engagement relationnel et qui vivent toute proposition incluant un lien prolongé comme un piège possible. L'élément central est la scène proposée par le patient, jouée par celui-ci et les co-thérapeutes qu'il a choisis. Celle-ci est observée, éventuellement commentée ou interprétée par le meneur de jeu. La scène est une invitation à la figuration des fantasmes et un équivalent de l'association libre aussi bien dans son choix que dans la façon de la jouer, de la faire dériver de son projet initial ou de la faire se succéder par une autre scène. Qu'il s'agisse d'une donnée de la réalité immédiate, d'un souvenir, d'un rêve ou d'une scène purement imaginaire, l'important est que la scène n'apparaît pas nécessairement d'emblée comme une production fantasmatique liée au désir du patient. Elle ménage ses défenses, tout en gardant du fait du jeu et notamment de celui des co-thérapeutes une formidable potentialité de mobilisation des fantasmes.

Le meneur, ou directeur de jeu, occupe la position classique de l'analyste, qui énonce les règles de fonctionnement, garantit le cadre et assure la fonction interprétative. C'est sur lui que s'organise la névrose de transfert. Sa non-participation au jeu renforce sa distanciation du pôle actif et pulsionnel et sa position de représentant des instances éthiques Surmoi et Idéal du Moi qu'il est d'autant plus à même d'" humaniser " et d'assouplir. En cela, il est le garant narcissique du patient et celui du sens et de la continuité du processus psychothérapeutique engagé. Il aide le patient à proposer les scènes et à construire un scénario. Il les interrompt et peut alors inciter le patient à associer, ou faire lui-même des liens, commenter, clarifier, expliciter, voire interpréter. La forme du psychodrame lui autorise plus de souplesse que la psychothérapie classique et la psychanalyse stricto sensu, que ce soit par le changement de rôles ou de scénario au cours d'une scène, par sa demande de rejouer différemment une scène qui peut stigmatiser un processus de répétition chez le patient ou par une plus grande liberté d'expression, notamment physique avec le patient qu'il peut être amené à toucher en le prenant par exemple par le bras en le raccompagnant à son siège. Les co-thérapeutes constituent un élément essentiel de ce dispositif. Choisis par le patient pour jouer des rôles désignés par celui-ci, ils peuvent s'y conformer ou introduire des divergences plus ou moins importantes qui représentent autant de scénarios fantasmatiques offerts au patient et susceptibles de susciter en retour des réactions imprévues qui le mettent en contact avec des productions psychiques et des attitudes jusqu'alors méconnues. Il est souvent intéressant d'inverser l'attitude proposée par le patient de façon à pouvoir, par exemple lui montrer sa participation dans le maintien d'un style relationnel dont il attribue la cause à son entourage. Les co-thérapeutes peuvent également être directement introduits dans le jeu par le meneur de jeu, le plus souvent pour permettre l'irruption brutale, quasi caricaturale, d'une donnée psychique latente dans le jeu, mais qui risque d'être méconnue.

Le jeu fait avant tout appel à leurs propres capacités d'*insight* et d'empathie avec le patient. À eux de savoir entendre le sens latent contenu dans la proposition de thème et de traduire celle-ci en un jeu qui à la fois offre un moyen de représentation aux processus inconscients et soit recevable par le patient.

Il apparaît souhaitable que les co-thérapeutes évitent au maximum de se cantonner dans la rationalité et l'adhésion au manifeste. Il est plus dynamique qu'ils se considèrent comme les représentants de l'inconscient et qu'ils s'en tiennent à un rôle défini, clairement perceptible, qu'ils peuvent pousser jusqu'à la caricature, prenant alors comme modèle de fonctionnement non plus les processus secondaires, mais les processus primaires tels qu'ils font irruption dans le rêve, les lapsus, mais aussi dans les hallucinations et les constructions délirantes. Le partage des rôles peut se faire de façon telle qu'un joueur soit plus particulièrement un représentant du Surmoi, un autre des aspects cruels du Ça, un troisième du courant libidinal. Ainsi, la scène jouée représente les tensions existantes entre les différentes instances psychiques du patient et les effets de celles-ci dans la réalité du sujet. Chaque joueur devient le représentant des identifications du patient qui est ainsi conduit à les choisir en conséquence, révélant par là l'évolution de sa relation transférentielle. Il est fréquent que le groupe des Co-thérapeutes, et parfois plus spécifiquement tel ou tel d'entre eux, devienne un représentant privilégié, mais très largement méconnu, de la réalité du patient disons la plus éloignée de son idéal narcissique, représenté plus habituellement par le meneur, celle qu'il a le plus de mal à accepter et qu'il rejette volontiers. La situation vécue comme hiérarchisée entre eux et le meneur, leur passivité du fait qu'ils dépendent pour jouer du seul bon vouloir du patient et du meneur favorisent ce mode d'investissement. La façon dont les co-thérapeutes tolèrent cette situation influence en miroir l'image que le patient se forge de lui-même et la capacité du psychodrame à le re-narcissiser.

Enfin, parfois le groupe de co-thérapeutes peut se regrouper en choeur (au sens des chœurs antiques qui fait figure d'instance psychique) qui souligne ou commente un acte de jeu du patient. Le danger d'une intervention " sauvage " d'un Co-thérapeute est limité par les modalités de fonctionnement spécifique au psychodrame : la liberté associative et expressive de chaque Co-thérapeute est tempérée par le jeu de ses partenaires et par l'intervention possible du leader. Le risque existe par ailleurs qu'une intervention soit trop étrangère au Moi du patient ou trop éloignée de ses préoccupations présentes : elle apparaît alors dissonante et induit un sentiment de dérisoire, voire de moquerie, qui peut briser la confiance du patient et l'étayage narcissique sans lequel aucun traitement psychothérapeutique ne peut se poursuivre. Le psychodrame nous paraît accentuer ce danger du fait du groupe qui accroît le sentiment de honte et parce que l'excitation née du plaisir ludique favorise la méconnaissance de ces phénomènes et laisse se creuser un écart entre les attentes du patient et les attitudes qu'il croit discerner chez les thérapeutes.

Dans ces conditions, on conçoit la nécessité d'une même formation pour le directeur et les Co-thérapeutes. Ceux qui participent au psychodrame doivent préalablement avoir fait une psychanalyse personnelle. Leur outil de travail est, en effet, autant leurs propres capacités *d'insight* et de familiarité avec leurs processus inconscients que leur savoir théorique et les acquis techniques. Ceux-ci ne peuvent avoir une utilité et être maniés qu'en fonction de ces capacités acquises au cours de leur démarche psychanalytique personnelle.

Le nombre idéal de co-thérapeutes semble être de quatre à huit, avec une répartition à peu près égale entre les sexes. Au-dessous de ce chiffre, le manque de possibilités de choix agit sur le patient comme une contrainte à l'investissement transférentiel ; de plus, toute absence d'un des joueurs déséquilibre beaucoup le jeu et prend un relief exagéré, qui peut parfois faciliter une prise de conscience du lien ainsi créé, mais qui peut également être à

l'origine d'une situation qui pèse sur le processus et s'oppose au travail d'élaboration.

Au-dessus de huit joueurs, ceux-ci sont tout autant des spectateurs que des joueurs. Il risque d'y avoir une dilution des liens transférentiels utilisée par le patient comme résistance, sans pouvoir être repérée par le directeur de jeu. La dérive voyeuriste est considérablement accrue et pose le problème de son contrôle et de ses effets pervers tant sur le patient que sur les thérapeutes, les uns et les autres étant plus préoccupés des effets de leurs interventions sur les participants que de l'intérêt de celles-ci pour le déroulement du processus et de leur justesse dans le hic et nunc de la relation présente avec le patient.

