

1. Introduction générale aux psychothérapies

Définitions fondamentales

1.1- La Psychothérapie :

Selon le vocabulaire de la psychanalyse : « A) Au sens large, toute méthode de traitement des troubles psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade : l'hypnose, la suggestion, la rééducation psychologique, la persuasion, etc. ; en ce sens, la psychanalyse est une forme de psychothérapie.

B) Dans un sens plus étroit, la psychanalyse est souvent opposée aux diverses formes de psychothérapie, ceci pour toute une série de raisons, notamment : la fonction majeure de l'interprétation du conflit inconscient, l'analyse du transfert tendant à la résolution de celui-ci.

C) Sous le nom de « psychothérapie analytique », on entend une forme de psychothérapie qui s'appuie sur les principes théoriques et techniques de la psychanalyse, sans cependant réaliser les conditions d'une cure psychanalytique rigoureuse. (Laplanche et Pontalis, 1981, P.681)

Selon Freud cité par Roussillon (2008), « la psychanalyse est aussi une psychothérapie, même si elle n'est pas que cela » (p. 66). L'opposition fondamentale ne passe pas entre psychanalyse et psychothérapie, mais entre « la psychanalyse et la suggestion, et les pratiques fondées sur la suggestion » (Roussillon, 2008, p. 66). Freud utilisait d'ailleurs à plusieurs reprises l'expression « psychothérapie psychanalytique » pour désigner ce que l'on nomme aujourd'hui « la psychanalyse » (Roussillon, 2008).

Nous constatons que la P.I.P est : « *un processus relationnel structuré par le transfert, dans lequel le sujet est invité, par l'interprétation des formations de l'inconscient (rêves, lapsus, symptômes, résistances), à élaborer les conflits refoulés qui organisent sa souffrance, non pour éliminer les symptômes, mais pour transformer son rapport à son désir inconscient.* » (Gaci, 2025 p. 39). Cette définition souligne que la PIP n'est pas une « psychanalyse réduite » mais une adaptation clinique fondée sur le même corpus théorique.

1.2- L'intervention psychologique désigne l'ensemble des démarches professionnelles, structurées et intentionnelles, mises en œuvre par un psychologue en vue d'évaluer, prévenir, traiter ou accompagner des difficultés psychiques, comportementales ou relationnelles. Elle s'appuie sur des cadres théoriques reconnus et des méthodologies fondées à la fois sur les données de la recherche scientifique et sur l'expérience clinique (American Psychological Association, 2017 ; Lambert, 2013).

Elle s'inscrit dans un processus dynamique comprenant l'analyse de la demande, l'évaluation clinique, la formulation d'hypothèses explicatives, la définition d'objectifs et la mise en œuvre de techniques adaptées au fonctionnement du sujet et à son contexte.

L'intervention peut concerner des troubles psychopathologiques (anxiété, dépression, troubles de l'adaptation), mais également des situations de vulnérabilité ou de transition développementale, telles que les crises identitaires à l'adolescence, l'ajustement à une maladie chronique ou les conflits familiaux.

Au-delà de la réduction symptomatique, elle vise à soutenir les capacités de symbolisation, d'élaboration psychique et d'autonomie du sujet, dans le respect du cadre éthique et déontologique de la profession (Lagache, 1949 ; Anzieu, 1985).

1.3- Le counseling et la psychothérapie constituent deux modalités d'intervention psychologique distinctes mais partiellement complémentaires, différenciées principalement par leurs objectifs, leur profondeur et leur cadre clinique. Le counseling se définit comme une relation d'aide structurée, généralement brève, centrée sur les difficultés actuelles d'adaptation et la mobilisation des ressources conscientes du sujet, dans une perspective essentiellement développementale et humaniste, héritée notamment des travaux de Rogers (1951, 1957), où l'alliance, l'empathie et la congruence du praticien jouent un rôle central. À l'inverse, la psychothérapie vise une transformation plus durable du fonctionnement psychique, s'inscrivant dans un cadre technique précis et reposant sur un modèle théorique explicatif de la psychopathologie ; elle implique un travail approfondi sur les processus intrapsychiques, les conflits inconscients, les mécanismes de défense et les modalités relationnelles répétitives, comme l'ont montré les approches psychanalytiques classiques et contemporaines (Freud, 1916-1917/2010 ; Laplanche & Pontalis, 1967). Les recherches contemporaines en psychologie clinique soulignent que, si le counseling est particulièrement indiqué pour des problématiques situationnelles ou transitoires, la psychothérapie est davantage adaptée aux souffrances psychiques structurées et persistantes, nécessitant un remaniement du fonctionnement psychique au-delà du simple soutien (Wampold & Imel, 2015 ; Corey, 2017).

