

Psychothérapie psychodynamique
Les concepts fondamentaux

Psychothérapie psychodynamique

Les concepts fondamentaux

Glen O. Gabbard, M.D.

Brown Foundation Chair of Psychoanalysis

Professor of Psychiatry

Director of Psychotherapy Education

Director, Baylor Psychiatric Clinic

Baylor College of Medicine

Houston, Texas, États-Unis d'Amérique

Joint Editor-in Chief

International Journal of Psychoanalysis

Coordination scientifique de l'édition française

Marc-Antoine Crocq

Traduit de l'américain par

Alexis Etienne Boehrer

Préface à l'édition française

Julien-Daniel Guelfi



ELSEVIER
MASSON

Glen O. Gabbard, M.D., Brown Foundation Chair of Psychoanalysis ; Professor of Psychiatry ; Director of Psychotherapy Education ; Director, Baylor Psychiatric Clinic, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, États-Unis d'Amérique ; Joint Editor-in Chief, *International Journal of Psychoanalysis*

Marc-Antoine Crocq, psychiatre, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Rouffach, France ; Centre d'Accueil Médico-psychologique, Université de Haute-Alsace ; Maison des Adolescents du Haut-Rhin, Mulhouse, France

Alexis Etienne Boehrer, psychologue clinicien, Centre d'Accueil Médico-psychologique, Université de Haute Alsace, Mulhouse, France ; Centre Hospitalier de Rouffach, France

Julien-Daniel Guelfi, professeur émérite de l'Université Paris-Descartes, praticien attaché, Service du Pr. F. Rouillon, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C., USA and London, UK.

Copyright 2004. All rights reserved.

La version originale, Long-term Psychodynamic Psychotherapy, A basic text (ISBN 978-1-58562-144-6), a été publiée par American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, États-Unis d'Amérique et Londres, Royaume-Uni

© 2004. All rights reserved.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés pour la traduction française
62, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux cédex, France
www.elsevier-masson.fr

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any other electronic means, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Photocomposition : Thomson Digital (Mauritius) Ltd., Cyber City, Mauritius
Imprimé aux Pays-Bas par Ten Brink, 7940 KC Meppel

Dépôt légal : janvier 2010
ISBN : 978-2-294-70805-3

PRÉFACE DE L'ÉDITION FRANÇAISE

J'ai rencontré pour la première fois, il y a une dizaine d'années, Glen Gabbard lors d'un congrès annuels de l'Association américaine de psychiatrie.

Avec mon ami Bertrand Hanin qui le connaissait déjà, nous avons alors, tous deux, été impressionnés par la simplicité, par l'ouverture d'esprit et par le professionnalisme de ce praticien, même lorsqu'il rapportait de façon anecdotique et légère, en quelques phrases à visée illustrative et pédagogique, ce que l'on appelle aujourd'hui de « courtes vignettes cliniques ».

Très éloigné de l'image classique du psychanalyste neutre, distant, froid même, Glen Gabbard paraissait toujours désireux de connaître le point de vue de l'autre, du psychiatre européen, psychanalyste ou non, de la même école théorique de psychanalyse que lui ou pas.

Ce psychiatre avait déjà publié à l'époque plusieurs livres et maints articles, seul ou avec d'autres auteurs connus dans la littérature psychiatrique américaine portant sur la psychanalyse et la psychiatrie ou sur les troubles de la personnalité, comme J. Gunderson, P. Crits-Christoph, D. Westen, E. Lester ou S.M. Wilkinson.

Enfin, il s'était officiellement déclaré partisan d'une démarche évaluative dans le champ des psychothérapies et de la psychanalyse, ce qui avait définitivement contribué à nous le rendre très sympathique.

Cet ouvrage, aujourd'hui traduit par Alexis Etienne Boehrer et Marc-Antoine Crocq, m'avait enthousiasmé lorsque j'avais parcouru sa version originale il y a deux ans. Son propos facilement accessible, son vocabulaire moderne, ses développements de divers concepts clés de la psychanalyse actuelle sont en effet rédigés avec une clarté tout à fait inhabituelle dans cette littérature spécialisée.

Dans son chapitre introductif sur les concepts clés, Glen Gabbard rappelle que la psychothérapie psychodynamique dérive certes de la psychanalyse freudienne, mais qu'elle a bénéficié de plusieurs apports conceptuels depuis Freud comme la psychologie de l'ego des conflits inconscients (Kohut), la psychologie du self, le développement des connaissances sur la psychologie féminine, les théories relationnelles, constructivistes et de l'attachement de Bowlby, approches qui ont donné naissance aux notions de fonction réflexive et de « mentalisation » (Fonagy). Un autre apport de ce dernier auteur réside dans la notion de représentations inconscientes des relations interpersonnelles dont la

valeur heuristique a été récemment soulignée par plusieurs théoriciens de la psychanalyse.

D'autres concepts psychanalytiques ont notablement évolué au cours des dernières années. Il en est ainsi des « défenses du Moi » qui ne sont plus limitées à des mécanismes de défense contre l'angoisse mais recouvrent aussi les procédés qui servent à préserver l'estime de soi, à assurer un minimum de sécurité face aux menaces qui nous entourent, notamment la douleur morale ou la peur de l'abandon. La connaissance même de certaines défenses s'est affinée, celle de l'identification projective entre autres, particulièrement dans la littérature anglo-saxonne, sous l'influence des travaux de M. Klein et des spécialistes américains de la psychologie de l'ego.

Après l'exposé des concepts clés, Glen Gabbard nous entraîne sur le terrain des modalités d'évaluation de la technique, sur celui des formulations psychodynamiques, sur celui des indications de la psychothérapie psychodynamique, ensuite sur les modalités pratiques de la psychothérapie, sur les différents types d'interventions du thérapeute, sur les objectifs poursuivis, sur les modalités du travail avec les nombreuses et inévitables résistances au changement, et enfin sur l'utilisation du rêve et des fantasmes et celle du contre-transfert. L'ouvrage se termine avec la fin de la thérapie, l'issue de la prise en charge, et la supervision.

Plusieurs aspects originaux de la psychothérapie psychodynamique sont développés dans ce livre. Il en est ainsi :

- dans l'évaluation psychodynamique : de l'appréciation de la capacité du patient à utiliser la fonction réflexive ;
- dans le déroulement même de la thérapie : des modalités d'installation de l'alliance thérapeutique, de la formulation des objectifs, de l'intérêt, dans nombre de cas, d'une « phase d'essai » de trois mois, des questions autour des limites nécessaires et du cadre thérapeutique ;
- dans les interventions thérapeutiques : du degré très variable d'interventionnisme de la part du thérapeute, qu'il s'agisse de ses interventions interprétatives, toujours prudentes, à un moment choisi de façon a priori optimale ou de ses nombreuses interventions non interprétatives ;
- dans la formulation des buts thérapeutiques : des cibles visées, des stratégies destinées à favoriser le changement et à vaincre les résistances, de l'utilisation des rêves et des fantasmes, du maniement de l'identification projective et de la mise en acte du contre-transfert.

Glen Gabbard accorde une importance toute particulière à la per-laboration. Celle-ci est le processus engendrant les changements qui conduisent à la fin de la thérapie. Elle consiste en une interprétation et une clarification des schémas répétitifs de la vie du patient. Les cas dans lesquels les capacités de mentalisation sont accrues à l'issue du traitement sont abordés, comme ceux, moins favorables, où la thérapie

débouche sur une impasse (dont les traductions cliniques sont variées) ou encore ceux où une thérapie « à perpétuité » paraît être la moins mauvaise solution.

Le dernier chapitre, sur l'évaluation des compétences du thérapeute psychodynamique, a une importance majeure ; celle-ci est susceptible, en fait, de s'appliquer à l'ensemble des techniques à prétention psychodynamique.

Glen Gabbard y parcourt successivement les principaux domaines des connaissances, des compétences et des attitudes que doivent acquérir les candidats thérapeutes. Les attitudes à considérer en premier lieu sont celles qui ressortissent de l'empathie, de l'ouverture, de la persévérance, de la retenue du thérapeute et de son éthique.