Leur participation régulière est bien sûr un préalable nécessaire pour que puissent se développer les investissements transférentiels du patient, qu'ils soient repérables et éventuellement utilisés et interprétés. Sur ce fond de continuité, les absences ponctuelles peuvent être riches d'enseignement par leurs effets sur les choix substitutifs du patient, leur incidence sur son jeu, les réactions auxquelles elles donnent lieu. Elles peuvent être l'occasion d'associations et surtout de remémorations intéressantes, parfois spectaculaires. Il en est de même de l'absence occasionnelle du meneur et de son remplacement par un Co-thérapeute, de préférence toujours le même pour un patient donné. Par leur diversité, leur liberté d'expression, les co-thérapeutes s'offrent ainsi comme des auxiliaires du fonctionnement mental du patient, comme des figures de double possible et comme des pôles potentiels d'investissement transférentiel.

Le déroulement du psychodrame demande un cadre très simple et peu de moyens : une pièce suffisamment grande pour laisser un espace entre les joueurs et le patient, assis face à face ou en rond, le meneur de jeu à côté du patient, et pour individualiser un espace de jeu aux limites fictives mais toujours les mêmes. La règle fondamentale est celle de proposer une scène et de répartir les rôles, équivalent de l'association libre, à laquelle s'ajoute l'analogie du dire sans

faire de la psychanalyse qui est ici le " faire semblant ", fondement du jeu. La durée habituelle des séances est de 20 à 30 minutes, avec ensuite un temps d'échange entre les thérapeutes et la fréquence de une à deux fois par semaine, la séance hebdomadaire unique étant la plus habituelle. (Jeammet et al,1998)

## **2-Spécificité du psychodrame psychanalytique**

*Selon Jeammet,* Il faut, pour qu'un processus analytique se développe, que s'instaure une " névrose de transfert ". Redéfinie de façon concise, elle n'est rien d'autre que l'agencement des conflits autour de la personne de l'analyste (représentant des imagos) et dont l'intéressé se trouve l'auteur, le créateur. Or, cette névrose de transfert est précisément ce à quoi se refusent, " résistent " avec une particulière intensité, les patients auxquels nous proposons le psychodrame. Cette situation apparemment paradoxale, où sans transfert rien n'est possible et où les patients sont précisément incapables de se laisser aller à vivre des sentiments transférentiels, est celle à laquelle, au tout premier chef, le psychodrame analytique se propose de parer ou faire face.

L'intérêt est que le psychodrame se sert précisément d'un des moyens de défense le plus actif et massif des patients, à savoir la projection à l'extérieur de leur propre intérieurité. C'est de l'extérieur, au moyen de ce que l'intéressé a fourni de son intérieurité, dans ses propos, qu'on vise la (re)construction de son " théâtre privé " après qu'il en ait pris connaissance et ait pu en faire et défaire les figures multiples. On aura reconnu ici l'utilisation de la technique des scènes répétées, des voix *off* en commentaire, du double et de la situation de spectateur proposée au patient. Au regard de l'analyse, cette représentation au-dehors des fantasmes exprimés par les patients, que souvent même on devance en les leur prêtant, offre une variante considérable puisqu'elle propose un chemin inverse à celui qui, dans la cure classique, est constamment utilisé. Cependant, cette diversité de moyens se donne une même fin : la confrontation du sujet avec les productions fantasmatiques dont il pourrait se reconnaître l'auteur. Elle est en

effet une condition sine qua non pour que l'interprétation fasse sens et acquière éventuellement une - valeur mutative -.

Les moyens techniques utilisés dans le psychodrame analytique pour obtenir ces résultats sont induits par les particularités de l'organisation psychique des patients. En effet, soit que trop inhibés, ils enferment et censurent si étroitement leurs productions inconscientes, ou pour mieux dire préconscientes, qu'ils ne peuvent en prendre connaissance ; soit que trop débordés par ces productions, trop en " prise directe " avec les pulsions qui les meuvent, ils ne laissent guère de place au travail du préconscient qui permet l'élaboration conjointe des affects et des figurations qui les traduisent.

Ce qui change donc, c'est la façon dont les outils fondamentaux de la démarche psychanalytique sont mis en oeuvre. Cette mise en oeuvre propre au psychodrame peut être vue comme un renforcement de l'étayage des processus psychiques par le cadre. Ce renforcement repose essentiellement à notre avis sur deux ordres de données qui se soutiennent et se complètent l'une l'autre : une aide aux processus de figuration et par là même de liaison ; un renforcement des facteurs de différenciation.

*Jeammet* affirme que ces deux axes de travail sont rendus possibles par le recours très particulier aux stimulations perceptivo-motrices que permet le psychodrame et par la gestion, elle aussi spécifique, de l'économie des investissements transférentiels qu'il autorise. Dans les deux cas, il s'agit de l'inclusion dans le cadre du processus psychothérapeutique d'éléments qui sont habituellement utilisés comme défense par les patients : le contre-investissement du monde interne et des processus psychiques par le surinvestissement de la réalité externe et des données perceptives sur un mode de type " opératoire " ; la défense par la latéralisation du transfert et les *-acting out-* transférentiels. Défenses qui sont souvent mises en place pour se protéger de la régression. En cela, le psychodrame psychanalytique apparaît comme une technique

particulièrement bien adaptée à la difficile question de la place de la régression dans les cas difficiles et à certains âges comme l'adolescence.

L'aide aux processus de figuration est la conséquence directe de la mise en place du cadre psychodramatique :

- aide par le meneur de jeu à l'expression et à la formalisation des scènes proposées par le patient ;
- interventions des co-thérapeutes dans le jeu, susceptibles de se faire selon une multitude de choix et permettant ainsi de représenter les différentes modalités d'expression de l'appareil psychique : fantasmes inconscients ou préconscients, pulsions, instances psychiques... ;
- interruption de la scène par le meneur de jeu et travail éventuel d'interprétation ou simplement d'explicitation et de commentaires.

Le psychodrame figure concrètement un espace de jeu qui supplée l'absence ou les difficultés de l'espace psychique interne dont il est ainsi censé relancer le fonctionnement, en particulier en ce qui concerne les processus de déplacement, base essentielle de l'activité psychique. Reprise donc du jeu des déplacements de représentations mais d'une façon qui n'est plus purement défensive, qui fait sens en permettant la liaison avec les affects, tels qu'ils peuvent être actualisés par le jeu et l'émergence de souvenirs que celui-ci est susceptible d'induire. Ceci n'est possible que grâce à la fonction de pare-excitation assurée par le leader et les Co-thérapeutes, par la contenance, l'association de gestes et de mots, et les liaisons ouvertement proposées entre affects et représentations (**Chabert, 1997**).

On peut ajouter une sollicitation particulière aux échanges et aux investissements grâce à la dynamique du jeu et à la mobilisation spécifique du corps qu'autorise le psychodrame. Le plaisir de jouer est un puissant facteur de figuration et de liaison des affects, tout comme la concrétisation qu'autorise la scène jouée et le contact physique pendant celle-ci, même par le meneur de jeu