Fondements et principes généraux

Fondements des psychothérapies psychanalytiques

1. Le concept d'inconscient

La psychanalyse repose sur l'existence d'un inconscient structuré, porteur de désirs, conflits et traumatismes refoulés (Freud, 1915/1966 ; Laplanche & Pontalis, 1968). Les symptômes, comportements et rêves sont considérés comme des manifestations de cet inconscient, souvent déguisés par des mécanismes de défense. L'objectif de la psychothérapie psychanalytique est de rendre ces contenus accessibles à la conscience du patient pour favoriser la compréhension et le changement psychique.

2. Le transfert et le contre-transfert

Le **transfert** est la projection des émotions et des relations passées sur le thérapeute, constituant à la fois un obstacle et un outil thérapeutique (Freud, 1912/1966 ; Roussillon, 2008). Le **contre-transfert**, la réaction émotionnelle du thérapeute face au patient, est également exploité pour comprendre les dynamiques inconscientes et ajuster l'intervention thérapeutique (Cahn, 2008).

3. Le rôle du refoulement et des mécanismes de défense

Les psychothérapies psychanalytiques considèrent que les conflits psychiques sont souvent maintenus hors de la conscience par des défenses telles que le refoulement, le déni ou la projection (Freud, 1923/1966). L'analyse de ces mécanismes permet de comprendre le sens des symptômes et de favoriser l'intégration psychique.

4. Le cadre analytique

La structure et la constance du cadre thérapeutique (durée, fréquence des séances, divan ou face-à-face) (*voir les prochaines leçons sur les problèmes du cadre*) sont fondamentales pour instaurer un espace sécurisant permettant l'émergence du transfert et l'exploration du psychisme (Roussillon, 2008 ; Golse, 2008).

5. L'association libre et le matériel verbal

La méthode psychanalytique repose sur l'invitation au patient à exprimer toutes ses pensées, sans censure, afin de révéler les processus inconscients (Laplanche, 2008 ; Sédat, 2008). Les paroles, lapsus, rêves et actes manqués constituent le matériau à partir duquel le thérapeute élabore l'interprétation.

Principes généraux des psychothérapies psychanalytiques

1. Exploration de l'inconscient

Toute intervention vise à rendre consciente la dynamique psychique inconsciente, en respectant le rythme et la résistance du patient (Freud, 1915 ; Laplanche & Pontalis, 1968).

2. Neutralité et abstinence

Le thérapeute adopte une position neutre et abstinent, évitant d'imposer ses propres désirs ou jugements, pour permettre au transfert de se manifester pleinement et être analysé (Roussillon, 2008).

3. Temporalité et rythme thérapeutique

Les séances régulières et fréquentes (souvent plusieurs fois par semaine) facilitent l'émergence et l'analyse des répétitions inconscientes, garantissant la continuité du travail analytique (Freud, 1913/1966).

4. **Interprétation et timing**

Les interventions interprétatives ne sont pas systématiques mais dépendent du moment où le patient peut recevoir et comprendre l'information. L'interprétation vise à relier symptômes, comportements et associations libres à des conflits inconscients (Aisenstein, 2008 ; Laplanche, 2008).

5. **Finalité thérapeutique : compréhension et symbolisation**

L'objectif n'est pas seulement la disparition des symptômes, mais une **transformation de la structure psychique** par l'élaboration et la symbolisation des expériences affectives inconscientes, favorisant la maturation du moi et l'intégration des désirs conflictuels (Freud, 1915 ; Roussillon, 2008).