Mais, pour que le candidat suffisamment formé sur le plan théorique puisse disposer d'une compétence optimale, sa formation pratique, débutée en deuxième année de formation, doit, selon Glen Gabbard, se poursuivre durant les troisième et quatrième années, sous supervision hebdomadaire. L'évaluation de ces acquisitions fait appel à divers procédés ayant chacun des avantages et des limites : rédaction de cas, formulations psychodynamiques, entretiens enregistrés audio et vidéo, supervision. Cette dernière technique est celle qui offre la meilleure garantie pour vérifier la compétence des thérapeutes. Elle n'est en rien une solution de facilité. Il s'agit en effet d'un processus long, qui implique, comme dans les thérapies, des contraintes, de la disponibilité et qui comprend aussi des risques, notamment ceux de transgression des règles.

Au-delà de la technique propre des psychothérapies psychodynamiques, ce livre s'adresse à tous les professionnels qui ambitionnent d'assumer des fonctions de psychothérapeute. De nombreuses règles qu'il contient doivent s'appliquer en effet à l'ensemble des psychothérapies.

Dans notre pays, où les résistances à l'évaluation sont encore vives, qu'il s'agisse de l'évaluation des patients, mais plus encore, de celle des pratiques thérapeutiques et de l'évaluation des thérapeutes eux-mêmes, ce livre, en nous indiquant le bon chemin, ne peut avoir que des effets salutaires !

Que son auteur en soit vivement remercié !

J.-D. Guelfi
Professeur émérite de Paris Descartes
Praticien attaché, service du Pr F. Rouillon
Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

« Compétences Fondamentales en Psychothérapie¹ »

Glen O. Gabbard, M.D., *Series Editor*

*Brown Foundation Chair of Psychoanalysis and
Professor of Psychiatry
Director of Psychotherapy Education
Director, Baylor Psychiatry Chair
Baylor College of Medicine
Houston, Texas, États-Unis d'Amérique*

Face au progrès extraordinaire dans les neurosciences et en psychopharmacologie ces dernières années, certains programmes de formation en psychiatrie ont négligé la formation en psychothérapie. Beaucoup d'internes et de formateurs se plaignent que « l'esprit » est oublié avec l'accent croissant accordé aux fondements biologiques des maladies mentales et avec la prépondérance actuelle des traitements biologiques comme stratégie essentielle en psychiatrie. Ce changement d'orientation a été accentué par notre pratique habituelle de « scinder » la prise en charge dans notre ère de régulation du remboursement des soins, le rôle du psychiatre se limitant souvent à voir le patient pour une consultation brève visant à équilibrer le traitement médicamenteux, alors que la psychothérapie est assurée par un professionnel de la santé mentale d'une autre discipline. Ce changement d'orientation a entraîné des préoccupations considérables chez les formateurs en psychiatrie et chez les bénéficiaires des formations : les internes eux-mêmes.

Cependant, l'importance de la psychothérapie dans le cursus des psychiatres a récemment été réaffirmée, en raison du mouvement généralisé visant à définir des compétences fondamentales dans toutes les spécialités médicales. En 1999, l'Accreditation Council for Graduate Medical

1. Le présent ouvrage, Psychothérapie psychodynamique, fait partie dans son édition originale de la collection « Core Competencies in Psychotherapy » (« Compétences Fondamentales en Psychothérapie ») publiée par American Psychiatric Publishing, Inc. (NdT)

Education (ACGME ; le comité responsable de l'accréditation des programmes de formations suivis après l'obtention du titre de docteur en médecine aux États-Unis) et l'American Board of Medical Specialties (ABMS ; l'organisme américain chargé de définir les critères d'évaluation et de certification des médecins) ont reconnu qu'un ensemble de principes organisés sont nécessaires pour évaluer les compétences dans la formation médicale. Ces six principes – le soin apporté au patient, la connaissance médicale, les compétences relationnelles et dans la communication, l'apprentissage fondé sur la pratique et la recherche d'amélioration, le professionnalisme, la pratique dans un système de soins – sont désignés collectivement comme les *compétences fondamentales* dans le cursus médical.

Ce mouvement au sein de la formation médicale est une conséquence directe d'un mouvement plus large initié par le ministère de l'Éducation américain il y a environ 20 ans. Tous les projets d'apprentissage, notamment ceux comprenant l'accréditation, ont eu à développer des outils d'évaluation des résultats. Ceux destinés à la formation des médecins n'ont pas échappé à la règle.

Comme toutes les spécialités médicales, la psychiatrie a profité de l'occasion pour essayer de traduire la notion de compétences fondamentales en termes psychiatriques ayant du sens. L'ambiguïté inhérente à un terme comme celui de compétence a suscité beaucoup de discussions parmi les formateurs en psychiatrie. Le terme signifie-t-il que les praticiens sont suffisamment compétents pour que l'on n'hésite pas à leur adresser un membre de sa propre famille ? Ou le terme implique-t-il la maîtrise des connaissances fondamentales et une expérience suffisante garantissant un certain degré de sécurité ? Ces questions ne sont pas encore pleinement résolues. La compréhension élémentaire de ce que l'on entend par compétences va évoluer dans les prochaines années, au fur et à mesure que les différents corps au sein de la médecine et de la psychiatrie s'efforceront de définir des critères raisonnables pour la formation.

Ainsi, en juillet 2002, le Psychiatry Residency Review Committee (Comité de supervision de l'enseignement pour les internes en psychiatrie) a ordonné que tous les programmes de formation des internes en psychiatrie commencent à mettre en pratique les six compétences fondamentales dans le cursus clinique et théorique. Les programmes ne suivant pas ces critères recevront une évaluation négative quand ils seront soumis à des visites d'accréditation. Ces préconisations requièrent également de la part des directeurs de formation de développer des moyens plus modernes d'évaluation des progrès et des apprentissages des internes dans leur programme de formation.

Dans le cadre de l'adaptation des compétences fondamentales à la psychiatrie, le Psychiatry Residency Review Committee estime que des

compétences suffisantes dans cinq formes différentes de psychothérapie – psychothérapie psychodynamique, psychothérapie de soutien, psychothérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie brève, et psychothérapie associée à un traitement psychotrope – devraient être des objectifs pour une bonne formation psychiatrique destinée à tous les internes.

Beaucoup de programmes de formation ont dû s'affairer pour trouver des enseignants bien formés pour ces critères et des supports d'enseignement facilitant le processus d'apprentissage. L'American Psychiatric Publishing a estimé que la publication de textes fondamentaux dans chacun des cinq domaines préconisés serait très intéressante pour les programmes de formation. Ainsi, en 2002, le Dr Robert Hales, rédacteur en chef de l'American Psychiatric Publishing, m'a demandé d'être le coordinateur d'une nouvelle collection de cinq livres. Cette collection se nomme « Compétences Fondamentales en Psychothérapie » et se compose de cinq courts manuels regroupant des experts dans chacune de ces disciplines. Chaque volume décrit les principes clés de chaque pratique thérapeutique et suggère aussi les moyens d'évaluer si les internes ont été formés à un niveau suffisant de compétences dans chacune de ces thérapies. (Pour plus d'informations sur les livres de cette collection et leur disponibilité, consulter le site www.appi.org.)

Une expertise réelle en psychothérapie nécessite plusieurs années d'expérience, avec une supervision qualifiée pendant sa formation et par la suite. Cependant, les outils fondamentaux peuvent être appris pendant la formation durant l'internat, de sorte que les psychiatres fraîchement diplômés sont préparés pour assurer une prise en charge adaptée au large panel de patients qu'ils rencontrent.

Ces manuels sont des compléments précieux aux méthodes traditionnelles de formation en psychothérapie: la supervision, les cours magistraux, et l'expérience clinique avec une grande diversité de patients. Nous sommes confiants que la maîtrise des connaissances contenues dans ces cinq volumes constitue une étape majeure dans l'acquisition des compétences en psychothérapie et, finalement, une prise en charge pleine de compassion pour les patients qui viennent nous demander de l'aide.