lors de la suspension de la scène. Les éprouvés corporels sont spécifiquement sollicités par le psychodrame. Ils prennent sens dans l'histoire du sujet, par le travail de remémoration, mais aussi dans l'actualité de la relation transférentielle (**Chabert, 1995**). Ceci est d'autant plus important que, comme le soulignait S Freud, " le Moi est avant tout un Moi corporel, ce n'est pas seulement un être de surface, mais même la projection d'une surface " ; " Le Moi est fondamentalement dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps... il peut être ainsi considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus il représente la surface de l'appareil mental " (**cité par. Jankélévitch, 1967**). Comme le souligne **Daymas (1995)**, le psychodrame se révèle un outil privilégié du " réveil des zones érogènes " grâce à cette facilité de l'implication du corps. Un réveil des zones érogènes qui s'opère dans le cadre d'un échange avec des objets actuellement investis, faisant résonance avec les objets internes liés au passé, et sous le regard de tiers. Cette ré-objectalisation du plaisir de l'échange au travers des zones érogènes et du plaisir de l'utilisation des fonctions et des capacités du sujet facilite une réactivation des ressources autoérotiques à la place des autostimulations répétitives et mortifères antérieures. Ceci se traduit notamment par la capacité à retrouver une activité onirique, favorisée par le dispositif même du psychodrame. La disposition scénique et la présence constante des co-thérapeutes assurent la permanence d'un regard tiers dans une symétrie des échanges évidente : le leader regarde les scènes qui se jouent et s'abstient de jouer, les co-thérapeutes assistent, regardent et écoutent les commentaires hors scènes qui sont proposés par le leader. Le maintien d'un regard tiers qui soutient et neutralise partiellement, figure un autre lieu, un autre moment (un autre temps) et littéralement un autre point de vue. C'est à partir de cette figuration que se détermine l'analogie entre le jeu au psychodrame et le rêve, à l'instar de celle qui lie le processus de la cure et le rêve. Le passage par les scènes d'abord regardées comme le rêveur regarde son rêve, puis jouées comme le rêveur rêve

son rêve, montre, dans certains contextes pathologiques, une formidable transformation puisqu'il témoigne de la capacité à retrouver un objet absent par la voie de la représentation dans le rêve.

Cette réanimation libidinale de la vie psychique et du corps par le psychodrame suppose également un travail de décondensation de ce qu'on pourrait appeler les éprouvés, qu'ils soient psychiques ou corporels, du patient, comprenant justement un mélange de pré-représentations et de sensations corporelles qui se traduit fréquemment par des inhibitions, le sentiment d'une tension extrême et la conviction de n'avoir rien à dire. La réponse par l'"agir", et notamment la rupture du traitement, en est souvent l'aboutissement, ainsi que l'enfoncement dans un mouvement régressif, archaïque où limites et différenciations intrapsychiques s'abolissent, laissant place à cette massivité des éprouvés comme des processus de défense qui cherchent à les contenir (Green, 1982, P.196-199).

Le psychodrame soutient et renforce les facteurs de différenciation (ce qui limite le fonctionnement en miroir du patient). Il le fait déjà grâce aux moyens de figuration et de décondensation qui viennent d'être envisagés. Mais il le fait également par le soutien du monde perceptivo-moteur qu'il propose d'emblée au patient par l'offre du cadre psychodramatique proprement dit. En cela, il se rapproche de la psychothérapie, en face à face. Il en modifie les conditions davantage que cette dernière puisqu'il multiplie les thérapeutes et propose un recours à la motricité. À la limite, il peut aller jusqu'à suppléer la verbalisation du patient, au moins pour un temps puisque les Co-thérapeutes s'expriment toujours pour une part à la place du patient, notamment en le "doublant" ; il peut même arriver que devant le blocage du patient le meneur propose une scène à sa place. Simultanément, les limites sont constamment soutenues par ce recours à la réalité externe : limites entre soi et autrui, entre monde interne et externe, mais aussi soutien par l'espace du jeu psychodramatique de l'espace

intrapsychique virtuel et des limites fictives entre les instances intrapsychiques. Le jeu psychodramatique en vient ainsi à figurer analogiquement l'espace intrapsychique et ses composantes virtuelles : Imagos paternelle et maternelle, Surmoi, Ça et Moi, avec leurs différentes composantes, sont supportés concrètement par les différents intervenants. Il n'est pas jusqu'à l'ambivalence des sentiments qui ne puisse être matérialisée par tel ou tel acteur du jeu, tandis que le patient est potentiellement protégé de la massivité du transfert dans son caractère condensant et dédifférenciant, rendant l'investissement dangereux pour l'autonomie narcissique, par sa dilution sur plusieurs participants et par sa médiatisation par la présence de tiers.

**Jeammet P, Kestemberg E (1987-1993)**, ont développé le point de vue selon lequel le psychodrame pouvait être considéré comme un auxiliaire du fonctionnement mental dans son ensemble par la possibilité qu'il offre d'une externalisation des fonctions psychiques dont il vient soutenir à la fois la figuration et les différenciations. Rappelons simplement les données les plus marquantes : relance du travail de figuration, condition du déplacement et de la liaison affect/représentation, mais aussi mise en œuvre de la dénégation, du clivage des objets et reprise du jeu introjection/projection. Le psychodrame sollicite en effet constamment la dénégation, mécanisme dont Freud a montré la place essentielle dans le renforcement du Moi et l'enrichissement de la vie psychique. Elle rend moins nécessaire le maintien du refoulement, autorisant l'accès des représentations au Moi tout en tenant les affects à distance. À l'inverse, en cas d'insuffisance du refoulement, elle facilite le dégagement du Moi de charges affectives trop importantes tout en rendant possible un travail sur le contenu des représentations trop excitantes pour être complètement acceptées et assimilées. Or, le jeu des co-thérapeutes offre par excellence au patient la possibilité d'entendre le contenu de ces représentations mais de n'en reconnaître pour siennes que ce qu'il peut tolérer. C'est ainsi toute une panoplie de représentations qui sont offertes au patient, enrichissant ses possibilités de

représentations sans pour autant les lui imposer comme venant de lui et le " trahissant " et ce d'autant plus que cette " injection de fantasmes " par les joueurs ou plus largement cette offre de représentations sont proposées par les co-thérapeutes et non par le meneur de jeu support de l'investissement le plus contraignant, sinon le plus intense. Le jeu autorise une juxtaposition des contraires que le patient n'est pas tenu de reprendre immédiatement et entièrement à son compte, ou un clivage des objets qui vient figurer, mais aussi soulager, un clivage du Moi sur lequel il devient dès lors possible de travailler sans agresser le narcissisme du sujet. À ce titre, soulignons l'importance des scènes de double, procédure souvent choisie par des patients aux fortes défenses narcissiques, ou proposée par le leader. Les jeux de double permettent d'abord de conforter les clivages, puis secondairement de tenter de les réduire afin de nuancer les positions subjectives et, quand cela est possible, d'ouvrir l'accession à l'ambivalence. Les jeux de double favorisent aussi les prises de contact avec la réalité interne qu'ils tentent de mettre en mots et de rassembler, jeux qui se prêtent de surcroît à la mobilisation de mécanismes de négation. (**PP.147-154**)

L'ensemble du dispositif psychodramatique a pour objectif d'étayer le travail que le préconscient ne peut assurer par lui-même et que la sollicitation psychothérapique classique risquerait d'entraver. Il va s'agir de concilier des contraires : faciliter l'émergence fantasmique, la réactualisation de souvenirs et d'éprouvés corporels enfouis, tout en limitant la régression et en favorisant la symbolisation. La fiction du jeu, l'implication directe des co-thérapeutes rendent possibles les deux premières exigences sans pour autant induire une régression importante du Moi, tandis que la division des rôles (patient, meneur, Co-thérapeutes) mais également la fiction du jeu et le primat accordé à la verbalisation soutiennent ce processus de symbolisation. Le jeu n'est pas une incitation à l' " agir ", il cherche l'alliance de la vérité du vécu et de la prise de distance par l'écart entre l'actuel et l'histoire, la mise en gestes et la mise en mots. Deux données techniques apparaissent fondamentales dans cette

sollicitation de la symbolisation et corrélativement dans la maîtrise de la réponse : le suspens de l'acte qu'implique le " comme si " du jeu et la force symbolique que signifie la non-participation au jeu du meneur, qui valorise les deux moyens de communication qui sont les siens, le regard et la parole dont on connaît les liens génétiques avec la fonction surmoïque et ceux de celle-ci avec la symbolisation. Dans les modalités même de sa pratique, par le biais de l'espace de jeu créé, le psychodrame permet l'instauration ou la restauration d'une aire transitionnelle positive. Pour argumenter cette dimension d'espace intermédiaire où la perception se transforme en représentation (à l'origine même de la création de la pensée selon Winnicott), nous devons rappeler brièvement la distinction qu'introduit Winnicott entre la relation à l'objet et l'utilisation de l'objet : celle-ci se définit par la capacité du sujet à modifier les " données ", capacité de transformation du vécu en créé comme pour l'objet transitionnel. Mais le passage de la relation d'objet à l'utilisation de l'objet implique à la fois que le sujet détruisse l'objet fantasmatiquement et que celui-ci survive à cette destruction. Ces différentes étapes sont susceptibles d'être mises à l'épreuve au psychodrame, au fil du temps, au fil des scènes, qui proposent des modifications, des transformations potentielles de ce qui initialement avait été déclaré immuable. Que des modifications adviennent sans cataclysme et que semaine après semaine la présence visible de l'ensemble des thérapeutes demeure, voilà qui permet, par voie de figuration, ce passage si essentiel vers la capacité d'utiliser l'objet. La scène offerte devient susceptible, dans tous ses prolongements acceptables parce que acceptés, d'être progressivement intériorisée. Ce processus, dans l'intermédiaire, fonde la capacité de l'enfant à être seul en présence de la mère. Chez bon nombre de patients, il constitue l'ancre indispensable pour qu'une séparation psychique soit imaginable entre eux et leurs objets originaires. L'espace du psychodrame permet ainsi la reviviscence de failles anciennes qui ont porté atteinte à cette aire transitionnelle, ainsi qu'à l'établissement corrélatif du sentiment de continuité de

soi et de confiance dans sa propre capacité à maîtriser la réalité extérieure. Cette reviviscence se manifeste comme résistance et comme phénomène de transfert, ce qui nécessite un travail de perlaboration chez l'analysant et en même temps un soutien anaclitique du Moi auxiliaire chez les psychodramatistes.(PP.156-159)

**Gillibert (1985)** prolonge cette notion en précisant : " les enfants jouent pulsionnellement à l'ombre des parents... le jeu du psychodrame psychanalytique, en associant visibilité et écoute, permet que les patients jouent pulsionnellement à l'ombre de l'autorité médiatique interprétative des psychanalystes, du leader plus particulièrement. Si l'on se met à jouer si facilement, ce n'est pas uniquement pour retrouver l'enfance, mais pour se délivrer, c'est-à-dire reconnaître le principe d'autorité et de protection qu'est toute parenté. Par ce jeu où se déploient les fantasmes originaires, le sujet s'introduit fictivement dans la scène primitive qui l'a engendré. Cette fiction le structure, dès lors, de par sa forme signifiante, le psychodrame est une initiation théâtrale au roman familial, il permet le récit de ce roman familial " .

### ***3-Indications***

Elles découlent de ce qui fait la spécificité du psychodrame. C'est dire qu'elles reposent plus sur les particularités du fonctionnement mental du patient que sur les divisions nosographiques. Ces particularités sont celles que les caractéristiques spécifiques du psychodrame sont susceptibles de mobiliser. Il s'agit donc essentiellement d'entraves importantes au jeu psychique : inhibitions massives, ou au contraire un discours trop facile, loin des affects, à but défensif ou en faux self ; déni ou phobie de la vie psychique interne et des émotions qui s'y rattachent ; prévalence des conduites agies ou des plaintes et expressions symptomatiques corporelles ; mais aussi des cas plus classiques mais dont on pense, et que parfois une première expérience a confirmé, qu'ils auront du mal à supporter la pression à investir et à s'exprimer qu'induit la relation duelle. On peut y ajouter les cas où on sent à la fois la nécessité d'une mobilisation

importante du patient mais pour lesquels on craint en même temps les effets délétères d'une régression mal contrôlée.

Cette prévalence des conditions du fonctionnement mental dans les indications fait que l'adolescence est une période où les indications de psychodrame sont particulièrement intéressantes. Ajoutons que le psychodrame psychanalytique individuel peut être utilisé sur quelques séances pour sensibiliser un patient à sa vie psychique et aider à poser une indication de psychothérapie, quelle que puisse être la forme future de celle-ci, ou pour relancer une psychothérapie voire une psychanalyse qui s'enlise, en général en raison d'un transfert devenu inanalysable dans le cadre habituel, et ce de préférence en présence du thérapeute qui assiste mais ne joue pas. (**Jeammet et al, 1998**)

#### ***4-Limites et risques du psychodrame***

Le premier risque est qu'il perde sa dimension psychanalytique, soit en tournant à la théâtralité plus ou moins factice, soit en s'enlisant dans une répétition où la succession des scènes facilite la perpétuation du leurre qu'il se passe quelque chose alors qu'il y a stérilisation du procédé, soit encore dans une dérive vers la recherche d'une fonction cathartique, ou plus gravement en favorisant l'issue vers les " agir ". On a pu accuser le psychodrame, notamment certains psychanalystes, d'être intrinsèquement anti-analytique par son dispositif même qui privilégierait l'acte au détriment de la verbalisation. (**Brusset,1983**) Dans ses travaux sur le sujet, **Gillibert (1985-1991,1995)** fait justice de ces critiques, soutenant même que le psychodrame fait partie des composantes structurales de la doctrine freudienne et de ses applications thérapeutiques de par ses liens avec les processus du rêve. Cette dimension du fictif, inhérente au jeu psychodramatique, tire celui-ci vers le romanesque. Il n'y a pas d'acte, nous dit-il, dans le psychodrame mais " des gestes, des positions, des attitudes " qui, à l'abri du conditionnel du jeu, du " comme si ", condition du jeu infantile, sont

autant de " frayages " qui sous le masque de l'acte permettent l'irruption du fantasmatique dont un meneur " hors-jeu " a pour charge de scander l'authenticité émergente. Il s'agit de gestes et non pas d'actes, qui au contraire sont là pour conjurer, grâce justement à ce qu'il nomme " l'étayage du fictif ", ce qui dans la parole de la cure classique " est chargé de tension d'acte, dont l'actualisation paraît toujours une menace pour l'intégrité des deux protagonistes ". Comme le souligne également **Frismand (1995)**, dans les indications du psychodrame ce sont plutôt les inhibitions qui ont une portée de passage à l'acte, la pulsion prenant pour les patients une dimension traumatique à laquelle leur appareil psychique n'arrive pas à s'adapter et que le psychodrame au travers de sa mise en scène et en gestes permet au contraire de se réapproprier.

Un risque doit toujours rester présent à l'esprit des thérapeutes et particulièrement du meneur, c'est celui de la sollicitation, par le dispositif lui-même, des pulsions partielles et plus particulièrement du couple voyeurisme/exhibitionnisme et ce aussi bien au niveau du patient que des thérapeutes. Soulignons cependant le caractère remarquable de la grande tolérance des patients, y compris les plus inhibés, à cette exposition par le jeu devant plusieurs personnes, comme leur facilité habituelle à jouer comme à proposer une scène. Néanmoins, comme le rappelle **Soulé** cité par **Brusset (1983)** , il ne faut pas oublier que le dispositif place le patient devant un véritable équivalent de scène primitive, telle celle du rêve de l'homme aux loups : le patient entre dans une pièce occupée par plusieurs personnes immobiles, les yeux fixés sur lui et devant lesquelles il va lui-même développer un scénario. De même, il y a quelque chose de parfaitement incongru pour un enfant ou un adolescent d'avoir à sa disposition tant d'adultes qui vont se mettre à jouer comme des enfants avec lui. Inversement, une trop grande proximité des thérapeutes, leur trop bonne adaptation aux attentes du patient peuvent induire chez celui-ci le désir d'avoir des parents comme eux et rendre insupportable l'écart avec la réalité de ses relations quotidiennes. Dans les deux cas, il faut

souligner la nécessité de trouver la bonne distance et le ton juste pour éviter ce double danger du dérisoire et du trop désirable. La façon de jouer des co-thérapeutes en dépend, il leur faut à la fois jouer suffisamment "en avant" du patient et le surprendre, entrer en résonance avec ses fantasmes et le toucher, mais aussi savoir être "au plus près du Moi" de l'adolescent pour avoir une chance d'être entendu sans le blesser. Par rapport à la psychanalyse individuelle, le transfert dans le psychodrame apparaît protéiforme. Les remaniements de l'organisation psychique portent sur la libération des affects inhibiteurs ou pathogènes, avec remémoration des émotions niées ou oubliées (abréaction cathartique des émotions), sur le renforcement du principe de réalité, sur le dégagement du Moi par rapport à des projections et son accès à de nouvelles identifications. Mais les fantasmes inconscients, la topique subjective, les conflits intrasystémiques ne sont pas vraiment modifiés.