INTRODUCTION

Ce premier manuel de psychothérapie répond à l'exigence formulée par le Psychiatry Residency Review Committee (Comité de supervision de l'enseignement pour les internes en psychiatrie) selon laquelle tous les internes en psychiatrie doivent être formés à la pratique de cinq types de psychothérapie. Cependant, je l'ai rédigé à l'attention d'un public plus large. Beaucoup d'autres professionnels liés à la santé mentale – futurs psychologues, travailleurs sociaux, conseillers et éducateurs qualifiés, infirmières, etc. – sont également inscrits dans des sessions d'apprentissage enseignant ces notions, et ils pourront trouver dans ce manuel des connaissances fondamentales très utiles. En effet, une grande partie de cet écrit provient de mes rencontres hebdomadaires avec des stagiaires de toutes les principales professions de santé mentale dans le cadre de présentations orales de cas cliniques au sein de la Baylor Psychiatry Clinic Case Conference. Chaque mercredi matin, un stagiaire en psychiatrie, en psychologie ou un travailleur social présente une situation clinique problématique rencontrée en psychothérapie qui sert de support d'enseignement des principes d'une technique thérapeutique. Plutôt que de répertorier les sujets à traiter, j'ai orienté l'étude des cas cliniques vers les difficultés auxquelles sont confrontés les stagiaires. Cette approche m'a beaucoup appris quant aux difficultés rencontrées couramment par les jeunes thérapeutes et à leurs besoins en tant qu'étudiants. J'ai essayé de rédiger ce livre en gardant ces difficultés à l'esprit afin que les jeunes professionnels trouvent dans ces cas cliniques et les principes théoriques illustrés par ces exemples une application directe dans leur expérience d'apprentissage. J'ai également rédigé ce manuel en ayant les directeurs de formation à l'esprit, en espérant qu'ils trouveront mes idées sur l'évaluation des compétences utiles pour leur propre programme d'enseignement.

Aucun texte court ne peut couvrir de façon exhaustive les principes d'une prise en charge complexe. J'ai donné un bref aperçu des principes théoriques dans le chapitre 1 (« Concepts clés »), assorti du conseil aux lecteurs de consulter mon manuel d'accompagnement, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3rd ed. (Gabbard, 2000), pour des discussions plus détaillées sur les principaux modèles théoriques en psychiatrie psychodynamique et sur les approches des troubles spécifiques. De la même manière, ce texte est destiné à être associé à un enseignement didactique et une supervision hebdomadaire. La psychothérapie psychodynamique est un art qui requiert une formation et une expérience intensives, et l'on ne peut espérer devenir compétent dans la pratique de cette prise en charge que grâce à ces méthodes complémentaires de formation.

Les contraintes liées au volume de ce livre excluent d'aborder la question des financements de la santé mentale ou celle des problèmes inhérents à la pratique de la psychothérapie psychodynamique dans une époque où le caractère privé de la relation thérapeutique est soumis au regard des organismes de remboursement des soins. Malgré la diminution des moyens alloués aux soins psychiatriques en général, un nombre conséquent de patients continuent de chercher une relation thérapeutique où ils se sentent compris dans l'intimité d'une relation professionnelle confidentielle. De plus, les principes appris dans la pratique de la thérapie dynamique – l'empathie, l'alliance thérapeutique, les significations inconscientes, le transfert, les résistances, et l'influence du contre-transfert du clinicien – sont plus généralement applicables à toutes les prises en charge en psychiatrie.

Bien que la thérapie dynamique puisse être dispensée en groupe, auprès de familles ou dans des thérapies de couple, ainsi qu'auprès d'enfants et d'adolescents, j'ai limité l'objet de ce livre au travail dynamique avec les adultes en thérapie individuelle. S'aventurer dans les autres dispositions est incompatible avec les contraintes de taille de cet ouvrage. J'ai également choisi de ne pas mentionner les discussions sur les associations entre le traitement médicamenteux et la psychothérapie car un autre manuel dans cette collection aborde ce sujet plus précisément.

Cependant, même avec des adultes en thérapie dynamique individuelle, les prises en charge sont très diverses. L'orientation théorique selon laquelle un thérapeute est formé détermine la manière dont il conceptualise les difficultés du patient et dont il met en œuvre les interventions thérapeutiques. De plus, la personnalité du thérapeute apporte une coloration personnelle sur la manière dont est conduite la thérapie. Par conséquent, il est impossible d'aborder toutes les approches de la psychothérapie psychodynamique dans un seul ouvrage. L'approche utilisée dans ce livre s'appuie sur différents modèles théoriques, reflétant le pluralisme actuel dans le domaine ainsi que ma propre synthèse de ces différents cadres conceptuels. La thérapie enseignée dans ce livre reflète également mon style personnel, qui a évolué depuis un quart de siècle de pratique au cours de laquelle j'ai appris beaucoup de mes essais et de mes erreurs. Certains lecteurs seront en désaccord avec la manière dont je fais les choses, et j'accepte pleinement ces différences légitimes de points de vue.

J'exprime tout particulièrement ma gratitude à mes collègues et étudiants de la Baylor Psychiatry Clinic qui ont quotidiennement alimenté mon enthousiasme pour l'enseignement et pour la prise en charge des patients. J'ai la chance de travailler dans un environnement de soutien mutuel, de bonne humeur, et d'attention tournée vers le patient comme règle quotidienne. Certains de mes collègues ont eu la gentillesse de

lire les premières versions de ce texte et de suggérer des améliorations précieuses. Il s'agit notamment des Dr Linda Andrews, Kristin Kassaw, Kim-Lan Czelusta et Jason Garvin. Je leur suis très reconnaissant de m'avoir indiqué certains oublis. Je souhaite également remercier certains de mes remarquables étudiants pour m'avoir fourni des illustrations cliniques présentes dans ce livre. Parmi ces contributeurs, nous trouvons les Dr Ali Ashgar-Ali, Faye Brown, Kim-Lan Czelusta, Estelle Cline, Theresa Lau, Rebecca Maxwell et Daniel Rogers. J'adresse aussi des remerciements particuliers à Bob Hales, rédacteur en chef de l'American Psychiatric Publishing, et à John McDuffie, directeur éditorial, pour leur soutien constant et pour leurs conseils avisés tout au long de l'élaboration de ce livre. Comme dans la plupart des projets d'écriture, celui-ci est le fruit de tout un travail d'équipe. Diane Trees Clay, mon assistante fiable et toujours optimiste, a tapé une grande partie de ce livre et a été une source de réconfort dans des moments de découragement.

Enfin, je voudrais exprimer ma gratitude envers mes patients, qui m'ont appris plus qu'aucun de mes professeurs ou collègues au fil des années. Je les remercie d'avoir toléré mes erreurs de tact, de jugement, de ponctualité et d'interprétation ainsi que pour leur patience pendant que j'apprenais l'art de la psychothérapie psychodynamique.

Référence

Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000

CHAPITRE 1

Concepts clés

Au cours de la dernière séance d'un suivi psychothérapeutique psychodynamique de 3 ans, le patient, un homme de 31 ans exerçant une profession libérale, était silencieux depuis quelques minutes. Puis il regarda son thérapeute et se mit à parler. « Il est difficile de vous dire ce que j'ai en tête aujourd'hui. Je vous suis tellement reconnaissant pour tout ce que vous avez fait. Je n'avais aucune idée de ce qui se passait en moi quand je suis venu vous voir pour la première fois. Tout ce que je savais, c'est que j'étais complètement perdu. Maintenant, pour la première fois de ma vie, je sais réellement qui je suis et ce que j'attends des autres. Je n'étais pas un patient facile. Je vous ai caché des choses pendant longtemps. J'ai joué avec vous pour éviter de me confronter à moi-même. Mais vous m'avez percé à jour, finalement. Vous avez été incroyablement patient et persévérant. Je ne pourrai pas vous remercier assez pour cela. Je vais vous dire quelque chose – même si vous avez peu parlé de vous, j'ai l'impression de vous connaître intimement, et je ne vous oublierai jamais. »

Dans cet échange poignant avec son thérapeute, un patient reconnaissant laisse entrevoir les raisons de la popularité persistante de la psychothérapie psychodynamique¹. La soif de comprendre, de « se connaître », persiste malgré l'encadrement actuel du remboursement des soins, le goût de notre société pour des solutions rapides et les remarquables progrès de la psychopharmacologie. On a beaucoup parlé aux États-Unis d'une enquête auprès des usagers, le Consumer Reports (« Mental Health », 1995), qui montre que la satisfaction des patients augmente d'autant plus que la thérapie dure dans le temps. Les patients étant en quête d'une connaissance profonde d'eux-mêmes sont prêts à payer la thérapie sur leurs deniers personnels, bien que le traitement dure souvent des années. La psychothérapie psychodynamique reste encore largement méconnue, malgré sa popularité persistante. De nombreuses idées fausses sont véhiculées, comme les suivantes :

1. Le terme de psychothérapie psychodynamique désigne dans ce livre des psychothérapies psychodynamiques longues (en anglais : « *long-term psychodynamic psychotherapy* »). Comme cette notion de durée est généralement implicite dans l'usage français, nous n'avons pas rajouté systématiquement le qualificatif « long » ou l'expression « à long terme » dans l'ouvrage. (NdT)

- Le psychothérapeute psychodynamique se tait presque toujours.
- Des avancées se produisent dans des moments cathartiques intenses quand un souvenir refoulé émerge soudainement.
- Ce genre de thérapie est focalisé sur la sexualité du patient.
- Toutes les réactions envers le thérapeute sont des déformations de la situation actuelle fondées sur des relations passées.
- La thérapie est à la fois sans fin et sans effet (un peu comme le traitement des personnages dans les films de Woody Allen).
- Le psychothérapeute conserve une expression énigmatique, impassible qui ne doit laisser entrevoir aucune réaction personnelle au patient.
- Le psychothérapeute n'exprime jamais une opinion indiquant un jugement sur ce que le patient est en train de dire.