*Soulignons, pour terminer ce rappel de la technique psychodramatique, son intérêt pour la formation des thérapeutes grâce à un travail d'élaboration en commun à propos d'une expérience partagée et non plus seulement rapportée. Enfin, la pratique du psychodrame psychanalytique influence et dynamise celle des psychothérapies duelles classiques, en facilitant notamment la possibilité du recours à des interventions qui, dans leur formulation comme dans leur contenu, empruntent au mode psychodramatique du type : "Imaginons..." ou "Si j'étais vous, j'imagine que je pourrais ressentir ou faire ceci ou cela... ". En somme, cet étayage, cette dynamisation du fonctionnement mental qu'induit le psychodrame ne concerne pas seulement le patient. Rappelons également que la formation à la psychanalyse en Algérie est une nouvelle formation tandis que le psychodrame reste une formation à créer.*

*Chapitre IV : Les règles techniques de la  
psychothérapie d'inspiration psychanalytique et  
la réalité Algérienne*

#### ***IV-Les règles techniques de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique et la réalité Algérienne***

Afin d'enrichir les données de la pratique clinique, notamment en Algérie, l'étudiant est censé savoir le cadre thérapeutique, l'analyse de la demande et les pièges de la relation thérapeutique, ces éléments semblent être importants pour tout psychologue ou débutant se trouvant à engagé une relation professionnelle.

En voici certaines règles à respecter quand les deux protagonistes décident d'engager une relation clinique bien contrôlée :

##### ***1-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 :

### ***1.1- 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 écourtée. 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.

### ***1.2- 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 hâives : 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 re 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 cadastrée 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-transférientiels 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.

### ***1.3- 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 évènements ou des détails personnels qui rendraient l'identification facile... et si ce travail de déguisement - transposition paraît impossible, on s'abstient de publier.

#### ***1.4- 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... (**Cité par. Si Moussi, 2002**)

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

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 terme "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 formulerais 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 ?)

### ***1.1-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. On demande :

**1.2-*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 concerter 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'allégement 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 ...etc.Tout ceci est demandé :

*1.3-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**)

## **VII- Sur les quelques pièges de la relation thérapeutique**

### **1-Les buts de la relation thérapeutique : 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 référencées 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.

## **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.

### **2.1- *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.

### ***2.2- 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.

### ***2.3- 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 » ! || 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.

#### ***2.4- 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.

#### ***2.5- 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.

## ***2.6- 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.

### **2.7- *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 nombreux et difficiles à déjouer. C'est pourquoi il y faut une longue formation, jamais achevée... (**Cité par. Si Moussi, 2002**)

## **VIII- *la psychothérapie psychanalytique en Algérie***

Nous sommes tenus d'informer le lecteur que la spécificité d'une psychothérapie psychanalytique Algérienne a été élaborée et enrichie par Si

Moussi Abderrahmane et ce à travers plus de (40 ans) de pratique clinique et de formation continue dans le contexte Algérien, il était psychothérapeute et psychanalyste de renommé internationale, il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur la psychologie et psychopathologie algérienne, sa réflexion est assez souvent centrée sur la spécificité du contexte socioculturel algérien, il a apporté beaucoup d'éclairage à la pratique clinique en Algérie.

Cependant, et pour plus de spécificités pratiques dans ce module destiné aux étudiants Licence3 en psychologie clinique, nous allons centrer notre réflexion sur la pensée *Si Moussiènne* quant à la présentation de la psychothérapie psychanalytique en Algérie.

Dans une intervention au colloque international organisé par le laboratoire SLANCOM en Algérie **Si Moussi (2000)** avait intitulé sa communication par « *la thérapie par la parole et la pensée, la P.I.P une nécessité clinique* »

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 il s'appuie sur une population de patients souffrant de troubles psychologiques essentiel d'allure névrotique elle est la somme de discussions et de formation en groupe.

### **1-Les miracles du psychisme et de la psychothérapie :**

Pourquoi intituler cette intervention thérapie par la parole et la pensée, il s'agit en partie d'un hommage aux patients algériens qui nous interpellent très souvent sur ce mystère par des questions de type : comment peut-on guérir seulement en venant parler vous ne donnez rien quelle est votre technique comment se fait cette opération...etc. à première vue on peut mettre ces questions sur le compte de la méconnaissance de la psychothérapie par les algériens, au fond elle évoque implicitement un miracle de l'homme et de la pensée difficile à objectiver, dans ce la psychothérapie d'inspiration psychanalytique constitue toujours une couverte singulière et une création entre deux personnes dans une rencontre spécifique et concrète. Dans cette relation et cette communication se résolve 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 qui est l'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 traumatisques au menu de tout développement des formes, gauchiste les représentations de soi-même et de choses, dans cette perspective la psychothérapie consiste à libérer la parole et la pensée de ses contraintes parfois très lourdes, la communication en tant que voix (voie) intérieure et autant que lien avec l'extérieur apparaît au centre de ce processus il consiste en une forme de répétition de tous les sens du terme, des échanges en tout genre qu'une personne à eux 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. Et 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-il difficile de les évaluer en ce domaine. Nous présentons ici un modèle général qui ne peut pas faire cas des singularités du fonctionnement personnel spécifique.

Rappelant avec John Cornu les préalables nécessaires à la pratique de la psychanalyse et les différences entre les psychothérapies psychanalytiques le premier préalable posé par cet auteur et auquel nous adhérons pleinement et le fait d'être psychanalyste on parle de psychothérapie psychanalytique quand le praticien est psychanalyste

## ***2-Les caractéristiques communes entre les P.I.P et la psychanalyse***

- les mêmes références théoriques soit l'ensemble du corpus et pas seulement telle

ou tel de ses notions.

- la même méthode seul à seul, bureau fermé secret assuré, le corps parle mais ne se touche pas, injonction à la libre association des idées, pensée et souvenirs, représentation...etc.
- le même cadre investi de part et d'autre avec notamment le respect du temps fixé à l'avance, plutôt la différence concerne le dispositif c'est-à-dire la position du corps et la fréquence des séances.

Rappelons que dans la cure psychanalytique le patient est allongé sur un divan et le psychanalyste est assez derrière lui, hors de son champ de vision, la fréquence des séances et pratiquement quotidienne il est de 03 au moins par semaine, l'auteur ajoute : « on suppose qu'à un niveau général il n'y a pas de processus psychothérapeutique spécifique mais seulement un processus analytique ». 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 celui évoqué par *John Cournut*. Nous pratiquons cette thérapie par nécessité dans la mesure où la formation à la psychanalyse est inexiste dans notre pays est très difficile voire impossible à l'étranger nous 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 2<sup>ème</sup> position laquelle dont d'excellents résultats cliniques et humains.

Nous sommes appelés à plus de vigilance et de prudence elle est évidente que je recommande vivement aux personnes qui pourraient sur une formation psychanalytique académique de la faire car il est incontournable et irremplaçable les formations dispensées à APA ne constituent en aucun cas une substitution à un tel manque, ni une invitation de ces 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 semblable à celui de nombreux autres pays ces difficultés sont connues de mouvement psychanalytique international qui organise la profession et qui définit les règles techniques et de formations.

c'est 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 définies plus haut améliore sensiblement la qualité de travail ainsi la fixité des horaires, le respect, le paiement des séances et des absences assure une meilleure continuité et le déroulement de travail. Un psychothérapeute qui respecte le cadre et les règles obtient moins d'absence, de retard et de rupture, nous savons combien qu'il est difficile pour de nombreux psychologues d'avoir confiance de se respecter ces règles. En dehors des résistances et des défenses qui poussent à la transgression de ces règles observable dans toute psychothérapie de ce type, les patients respectent fortement le cadre imposé par leurs partenaires 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 les patients, un psychothérapeute expérimenté règle parfaitement ses séances, nous observons même un avantage net en Algérie, en dehors du refus défensif de ces règles affichées au début et logiquement au moment des crises naturelles de 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 fixée). Enfin autant qu'universitaire convaincu de la démarche expérimentale de la technique c'est que 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 10 psychanalystes le frappant chez eux et justement leur grande raideur dans la pensée et surtout dans la démarche elle 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

### **3-Les indications et contre-indications de psychothérapie ; les indications livresques et la réalité algérienne**

Toute thérapie possède des indications et des contraintes d'indication ce à quoi il peut servir ce à quoi il ne peut servir, les conséquences négatives de son application c'est 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 si non excellents à l'échelle de pratiques personnelles. Nous sommes souvent désarmés au moment de recommander une personne à un autre spécialiste, en plus l'absence d'une spécialisation connue ou reconnue, tout se passe comme si tout devient indiqué chacun suivant sa technique disons moins définie et contrôlée prend en charge le tout venant dans un sens large, le non-respect des indications associées à un manque de spécialisation et à la faiblesse de formation explique en grande partie les échecs thérapeutiques.

### **4-Le problème de la formation et l'échec relatif des différentes thérapies**

L'éventail des thérapies dites « modernes » qui s'opposent une formation académique s'étend de l'hypnose à la psychanalyse en passant par la relaxation. L'éventail des thérapies « traditionnelles » va du *Taleb* à la pratique du *Rokya* relativement récente. Dans tous les cas la pratique apparaît plus nettement personnelle que modélisée un psychiatre ne ressemble pas à un autre et en va de même pour les autres spécialistes et les patients qui ont connu bien souvent des spécialistes en tout 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 de patient d'un côté et comment critiquer un confrère de l'autre? Certaines erreurs techniques certains manquements à la morale humaine et professionnels sans tels que nous sommes parfois amenés 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 concernent les pratiques douteuses ou peu contrôlées sont innombrables et parfois

innommables. Leur véracité et attestée par leur répétition par des observations différentes pour un même praticien l'une des plus difficiles à dire et à consistant 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 c'est la personne constitue une bonne indication et si le psychanalyste accepte de la prendre en charge. En plus dans tout traitement de type qui contient compte des résistances qui peuvent rompre le travail à tout moment, il est difficile de commenter plus cette pratique 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 légale 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 10 ans sans interruption son psychothérapeute connaît parfaitement les difficultés extrêmes de telle psychothérapie le travail thérapeutique a été très dur notamment pour le patient, quel est l'intérêt d'une telle position et de tels propos ? à 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 de ces patients qui connaissent parfois profondément le processus thérapeutique, certains spécialistes sous-estiment leur niveau de connaissance et qu'ils le prennent comme un savoir livresque et théorique qu'ils prennent parfois avec mépris. Ils méconnaissent l'apprentissage fait dans la douleur disons dans la chair, par les patients. Il est vrai que d'autres facteurs subjectifs déterminent en partie ces attitudes, rivalités 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 encourage systématiquement non patient à poursuivre leur psychothérapie et ce malgré une expression de leur

satisfaction vis-à-vis de cette prise en charge.

### ***5-Quelques sens des choix thérapeutiques***

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

#### ***5.1-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 leur origine et pour chercher le pardon et la protection et s'associer à un moment ou à un autre, ce type de traitement à un choix de prise ne charge plus moderne pour réguler le conflit intérieur, le problème de choix d'identification et de positionnement face aux origines s'équilibreront parfois par un double suivi ou par des visites chez les 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, à la place du pardon elles ont peur de malédiction de ces forces représentant des origines et les imagos parentales. Nous notons que ces choix ne sont pas toujours relayés au niveau d'instruction, nous observons les différentes positions déterminantes des choix spécifiques sans relations significatives avec l'instruction, il n'est pas rare de voir un médecin sollicite 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 et conflictuelle se positionnerait en conséquence par rapport aux différents traitements.

Il n'est pas possible de développer ici cette question, nous voulions surtout sensibiliser à la complexité de choix et de la demande d'aide, il semble très important de tenir compte de ces 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 et pour 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, les différents choix peuvent prendre suivant les cas le sens d'une l'identification d'une contre identification par rapport aux origines et aux images parentales, comme ils peuvent constituer un effort de régulation et de conception entre les deux positions.

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

#### ***6-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 qu'il a inventé la technique psychanalytique, cependant cette démarche thérapeutique suppose deux conditions principales:

***- le moi ne doit pas être trop fragile***

***- le désir le conflit ne doit pas être trop intense***

dans ce cas le niveau de frustration et le niveau de souffrance seraient insupportable pour le patient la cure psychanalytique ne semble pas indiquée pour une part importante de nos patients, nous discutons ici les indications théoriques du fait que le psychanalyste pratiquement inexistant en Algérie la fragilité personnelle de nombreux patients qui viennent nous voir (y compris en tant que groupe de psychologues) et telle qu'ils sollicitent presque un soutien de type maternel, les épreuves projectives et notamment le TAT confirme cette donnée, les besoins d'étayage sur l'objet et de la réalité extérieure, idéalisation de l'objet apparaissent souvent de façon un peu impressionnante, à un extrême on trouve des sujets dans l'inhibition et le refoulement sévère frappe toute activité (de penser, de dire, de faire) un autre extrait on trouve des sujets dont le défaut de refoulement est tel quels sont totalement livrés à leurs fantasmes et à leurs démons intérieurs, les autres patients se situent plus au moins à distance de l'un ou l'autre de ces 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 fantasmique permanent ? comment relaxer une personne dont les défenses sont aux paroxysme de la rigidité pour contrôler toute vie pulsionnelle aussi anodine soit-elle, nos patients semble avoir raté l'élaboration heureuse des conflits de développement notamment le conflit oedipien structurant de la personne, il souffre alors de ne pouvoir être des adultes sexués avec toutes les caractéristiques et les responsabilités que cela suppose, il serait illusoire d'agir par des traitements superficiels de type symptomatique ou de soutien superficiel, on travaille de fond pour renforcer leurs positions personnelles d'homme ou de femmes, (leur moi, leurs identifications sexuelles) paraît souvent indispensable. De ce point de vue, pour de nombreux patients algériens (névrosés) une psychothérapie d'inspiration psychanalytique est une nécessité clinique, la méconnaissance de cette donnée induite chez certains spécialistes des attitudes techniques erronées si non dangereux fais-toi une copine, va te marier, il faut faire du sport, sois un homme...etc. Comment prescrire cela à quelqu'un dont la force de la culpabilité, de l'angoisse de castration sont indescriptibles, très souvent le patient lui-même sait l'impossible de telles prescriptions ou encore comment une psychologue femme s'engage à relaxer un névrosé dans le désir et incontrôlable destructeur, on laisse le lecteur imaginer de ce qui peut se passer dans la tête et dans le corps de cet homme allongé par une femme qui parle (d'une voix douce et maternelle), la porte fermée dans une société où ce type de relations induit toujours une présence diabolique du désir, certains patients vivent passivement et en séance ces situations de difficultés extrêmes, comme une torture dont ils ne peuvent se défendre, d'autres fuir rapidement cette relation.