Bien que la psychothérapie psychodynamique dérive de la psychanalyse, même Freud pratiquait d'une manière qui différait radicalement de ces clichés sur la thérapie psychodynamique. Les psychothérapeutes actuels sont plus susceptibles d'être activement engagés avec leur patient, d'avoir une empathie émotionnelle avec ses états affectifs, d'être loin d'une attitude passive ou impassible, de parler quand cela se révèle utile, et d'être conscients qu'ils contribuent à la perception que le patient a du thérapeute. Il ne leur arrive que rarement d'assister à des révélations dramatiques provenant d'un passé profondément enfoui.

Si nous cherchions à caractériser la psychothérapie psychodynamique contemporaine, nous pourrions utiliser la définition suivante : « Une thérapie qui implique une attention particulière à l'interaction entre le patient et le thérapeute, avec une interprétation en temps voulu des résistances et du transfert, fondée sur l'appréciation fine de la contribution du thérapeute à la relation duelle avec le patient » (Gunderson et Gabbard, 1999, p. 685). Les modèles conceptuels pour cette thérapie comprennent l'explication par la psychologie de l'ego des conflits de l'inconscient, la théorie des relations d'objet, la psychologie du self et la théorie de l'attachement.

Alors que la psychothérapie psychodynamique était autrefois exclusivement un processus non limité en durée, où la fin de suivi n'était pas définie, il existe aujourd'hui des thérapies limitées de 40 à 52 séances ayant des objectifs déterminés d'emblée mais qui utilisent malgré tout certains des principes de la psychothérapie psychodynamique (Barber et al., 1997 ; Svartberg et al., 2004 ; Winston et al., 1994). Dans une ère de régulation du remboursement des soins, où le nombre maximal de séances envisageables est de 8 à 12, des thérapies de 40 à 52 séances, limitées dans le temps, pourraient certainement être comprises dans cette large catégorie des traitements à long terme. Nous trouvons ainsi deux catégories : 1) prises en charge limitées dans le temps, où le nombre de séances est prédéterminé ; et 2) prises en charge

TABLEAU 1.1. Les principes de base de la psychothérapie psychodynamique

Une grande partie de la vie mentale est inconsciente.
 Les expériences infantiles, associées à des facteurs génétiques, façonnent l'adulte.
 Le transfert du patient sur le thérapeute est une source primaire de compréhension.
 Le contre-transfert du thérapeute fournit une compréhension valable de ce que le patient induit chez les autres.
 La résistance du patient au processus thérapeutique est un point central de la thérapie.
 Les symptômes et les comportements ont de multiples fonctions et sont déterminés par des forces complexes et souvent inconscientes.
 Un thérapeute « psychodynamique » aide le patient à atteindre un sentiment d'authenticité et de singularité.

non limitées dans le temps, où la thérapie s'achèvera naturellement. La définition des termes nous impose de fixer arbitrairement une limite. En toute conscience du côté arbitraire de ce choix, nous définirons dans ce livre que des thérapies à long terme comprennent plus de 24 séances ou s'étalent sur une durée de plus de 6 mois.

Un ensemble de théories fondamentales et de principes constituent les bases de la psychothérapie psychodynamique, et ceux-ci sont expliqués de manière exhaustive dans un manuel d'accompagnement, *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd ed. (Gabbard, 2000). Un aperçu rapide est proposé ici pour présenter les concepts de base et leurs implications théoriques (tableau 1.1).

Concepts clés de la psychothérapie psychodynamique

Fonctionnement mental inconscient

Bien que Freud n'ait pas découvert l'inconscient, il a élaboré une théorie et des techniques qui lui donnent une importance centrale. Cet accent mis sur la vie inconsciente reste au cœur de la psychanalyse et de la psychothérapie psychodynamique. Cependant, notre manière d'appréhender le fonctionnement de l'inconscient a considérablement évolué depuis les premiers écrits de Freud. Ce dernier s'était à l'origine focalisé sur le « modèle topique » de l'esprit, qui implique une hiérarchisation en couches des domaines du conscient, du préconscient et de l'inconscient. Bien que le matériel de l'inconscient ne puisse être amené facilement à la conscience, les contenus du préconscient peuvent être révélés par la simple focalisation de l'attention de l'individu. Une grande partie des écrits de Freud se concentre sur « l'inconscient », un réservoir contenant du matériel refoulé tenu à l'écart de la conscience car il crée des conflits. L'approche initiale de la psychanalyse selon Freud était d'essayer d'amener ce matériel inconscient à la surface, par-delà la barrière du

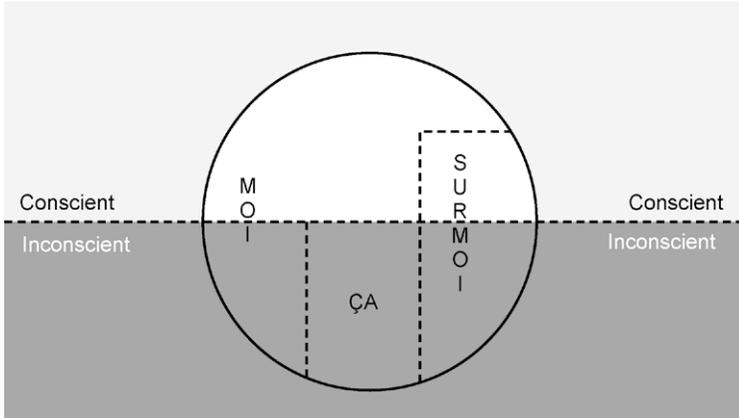


FIGURE 1.1. Le modèle structurel.

Note : le préconscient a été supprimé pour des raisons de simplification.
 Source : Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Press ; 2000. Reproduction autorisée.

refoulement, afin de pouvoir l'analyser et le comprendre. Freud constata rapidement que la prise de conscience de souvenirs au travers d'une abréaction cathartique n'aboutissait pas à des changements durables.

Le modèle de Freud s'est complexifié avec le temps, culminant en 1923 avec l'introduction de la théorie structurelle tripartite comprenant le Moi, le Ça et le Surmoi (Freud, 1923/1961). Dans ce modèle structurel, le Moi est perçu comme distinct des pulsions agressives et sexuelles. Les aspects conscients du Moi comprennent les fonctions exécutives de l'esprit comme la prise de décision, l'intégration des données perceptives, et les raisonnements mentaux. Les aspects inconscients du Moi impliquent principalement les mécanismes de défense destinés à contenir les puissantes pulsions instinctuelles hébergées dans le Ça. Sexualité et agressivité sont considérées comme des pulsions primaires, et elles nécessitent d'intenses efforts défensifs du Moi pour éviter qu'elles ne perturbent le fonctionnement de la personne.

Comme cela est indiqué sur la figure 1.1, le Ça est entièrement compris dans l'inconscient et contrôlé doublement par la part inconsciente du Moi et par une troisième instance appelée le Surmoi. Le Surmoi est majoritairement inconscient et représente l'intériorisation des valeurs morales provenant des parents et de l'environnement de l'individu. Parfois, le Surmoi est subdivisé en Moi Idéal et conscience morale. Là où le Moi Idéal proscrie (c'est-à-dire dicte ce que la personne ne doit pas faire selon son système de valeurs), la conscience morale ou Surmoi véritable prescrit de manière appropriée (c'est-à-dire dicte ce que la personne doit faire).