Appuyer la force de cette indication thérapeutique essentielle rappelle peut-être fait d'observation majeure déjà évoqué ailleurs (*textes sur les névroses et sur le système éducatif*, 1998), l'effet clinique les plus fortement observés dans les forces des positions et de fixation infantile chez nos névrosés ;

**a- l'algérien: un éternel enfant!**

Nous discutons ici des observations régulières constatées chez des patients qui

souffrent de troubles psychiques notre propos ne signifie pas que ces assertions soient valable 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 ces positions peuvent exister à des niveaux différents dans les deux cas

Plus de que nous connaissons théoriquement de ce que c'est la psychanalyse décrit sous le terme « l'enfant inconscient » présente 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 celle de l'adulte sont parfois une transparence et souffrance déconcertantes, on comprend dès lors pourquoi les autres interventions thérapeutiques restent relativement sans effet, nous faisons pratiquement un travail de maternage pour refaire le chemin raté avec les parents, les problèmes le contrôle de 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'éprouve 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 taches 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 par lui-même et pour lui-même.

La fragilité des modèles d'identification à l'absence de sécurité se conjugue à la culpabilité et l'éloignement à la fois désiré et redouté des groupes et des origines, la famille et le groupe social semble renforcer les conflits personnels et inconscients

au lieu de les amortir. Notons un autre fait inquiétant fragilité des lignées et du groupe familial, de nombreux membres d'une famille consultent chez l'un d'entre nous comme nous observons fréquemment les transmissions trans-générationnelles de conflits, des fragilités dans la psychothérapie comme l'indique l'autre point fondamental de nos observations cliniques l'algérien tombe dans tous les sens de termes, au moment de faire un pas important vers l'adulte.

En effet, pratiquement tous les sujets qui consultent échouent leur demande en terminale soit dans leurs études, soit dans leur équilibre personnel.

***b- la terminale : moment par excellence de décompensation***

Ce fait et celui qui nous permet le mieux de mettre en relief le potentiel destructeur des conditions générales de passage de l'enfant à l'adulte, la société et le bien connu de l'adolescence présente une période de réorganisation personnelle et des conflits essentiels de l'enfant c'est à cette période se rejoue le destin de l'identité personnelle et sexuelle.

L'adolescent doit renoncer quelque peu à ses positions imposées et mettre un pied dans le monde de l'adulte. Pratiquement que les patients connaissent à ce moment-là des moments de crise importants qui bousculent sensiblement leur santé mentale et ou leurs résultats scolaires, pratiquement tout échoue à leur bac au moment au moins une fois, y compris quand ils ont été brillants, celle 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 tranche d'âge constitue d'ailleurs la meilleure indication de psychothérapie, Nous décrivons ici une observation générale on peut évoquer les

patients dans la souffrance est très lointaine, dont la première enfance ou à la puberté. Nous observons régulièrement le caractère automatique des autres périodes de mutation notamment l'entrée à l'école lors des différents passages à la fin des études.

Dans ces cas aussi les adultes ne constituent pas une source de sécurité et le méconnaissent souvent la portée de tels changements et ne préparent pas l'enfant à les passer avec moins de souffrance.

*Si Moussi* affirme que cette réflexion c'est une expérience d'une pratique difficile de la psychothérapie psychanalytique en Algérie, les observations reportées ne peuvent être que partielle voire partielle tant La réalité est plus complexe et difficilement objectivable. Les démarches techniques et méthodologiques ne peuvent être que plus réelles et variables elles semblent indispensables de réfléchir et de définir leur 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 visibles et contrôlés. ce type de rencontres concourent à définir cette visibilité c'est à ce prix que nous pouvons passer d'un travail personnel et atomisé à des modèles scientifiques et techniques plus structurants, à côté des réunions scientifiques qui permettent de situer chacun de crier des liens d'échanges et de collaboration, la formation continue paraît incontournable, nous avons créé pour notre pas un réseau de spécialistes(psychologue, 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 est la coexistence certainement des choses que nous devons développer.

Beaucoup d'entre nous fonctionnent comme si les modèles de pensées et d'intervention sur la réalité sont exclusifs, les rivalités de modèles de pensées et de lecture scientifique 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. (Cité par. **SLANCOM, 2004, PP.113-136**)

## ***Conclusion***

Ce cours offre une exploration approfondie des fondements de la psychanalyse freudienne classique, en exposant ses principes théoriques, ses techniques et ses objectifs. Il permet également de découvrir les principales psychothérapies d'inspiration psychanalytique, en se concentrant sur l'approche individuelle d'**Adler** et analytique de **Jung**, ainsi que sur le psychodrame analytique de **Didier Anzieu** et al, dont les étapes et les applications sont discutées. L'enrichissement de ces concepts dans le contexte clinique algérien est particulièrement pertinent, abordant des questions spécifiques comme les problèmes du cadre thérapeutique, l'analyse de la demande et les pièges qui heurtent la relation thérapeutique. Enfin, le cours examine de manière critique les particularités et les défis auxquels les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont confrontées en Algérie, offrant ainsi aux étudiants et aux futurs praticiens un cadre théorique et pratique adapté au contexte algérien.

## Liste Bibliographique

1. Adler, A. (2013a). *La science de la vie (Psychology Revivals)*. Routledge.
2. Adler, A. (2013b). *Compréhension de la nature humaine (Psychology Revivals)*. Routledge.
3. Adler, A. Jelliffe, S. Ely. (1917). Étude de l'infériorité organique et de sa compensation psychique : Une contribution à la médecine clinique. New York : Nervous and Mental Disease Publishing Company.
4. Anzieu D. (1979). Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent. Paris : PUF,
5. Artmann SH. (1950) Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego, in Essays in Ego Psychology. New York, International Universities Press : 1964 : pp 113-141, Commentaires sur la théorie psychanalytique du moi. *Rev Fr Psychanal* 1967 ; 31 : 339-366
6. Brusset B. (1983). Comment le psychodrame peut-il être et rester psychanalytique. *Adolescence* ; 1 : 165-188
7. Cahen R et coll. (1973). "Ma vie" Souvenirs, rêves et pensées de C.G. Jung, Folio, édition Gallimard,
8. Capuzzi, D. & Stauffer, M. D. (2016). *Conseil et psychothérapie : Théories et interventions*. Allemagne : Wiley.
9. Chabert C. (1987). Transfert et latéralisation du transfert. *Adolescence*; 5 : 253-260
10. Chabert C. (1995). Scènes d'enfance. In : Adolescence : Psychodrame. Paris : Bayard,: 79 92
11. Chabert C. (1997). Le processus analytique dans le psychodrame d'adolescentes présentant de graves troubles des conduites alimentaires. Conférence à la Société parisienne d'aide à la santé mentale *Psychiatr Enf* ; 40 : 399-417
12. Davrou Y. (1995). Introduction à la lecture de C. G. Jung, édition Georg, .) Deutschmeister L. (2003). Essai d'exploration de l'inconscient, C. G. Jung Folio édition Robert Laffont,
13. Donn L. (1995). Freud et Jung. De l'amitié à la rupture, Presses Universitaires de France, Paris.
14. Daymas S. (1995). Une difficulté du psychodrame. In : Adolescence : Psychodrame, Paris : Bayard,: 73-78
15. Fechner GT. (1889). Elemente der Psychophysik. *Aufl*
16. Fordham F. (2003), Introduction à la psychologie de Jung, édition Georg
17. Le Lay Y. (1993). Métamorphoses de l'âme et ses symboles, édition Georg, Le Livre de Poche .
18. Freud S. (1891) Contribution à la conception des aphasies. Paris : PUF, 1983
19. Freud S. (1900) L'interprétation des rêves. Paris : PUF, 1967
20. Freud S. (1905) Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora, in Cinq psychanalyses. Paris : PUF, 1954 : pp 1-91
21. Freud S. (1909) Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (l'Homme aux rats), in Cinq psychanalyses. Paris : PUF, 1954 : pp 199-263
22. Freud S. (1911) Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques, in Résultats, Idées, Problèmes. Paris : PUF, 1984 tome 1 : pp 135-145