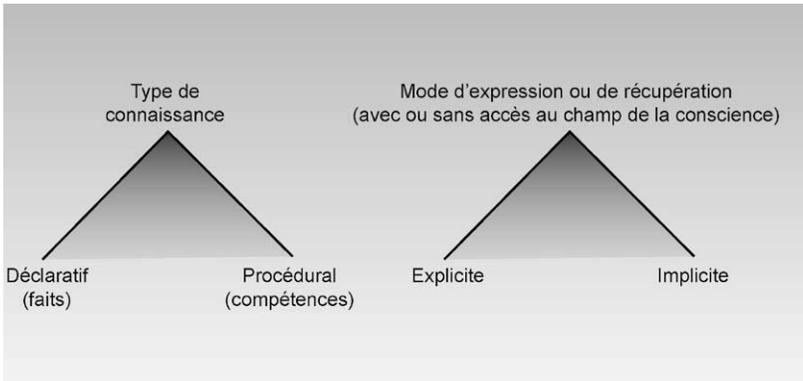


FIGURE 1.2. Type de connaissance versus mode d'expression.

Source : Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Press ; 2000. Reproduction autorisée.

Ce modèle structurel peut servir de base à une théorie du conflit de l'inconscient. Les trois instances psychiques du Ça, du Moi et du Surmoi sont en conflit permanent, s'articulant autour de l'expression et de la décharge de la sexualité et de l'agressivité. Un signal d'anxiété est produit par le conflit entre ces trois instances (Freud, 1925/1959). Ce type d'anxiété alerte le Moi sur le fait qu'un mécanisme de défense est sollicité pour réfréner les expressions d'agressivité ou de sexualité qui paraissent interdites. La formation de symptômes liés au conflit névrotique évolue de cette manière. En d'autres termes, le conflit produit un signal d'anxiété, qui a pour résultat la mobilisation d'une défense, cette dernière conduisant à un compromis entre le Ça et le Moi, ou entre le Ça et le Surmoi. Un symptôme peut alors être compris comme la formation d'un compromis qui protège d'un souhait, tout en le gratifiant d'une façon cachée.

Bien que le conflit inconscient reste un phénomène pénétrant dont on s'occupe dans la psychothérapie psychodynamique, la compréhension de l'activité mentale inconsciente a subi une transformation au cours du siècle écoulé, depuis la formulation des théories freudiennes. Les principes de base de celles-ci, selon lesquels une grande partie de la vie mentale est inconsciente, ont été largement validés par la recherche dans le champ de la psychologie expérimentale (Westen, 1999). Cependant, dans le discours moderne, on ne considère plus « l'inconscient » comme une métaphore géographique où résideraient les contenus. Aujourd'hui, un thérapeute psychodynamique au fait des neurosciences aura plus tendance à se référer à un fonctionnement mental inconscient ou à des représentations inconscientes qu'à l'« inconscient ». Les souvenirs sont stockés différemment selon les types de contenus concernés.

La mémoire déclarative implique des faits ou une connaissance générique, là où la mémoire procédurale implique des compétences (figure 1.2) (Squire, 1987 ; Westen et Gabbard, 2002a, 2002b). Les mémoires de chaque type peuvent être soit *explicites*, soit *implicites*, en fonction du mode de récupération des souvenirs, selon qu'il se fait de manière consciente ou non (Westen et Gabbard, 2002a). Se souvenir du nom d'un professeur de CM2 est un exemple de mémoire déclarative explicite parce que le fait est prêt à être remémoré grâce à une focalisation de l'attention. D'un autre côté, si entendre une certaine chanson à la radio déclenche des larmes, sans que l'auditeur sache pourquoi, il peut bien s'agir d'un exemple de mémoire déclarative implicite. En d'autres termes, un événement lié à une chanson – peut-être une rupture dans une relation – est pour toujours associé à cette chanson, mais la relation exacte entre l'événement et la chanson ne vient pas spontanément à l'esprit. Cependant, un travail thérapeutique peut permettre de retrouver ce lien.

La mémoire procédurale implique le « comment faire », alors que la mémoire déclarative implique le « comment » (Gabbard, 2000). Le « comment faire » de la relation à l'autre est intériorisé tôt dans la vie, et nous avons tous des façons automatiques d'entrer en relation avec autrui selon notre expérience précoce. La mémoire procédurale est généralement implicite lorsqu'elle implique la manière naturelle dont le patient entre en relation avec le thérapeute quand il pénètre dans son bureau et qu'il le salue. La mémoire procédurale implicite est également responsable de nombreux mécanismes de défense, qui traitent automatiquement les émotions désagréables en les faisant disparaître du champ de la conscience. Cependant, la mémoire procédurale peut aussi être explicite si le mode d'expression est totalement conscient. La répression représente un tel mécanisme de défense. Si un patient se sent en colère contre son thérapeute mais a peur que l'expression de la colère puisse être dommageable pour la relation, il pourra consciemment réprimer sa colère et la dégager hors du champ de la conscience. Les mémoires procédurale et déclarative fonctionnent de manière intégrée, et en pratique, il est parfois difficile de distinguer les deux types de mémoire.

Un point de vue développemental

Le besoin d'envisager les choses d'un point de vue développemental est un présupposé central de la pensée psychodynamique. Les expériences infantiles, de concert avec les caractéristiques génétiques d'un individu, façonnent l'adulte. Notre connaissance de la génétique et des neurosciences cognitives suggère que le tempérament inné d'un enfant, fondé sur la génétique, façonne en grande partie son interaction avec ses parents. Les caractéristiques héritées entraînent des réponses parentales spécifiques (Reiss et al., 1995). Le comportement des parents, à son

tour, façonne la personnalité de l'enfant. À cet égard, c'est une simplification exagérée que de rendre les parents responsables des problèmes de leurs enfants. L'interaction complexe entre les traits innés de l'enfant, les caractéristiques psychologiques des parents et « l'ajustement » entre les parents et l'enfant est cruciale dans une perspective de développement (Gabbard, 2000).

Les premières théories psychanalytiques reposaient sur la compréhension du développement centré sur des zones libidinales. La libido de l'enfant ou ses pulsions sexuelles sont liées aux zones orale, anale et phallique du corps. L'enfant entre ensuite dans une phase œdipienne dans laquelle il ou elle souhaite être l'objet d'amour exclusif du parent du sexe opposé. Cette phase fait intervenir une conscience aiguë de la triangulation complexe entre mère, père et enfant. Ce que l'on appelle l'Œdipe *négatif* renvoie au désir profond de l'enfant pour le parent du même sexe, alors que le parent du sexe opposé est considéré comme un rival. Les thèmes de l'Œdipe positif et négatif sont tous deux typiquement observables dans le développement.

Chez le petit garçon, le développement du Surmoi est considéré comme le résultat de la phase œdipienne de développement. L'enfant se résigne au fait qu'il ne peut pas posséder sa mère à cause de l'agression envers son père liée à ce souhait, et l'enfant se résigne à contrecœur au fait qu'il est préférable de s'identifier à son père plutôt que de s'exposer à ses représailles. L'angoisse de castration est vécue comme une préoccupation fondamentale du garçon en phase œdipienne, qui craint que le père puisse se venger en attaquant ses parties génitales. Pour éviter ce risque effrayant, le garçon s'identifie à son père et cherche une femme ressemblant à sa propre mère pour éviter une concurrence directe avec son père.

La constellation œdipienne de la petite fille n'était pas au début aussi clairement formulée dans la conceptualisation classique de Freud. Des théories féministes du développement ont remplacé cette vision classique de la jeune fille perçue comme un garçon inférieur qui souffrirait de l'envie du pénis. Des vues plus contemporaines du développement psychologique féminin considèrent que l'identité féminine implique des contributions complexes d'origine génétique et culturelle, des identifications avec les parents, et une relation d'objet interne plutôt que des hypothèses simples ayant trait à des différences anatomiques (Benjamin, 1990 ; Chodorow, 1996).

Un autre point clé dans la théorie du développement est la notion selon laquelle les expériences précoces de soi avec autrui, avec les états affectifs associés, sont intériorisées pour créer des représentations de ces relations interpersonnelles (Fonagy et Target, 2003). Ces relations d'objet interne sont répétées en permanence au courant de la vie, et les interactions problématiques qu'un patient décrira en psychothérapie proviennent généralement des difficultés relationnelles précoces vécues

durant l'enfance. La représentation interne d'un parent peut être différente de la figure externe sur laquelle cette représentation est fondée. Les fantasmes de l'enfant à propos des parents peuvent amplifier des tendances propres à l'interaction avec les parents, de sorte que le self et les relations d'objet qui ont été imprimées dans des circuits neuronaux spécifiques diffèrent dans une certaine mesure des caractéristiques réelles de la figure externe.

La théorie de la relation d'objet telle que nous la connaissons aujourd'hui a été largement développée au Royaume-Uni, où Melanie Klein a essayé d'intégrer la théorie des pulsions avec les relations d'objet interne. Différents auteurs, comme W.R.D. Fairbairn et D.W. Winnicott, développèrent par la suite ce qui est connu comme la perspective *britannique indépendante*, qui soutient que la motivation primaire de l'enfant est la quête de l'objet plus que la satisfaction de la pulsion (la vision freudienne classique) (Gabbard, 2000).

Là où la psychologie de l'ego souligne le conflit intrapsychique, Heinz Kohut (1971, 1977, 1984) a développé la psychologie du self fondée sur un modèle de déficit du développement. Kohut a suggéré que beaucoup d'individus sont privés d'une empathie maternelle appropriée à leur développement et cela les laisse avec un déficit en eux. Cette impression de manque les conduit à chercher des réponses auprès d'autres personnes pour pallier les fonctions manquantes en eux-mêmes. Kohut les appelle les *fonctions selfobject*. Le développement, dans cette perspective, dépend du processus par lequel le self acquiert plus de cohésion au travers des réponses selfobject provenant des personnes prenant soin de l'enfant.

La perspective de la psychologie du self est conforme au travail d'observation de Daniel Stern sur des nourrissons (1985, 1989). Cet auteur a remarqué que les réponses étayantes et affirmatives d'une mère ou d'une personne prenant soin de l'enfant sont cruciales pour le sentiment du self du nourrisson en développement. Kohut a fait ressortir qu'en l'absence de ces réponses, le self est enclin à la fragmentation, créant une situation clinique d'extrême vulnérabilité narcissique.

Bien que la théorie de l'attachement soit quelque peu apparentée à la théorie de la relation d'objet, elle s'est développée de manière indépendante. Bowlby (1988) a insisté de manière répétée sur l'importance du vécu *réel* plutôt que de l'imaginaire chez l'enfant, en contraste marqué avec la pensée kleinienne. Bowlby pensait qu'il y a un système entier de conduites de la part de l'enfant destiné à maintenir une proximité avec la mère ou la personne prenant soin de lui (Fonagy, 2001). Dans la théorie de l'attachement, la motivation de l'enfant ne se limite pas simplement à chercher un objet ; il s'agit plutôt d'atteindre un état psychophysiologique apaisant provenant d'une proximité physique avec la mère ou la personne prenant soin de lui. Différentes classifications

TABLEAU 1.2. Modèles développementaux

Modèle théorique	Motivation	Unités de base de développement	Psychopathologie
Psychologie de l'ego	Gratification des pulsions	Moi, Ça, Surmoi	Conflit/formation de compromis
Théorie des relations d'objet	Quête de l'objet	Représentation de soi et des autres liée par un affect	Modèles récurrents de relation inadaptée fondée sur l'extériorisation de relations d'objet interne
Psychologie du self	Cohésion du self/ estime de soi	Self/selfobject	Fragmentation du self/vulnérabilité narcissique
Théorie de l'attachement	Sentiment physique de sécurité	Modèles internes de travail	Attachement non rassurant/défaut de mentalisation

de l'attachement ont été développées grâce à l'étude de la réponse des nourrissons à ce que l'on appelle une *situation étrange* (Ainsworth et al., 1978). Exposé à des brèves séparations d'avec sa mère, un enfant peut réagir selon une des quatre catégories générales décrites dans la classification de l'attachement : 1) attachement rassurant, 2) anxieux-évitant, 3) anxieux-ambivalent ou résistant, et 4) désorganisé/désorienté. Ces catégories d'attachement présentent une certaine corrélation avec les catégories analogues de l'attachement chez l'adulte : 1) rassurant/autonome ; 2) non rassurant/rejetant qui idéalise, dénigre, dénie et dévalorise les relations passées et actuelles ; 3) adultes préoccupés qui sont déboussolés ou débordés par les relations proches ; 4) personnes indécises et désorganisées, qui ont souvent été victimes de traumatismes ou de négligences. L'attachement non rassurant accompagné d'un traumatisme ou d'une négligence peut entraver le développement de la capacité de *mentalisation*, c'est-à-dire de concevoir le psychisme d'une autre personne ou le sien propre comme source de motivation.

Ce survol rapide des principales théories du développement ne rend pas justice aux controverses et à la complexité qui caractérisent les vues psychanalytiques actuelles du développement. (Pour une discussion détaillée, voir Gabbard, 2000, et Fonagy et Target, 2003.) Chaque modèle peut être utile dans des situations cliniques particulières, et le psychothérapeute adapte son modèle théorique au patient (tableau 1.2).

Indépendamment du modèle théorique du développement, la perspective psychodynamique aborde le patient adulte comme le produit d'expériences précoces importantes qui continuent à se répéter avec autrui, y compris le thérapeute, dans le présent.

Transfert

Quand les modèles infantiles de relation à l'autre sont rejoués dans le présent avec le thérapeute, l'on peut observer le concept central de la psychodynamique qu'est le transfert. Les qualités d'une figure d'attachement du passé sont attribuées au médecin, et les sentiments associés à cette personne sont ressentis de la même manière avec le médecin. L'idée originale de Freud était que ce transfert était une « plaque d'impression » (Freud, 1912/1958). Freud supposait que les désirs libidinaux ou sexuels de l'enfance étaient transférés directement sur la personne de l'analyste. La théorie kleinienne et celle des relations d'objet ont élargi la notion de transfert en recourant au concept d'*identification projective* (Feldman, 1997 ; Gabbard, 1995 ; Joseph, 1989 ; Ogden, 1979 ; Spillius, 1992). Dans l'identification projective, le patient projette inconsciemment une représentation du self ou de l'objet sur le thérapeute, et ensuite, en exerçant une pression interpersonnelle, il pousse le thérapeute à endosser des caractéristiques similaires à la représentation qui a été projetée. Ainsi, le patient peut se comporter de manière irritante jusqu'à ce que le thérapeute s'agace et se conforme inconsciemment à un objet lié à de la colère dans le passé du patient.

La psychologie du self a développé la compréhension du transfert en insistant sur le fait que les transferts du self-objet impliquent le thérapeute dans l'achèvement du self du patient. Étant donné que le self est perçu comme étant dans un état de déficit, l'objet du transfert doit remplir les fonctions absentes chez le patient à cause d'une empathie parentale insuffisante. Ainsi, le patient peut chercher à compléter son self en percevant le thérapeute comme admiratif ou étayant. Stolorow (1995) a élargi la compréhension psychologique du self en soulignant le fait que le transfert est fondamentalement bidimensionnel. On observe un aspect de répétition, comme l'a décrit Freud, mais l'on trouve également un aspect de réparation dans lequel le patient peut chercher une nouvelle expérience d'objet qui sera soignante.

Plus récemment, des perspectives postmodernes en psychanalyse contemporaine – comme les théories relationnelle, constructiviste et interpersonnelle – ont influencé la manière de considérer le transfert. Le modèle constructiviste du transfert (Hoffman, 1998) met l'accent sur le fait que le comportement réel du thérapeute influence toujours la perception que le patient a de lui. Dans cette perspective, il y aura toujours des aspects authentiques de l'interaction fondés sur des caractéristiques réelles du thérapeute qui réagiront avec la reproduction d'une ancienne relation d'objet vécue dans le passé. Presque toutes les perspectives contemporaines du transfert s'accordent à dire que la perception du thérapeute par le patient est toujours un mélange de caractéristiques réelles du thérapeute et d'aspects de figures du passé – en fait, une combinaison d'anciennes et de nouvelles relations.

Contre-transfert

Un élément clé de la pensée psychodynamique est que le patient et le thérapeute ont deux subjectivités distinctes qui interagissent de manière significative au cours de la thérapie. Le psychothérapeute n'est pas un scientifique qui observe un spécimen à travers un microscope. Au contraire, il est aussi un être humain avec ses propres conflits et luttes émotionnelles. Il éprouve inconsciemment le patient comme une personne de son propre passé en même temps que le patient le vit comme une personne de son passé à lui. Ainsi, le contre-transfert du thérapeute est analogue au transfert du patient. Au fil du temps, cette vision étroite ou freudienne du contre-transfert a été cependant développée dans une visée plus large qui considère le contre-transfert comme la réaction émotionnelle complète du thérapeute envers le patient. Cette définition élargie a également normalisé le concept selon lequel le contre-transfert n'est pas uniquement perçu comme un obstacle au travail avec le patient mais aussi comme une source importante d'informations à propos du patient. Le contre-transfert est aujourd'hui considéré comme un outil thérapeutique et diagnostique majeur qui renseigne beaucoup le thérapeute sur le monde intérieur du patient.