23. Freud S. (1911) Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de psychanalyse, in Cinq Psychanalyses. Paris : PUF, 1954 : pp 263-324
24. Freud S. (1912) Totem et tabou, in Petite Bibliothèque. Paris : Payot, 1965
25. Freud S. (1912) La dynamique du transfert, in La technique psychanalytique. Paris : PUF, 1977 : pp 50-61
26. Freud S. (1914) Pour introduire le narcissisme, in La vie sexuelle. Paris : PUF, 1969 : pp 81-105
27. Freud S. (1914) Remémoration, répétition, perlaboration, in La technique psychanalytique. Paris : PUF, 1977 : pp 105-116
28. Freud S. (1915) Observations sur l'amour de transfert, in La technique psychanalytique. Paris : PUF, 1977 : pp 116-131
29. Freud S. (1915) pulsions et destins des pulsions, in Métapsychologie. Paris : collection Idées, Gallimard, 1978 : pp 11-44
30. Freud S. (1915) L'inconscient, in Métapsychologie. Paris : collection Idées, Gallimard, 1978 : pp 65-123
31. Freud S. (1915) Deuil et mélancolie, in Métapsychologie. Paris : collection Idées, Gallimard, 1978 : pp 147-174
32. Freud S. (1920) Au-delà du principe de plaisir, in Essais de Psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque, Payot, 1981 : pp 7-82
33. Freud S. (1921) Psychologie collective et analyse du Moi, in Essais de Psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque, Payot, 1981 : pp 83-176
34. Freud S. (1923a) Le Moi et le Ça, in Essais de Psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque, Payot, 1981 : pp 177-234
35. Freud S. (1925) Note sur le Bloc-notes magique, in Résultats, Idées, problèmes II. Paris : PUF, 1985 : pp 119-125
36. Freud S. (1926) Inhibition, symptôme, angoisse, Paris : PUF, 1978
37. Freud S. (1932) Nouvelles conférences sur la psychanalyse. Paris : Gallimard, 1984
38. Freud S. (1938) Abrégé de Psychanalyse. Paris : PUF, 1978
39. Freud S, Breuer J. (1895) Etudes sur l'hystérie. Paris : PUF, 1978
40. Freud S. (1953) la technique psychanalytique. Paris : PUF, 2007
41. Frismand J. Une cure d'anorexie mentale. In : Adolescence : Psychodrame. Paris : Bayard, 1995 : 105-116
42. Gillibert J. (1985) Le psychodrame de la psychanalyse. Paris : Champ-Vallon,
43. Gillibert J. (1995) Le psychodrame dans une de ses finalités : le roman théâtral. In : Adolescence : Psychodrame. Paris : Bayard, 21-29
44. Gillibert J. (1991) Le psychodrame originaire. Monographie. Les cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie; n° 1
45. Green A. (1991). Après-coup, l'archaïque. *Nouv Rev Psychanal* 1982 ; 26 : 195-215
46. Hartmann SH. (1950) Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego, in Essays in Ego Psychology. New York, International Universities Press : 1964 : pp 113-141, Commentaires sur la théorie psychanalytique du moi. *Rev Fr Psychanal* 1967 ; 31 : 339-366
47. Heimann P. (1949) A propos du contre-transfert, in le Contretransfert. Navarin, 1987 :

pp 23-30

48. Jeammet P, Kestemberg E.(1993). Le psychodrame psychanalytique à l'adolescence. *Adolescence* ; 1 : 147-163
49. Kestemberg E, Jeammet P. (1987). Le psychodrame psychanalytique. *Que Sais-Je ?* Paris : PUF, 1-127
50. Klein M. (1952) .Développements de la psychanalyse. Paris : PUF, 1966
51. Lacan J. (1960-61) .le transfert et la pulsion, in Le séminaire, Le transfert, Livre VIII. Paris : Seuil, 1991
52. Lacan J. (1964) Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, Le séminaire, Livre XI Paris : Seuil, 1973 : pp 113-182
53. Lacan J. (1972-73) Encore, Le séminaire, Livre XX. Paris : Seuil, 1975
54. Lagache D. (1952) Le transfert et autres travaux psychanalytiques, Oeuvres III. Paris : PUF, 1980 : pp 1-114
55. Laplanche J. (1986). De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée. *Etudes Freudianes* ; 27 : 7-27
56. Laplanche J. (1987). Le baquet, transcendance du transfert. *Problématiques* V. Paris : PUF,
57. Laplanche J.(1987). Nouveaux fondements pour la psychanalyse. Paris : PUF,
58. Laplanche J. Pontalis JB. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : PUF,
59. Lazarsfeld, S. (1966). Le courage de l'imperfection. *American Journal of Individual Psychology*, 22 (2).
60. Lebovici S, Diatkine R, Kestemberg E. (1952). Bilan de 10 ans de thérapeutique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatr Enf* ; 1 : 63-179
61. Macalpine I. (1950) The development of transference, tr. fr. L'évolution du transfert. *Rev Fr Psychanal* 1972 ; 36 : 443-474
62. Miller, R. & Dillman Taylor, D. (2016). La théorie adlérienne résiste-t-elle à l'épreuve du temps ? Examiner la psychologie individuelle d'un point de vue neuroscientifique. *The Journal of Humanistic Counseling*, 55 : 11-128. doi:10.1002/john.12028
63. Moreno JL. (1965). Psychothérapie de groupe et psychodrame. Paris : PUF,
64. Mosak, H. H., Maniaci, M., Maniaci, M. P. (1999). *Un abécédaire de la psychologie adlérienne : La psychologie analytique, comportementale et cognitive d'Alfred Adler*. Royaume-Uni : Brunner/Mazel.
65. Neyraut M. (1974). Le transfert, étude psychanalytique. Collection Le fil rouge. Paris : PUF,
66. Parnet H et Cahen R. (2004). Psychologie et alchimie, de C.G.Jung, édition Buchet/Chastel
67. Pontalis JB. (1977). Le mort et le vif entrelacés, in Entre le rêve et la douleur. Paris : Gallimard,
68. Pontalis JB. (1990). La force d'attraction. Collection la librairie du XX<sup>e</sup> siècle. Paris : Seuil,
69. Perron, R. (1998). Le psychologue clinicien: consultations et prise en charge in revue SARPA, Alger.
70. Si Moussi, A. (2002), névroses et transferts, les problèmes du cadre, actes du colloque

organisé par l'association de psychologie d'Alger, tenu le 8 et 9 avril à (APA Alger), 2001.

71. Stein, H. T. & Edwards, M. E. (2002). Adlerian psychotherapy. In Herson, M. & Sledge, M. H. (1st Ed.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (Vol. 1, pp. 23-31). Pays-Bas : Elsevier Science.
72. Widlöcher D. (1984). Le psychanalyste devant les problèmes de classification. *Confront Psychiatr* ; 24 : 141-157
73. Winnicott DW. (1947) La haine dans le contre-transfert, in De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1987 : pp 48-58
74. White, W. A. (1917). Les théories de Freud, Jung et Adler : III. Le concept adlérien des névroses. *The Journal of Abnormal Psychology*, 12 (3), 168.