La plupart des perspectives théoriques actuelles considèrent que le contre-transfert implique chez le clinicien une réaction d'origine double. En d'autres termes, une partie des réactions du thérapeute envers le patient est fondée sur les relations passées du thérapeute transposées dans le présent, comme dans le transfert. De plus, d'autres aspects des émotions du thérapeute sont *induits* par le comportement du patient. Par le processus d'identification projective, le patient rejoue une ancienne relation d'objet dans laquelle le thérapeute a le rôle d'une figure de la vie du patient (Gabbard, 1995). Par exemple, si le patient irrite le thérapeute, la colère du thérapeute peut provenir d'anciennes relations d'objet dans la vie du thérapeute tout en étant également entraînée par le comportement réel du patient qui suscite chez le thérapeute une réaction similaire à celle éprouvée par des objets relationnels dans le passé du patient.

Résistance

Un principe fondamental en psychothérapie psychodynamique est que le patient est ambivalent face au changement. L'équilibre intrapsychique du patient a été atteint après des années d'exercice de mécanismes de défense spécifiques destinés à maintenir à distance les affects douloureux. Débuter une thérapie menace cet équilibre, de sorte que le patient peut inconsciemment s'opposer aux efforts du thérapeute visant à l'amener à une prise de conscience et au changement. Les mécanismes

de défense caractéristiques du patient, destinés à traiter les émotions désagréables, sont activés par la thérapie sous la forme de résistances (Greenson, 1967). La différence entre les résistances et les mécanismes de défense est simplement que les premières peuvent être observables par le thérapeute alors que les seconds doivent être déduits (Thomä et Kächele, 1987).

La résistance peut prendre différentes formes, notamment le silence, le fait de n'avoir rien à dire, d'oublier de payer la consultation, d'aborder des sujets superficiels qui paraissent non pertinents pour la thérapie, de refuser de développer les objectifs à travailler en thérapie, d'arriver en retard aux rendez-vous, d'oublier de prendre le traitement médicamenteux, d'oublier ce qu'a dit le thérapeute, ou d'ironiser sur les interventions du thérapeute.

Beaucoup de résistances sont des *résistances de transfert*. Des patients peuvent s'opposer à une thérapie à cause de fantasmes spécifiques sur la manière dont le thérapeute les perçoit. Certains patients ne parlent pas de leurs secrets les plus honteux parce qu'ils sont convaincus que le thérapeute va les humilier et les critiquer pour ces révélations. Les résistances du patient sont probablement la reproduction d'une relation passée qui continue d'influencer différentes relations actuelles. Par conséquent, la résistance n'est pas simplement un obstacle à écarter de la thérapie. Il s'agit de l'expression d'une relation d'objet interne très significative du passé du patient transposée dans le moment présent avec le thérapeute (Friedman, 1991). Ce dernier essaie d'aider le patient à comprendre ce qui est rejoué et comment cela influence sa capacité d'aborder les problèmes en thérapie.

Déterminisme psychique

Le concept psychanalytique fondamental de déterminisme psychique se réfère à la notion que ce que nous faisons dans nos vies est façonné par des forces inconscientes en relation dynamique entre elles. De même, les symptômes ou les comportements assurent généralement plusieurs fonctions et résolvent divers problèmes, bien que nous n'ayons pas accès à leur cause inconsciente. Sherwood (1969) a relevé que « Freud a clairement affirmé que les causes du comportement sont à la fois complexes (surdéterminées) et multiples (dans le sens où il existe plusieurs ensembles de condition suffisante) » (p. 181). En d'autres termes, les comportements et les symptômes sont parfois causés par une constellation intrapsychique spécifique de facteurs agissant de concert pour produire un résultat, alors qu'à d'autres moments ils sont induits par des facteurs étiologiques différents. Des fantasmes inconscients liés à des désirs agréables ou à de la sécurité sont souvent des motivations déterminant la manière d'entrer en relation avec autrui, la manière de contrôler les émotions douloureuses, et la manière de conduire nos vies (Fonagy et Target, 2003).

Les psychiatres comprennent que des facteurs génétiques, biologiques, traumatiques et sociaux façonnent également le comportement. Un patient présentant une lésion cérébrale peut oublier à cause des lésions des zones cérébrales plutôt que pour des raisons psychodynamiquement significatives. Néanmoins, un psychothérapeute psychodynamique pense que des significations sont associées aux conséquences de symptômes et de comportements produits génétiquement ou socialement. Ces significations sont reliées à des croyances inconscientes, des pensées et des sentiments anciens qui peuvent être explorés de manière utile avec le patient.

Subjectivité unique du patient

Un dernier principe de la pensée psychodynamique est que l'on ne se connaît pas vraiment soi-même. Face à la diversité des conflits, des interdits, des angoisses et des défenses, nous tendons à nous cacher de nous-mêmes, et la tâche du psychothérapeute est de rechercher le vrai self du patient.

Winnicott (1960) a constaté que les nourrissons dont les initiatives sont régulièrement contrariées par les parents qui ne peuvent les recevoir ou les entendre vont trouver un autre moyen d'entrer en contact avec leurs parents. Cette stratégie implique généralement le développement d'un *faux self* que les parents reconnaissent et apprécient. Ainsi, le vrai self peut s'envelopper de honte, et perdre un certain degré d'authenticité. En thérapie psychodynamique, le thérapeute recherche une vérité unique subjective chez chaque patient. Le thérapeute aspire à reconnaître et valider le vrai self du patient. Cependant, ce vrai self est rarement une entité monolithique, et la plupart des patients ont une structure de self à différentes facettes qui varie selon le cadre relationnel. Cette recherche d'aspects cachés du patient peut impliquer de dévoiler un certain nombre de mensonges faits à soi-même, et peut impliquer l'exploration résolue des fantasmes, des peurs et des souhaits les plus honteux du patient. Le besoin d'être connu, validé et reconnu peut revêtir autant d'importance que l'envie de comprendre au cours de la thérapie psychodynamique.

Que nous enseigne la recherche ?

Les psychanalystes et les thérapeutes psychodynamiques ont été satisfaits d'eux-mêmes pendant des années. Les patients faisaient la queue devant leur porte, et la recherche était perçue comme un élément mineur par rapport à la pratique de la thérapie. Par conséquent, les recherches sérieuses sur les résultats des traitements psychanalytiques et psychodynamiques sont relativement rares comparativement à l'abondance des recherches en thérapie cognitivo-comportementale par exemple. Il faut

reconnaître qu'il existe des obstacles redoutables à la conduite d'une recherche sur les traitements psychodynamiques prolongés (Gabbard et al., 2002). Le coût d'un projet visant à évaluer les résultats d'un traitement qui dure de 1 à 5 ans serait considérable par rapport au coût d'une étude de 16 semaines sur une thérapie brève. Trouver un groupe contrôle bien apparié serait également problématique. Un principe de base des thérapies psychanalytiques et psychodynamiques est que le traitement doit être un choix personnel en raison de la motivation nécessaire à l'engagement dans une exploration parfois douloureuse. Par conséquent, la répartition aléatoire des patients entre l'une des modalités thérapeutiques ou l'autre présente des obstacles majeurs pour les chercheurs. De même, au cours d'un traitement sur plusieurs années, le nombre d'abandons dans chaque groupe, sujets traités ou contrôles, peut sévèrement entraver des analyses statistiques significatives (Gunderson et Gabbard, 1999).

Un volume substantiel de recherches sur la thérapie psychodynamique brève indique avec une certaine crédibilité que les principes du traitement sont fiables. Anderson et Lambert (1995) ont conduit une méta-analyse de 26 études et ont déterminé que la thérapie psychodynamique à court terme est aussi efficace que d'autres à la fin de la période d'étude. Trois études distinctes ont démontré que l'interprétation exacte des conflits centraux prédit de meilleurs résultats du traitement à la fois sur une ou plusieurs séances (Crits-Christoph et al., 1988 ; Joyce et Piper, 1993 ; Silberschatz et al., 1986).

Si l'on s'intéresse à la thérapie psychodynamique longue, seules quelques études ont une rigueur scientifique atteignant les standards de référence, avec une méthode randomisée et contrôlée. Winston et al. (1994) ont conduit une étude contrôlée chez 25 patients présentant des troubles de la personnalité du groupe C qui ont été traités en thérapie psychodynamique sur une durée moyenne de 40,3 séances. L'état de l'échantillon s'est significativement amélioré concernant toutes les mesures par rapport aux patients contrôles sur liste d'attente. Les patients traités, revus un an et demi plus tard, présentaient une amélioration persistante.

Svartberg et al. (2004) ont affecté de façon aléatoire 50 patients remplissant les critères de troubles de la personnalité du groupe C à 40 séances de psychothérapie soit psychodynamique soit cognitive. Les thérapeutes étaient tous supervisés et formés à appliquer des méthodes décrites dans des manuels de référence. Les résultats ont été évalués en termes de souffrance liée au symptôme, de problèmes interpersonnels, et de pathologie centrale de la personnalité. L'échantillon complet de patients a présenté une amélioration statistiquement significative de toutes les mesures pendant le traitement et durant une période d'observation de 2 ans. Les patients pris en charge par une thérapie cognitive n'ont pas montré de changement significatif dans leur souffrance liée

au symptôme *après* le traitement, contrairement aux patients suivis en thérapie psychodynamique. Deux ans après le traitement, les symptômes s'étaient amendés pour 54 % des patients en thérapie psychodynamique et 42 % des patients en thérapie cognitive. Les auteurs ont conclu qu'il est légitime de penser que l'amélioration persiste après le traitement par la thérapie psychodynamique.

Dans l'étude de psychothérapie de Boston (Boston Psychotherapy Study) (Stanton et al., 1984), des patients schizophrènes ayant bénéficié d'une thérapie de soutien ont été comparés à ceux ayant suivi une thérapie psychanalytique à une fréquence de deux séances ou plus par semaine auprès de thérapeutes d'orientation psychanalytique expérimentés. Même si certaines mesures finales ont paru s'améliorer différemment dans chaque groupe, aucun avantage global significatif n'a été observé chez les patients suivis en thérapie psychanalytique (Gunderson et al., 1984). Heinicke et Ramsey-Klee (1986) ont comparé une thérapie psychodynamique intensive (quatre fois par semaine) à un protocole d'une séance hebdomadaire chez des enfants ayant des problèmes d'apprentissage. Cette étude randomisée, aléatoire et contrôlée concernait des traitements d'une durée supérieure à un an. Les enfants qui ont été vus une fois par semaine ont présenté un taux d'amélioration plus rapide que ceux bénéficiant de quatre séances par semaine. Cependant, dans le suivi longitudinal, les enfants qui avaient bénéficié de quatre séances par semaine ont montré une amélioration bien meilleure.

Bateman et Fonagy (1999) ont réparti de manière aléatoire 38 patients ayant des troubles de la personnalité de type borderline vers une prise en charge d'orientation psychanalytique au cours d'une hospitalisation à temps partiel ou vers des soins psychiatriques standard utilisés comme groupe de contrôle. Le traitement primaire dans le groupe d'hospitalisation à temps partiel consistait en une psychothérapie psychanalytique individuelle une fois par semaine et une psychothérapie psychanalytique en groupe trois fois par semaine. Les sujets contrôles ne bénéficiaient pas de suivi. À la fin du traitement d'une durée de 18 mois, les patients qui avaient bénéficié du traitement d'orientation psychanalytique présentaient une amélioration significativement supérieure de leurs symptômes dépressifs, de leur fonctionnement interpersonnel et social, de leur besoin d'être hospitalisés et de leur comportement suicidaire et d'automutilation. Ces différences ont persisté pendant les 18 mois suivant le traitement avec une évaluation tous les 6 mois (Bateman et Fonagy, 2001). De plus, le groupe sous traitement a continué de s'améliorer pendant les 18 mois d'observation suivant le traitement.

D'autres études qui n'ont pas utilisé de méthode contrôlée ni randomisée suggèrent également des aspects positifs de la psychanalyse et de la psychothérapie psychanalytique (Monsen et al., 1995a, 1995b ;

Sandell et al., 2000 ; Stevenson et Meares, 1992 ; Target et Fonagy, 1994a, 1994b). Une découverte encourageante et récurrente dans la recherche sur les thérapies psychodynamiques est que les mesures pendant le suivi post-étude indiquent une amélioration persistante, ce qui suggère que les patients ont appris au travers de leur expérience un mode de pensée particulier qu'ils peuvent appliquer par eux-mêmes par la suite.

Résumé

La psychothérapie psychodynamique peut être définie comme un traitement qui se concentre sur une interprétation en temps voulu des résistances et du transfert, et sur l'appréciation fine de la contribution du thérapeute à la relation duelle avec le patient. Dans cet ouvrage, les psychothérapies psychodynamiques sont sous-entendues comme étant de durée prolongée, à savoir d'une durée supérieure à 24 séances ou à 6 mois. Un ensemble de modèles théoriques de base sont fondamentaux en thérapie psychodynamique. Ils incluent la psychologie de l'ego, la théorie des relations d'objets, la psychologie du self et la théorie de l'attachement. En plus de ces modèles théoriques, un psychothérapeute est guidé par un ensemble de concepts clés : 1) une grande partie de la vie mentale est inconsciente ; 2) les expériences infantiles associées à des facteurs génétiques façonnent l'adulte ; 3) le transfert du patient sur le thérapeute est une source primaire de compréhension ; 4) le contre-transfert du thérapeute fournit une compréhension valable de ce que le patient induit chez les autres ; 5) la résistance du patient au processus thérapeutique est un point central de la thérapie ; 6) les symptômes et les comportements ont de multiples fonctions, et sont déterminés par des forces complexes et souvent inconscientes ; 7) un thérapeute psychodynamique aide le patient à atteindre un sentiment d'authenticité et de singularité. Il a fallu du temps pour qu'une base de recherche en psychothérapie psychodynamique soit constituée, mais les résultats des études existantes sont encourageants.

Références

- Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, et al: Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978
- Anderson EM, Lambert MJ: Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 15:503-514, 1995
- Barber J, Morse JQ, Krakauer ID, et al: Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited expressive-supportive therapy. *Psychotherapy* 34:133-143, 1997
- Bateman A, Fonagy P: The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563-1569, 1999

- Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158:36–42, 2001
- Benjamin J: An outline of intersubjectivity: the development of recognition. *Psychoanalytic Psychology* 7(suppl):33–46, 1990
- Bowlby J: *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London, Routledge, 1988
- Chodorow NJ: Theoretical gender and clinical gender: epistemological reflections on the psychology of women. *J. Am Psychoanal Assoc* 44(suppl):215–238, 1996
- Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L: The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 56:490–495, 1988
- Feldman M: Projective identification: the analyst's involvement. *Int J Psychoanal* 8:227–242, 1997
- Fonagy P: *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York, Other Press, 2001
- Fonagy P, Target M: *Psychoanalytic Theories: Perspectives From Developmental Psychopathology*. London, Whurr, 2003
- Freud S: The dynamics of transference (1912), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12*. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 97–108
- Freud S: The ego and the id (1923), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19*. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 1–66
- Freud S: Inhibitions, symptoms and anxiety (1926), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 20*. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1959, pp 75–175
- Friedman L: A reading of Freud's papers on technique. *Psychoanal Q* 60:564–595, 1991
- Gabbard GO: Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76:475–485, 1995
- Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000
- Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P: The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 59:505–510, 2002
- Greenson RR: *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York, International Universities Press, 1967
- Gunderson JG, Gabbard GO: Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Assoc* 47:679–704, 1999
- Gunderson JG, Frank AE, Katz HM, et al: Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 10:564–598, 1984
- Heinicke CM, Ramsey-Klee DM: Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of session. *J Am Acad Psychiatry* 25:247–253, 1986
- Hoffman IZ: *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998
- Joseph B: *Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph*. Edited by Feldman M., Spillius E.B. London, Routledge, 1989
- Joyce AS, Piper WE: The immediate impact of transference in short-term individual psychotherapy. *Am J Psychother* 47:508–526, 1993
- Kohut H: *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, International Universities Press, 1971

- Kohut H: *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press, 1977
- Kohut H: *How Does Analysis Cure?* Edited by Goldberg A with the collaboration of Stepansky PE. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984
- Mental health: does therapy help? *Consumer Reports*, November, 1995, pp 734–739
- Monsen J, Odland T, Faugli A, et al: Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychother Res* 5:33–48, 1995a
- Monsen J, Odland T, Faugli A, et al: Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 36:256–268, 1995b
- Ogden TH: On projective identification. *Int J Psychoanal* 60:357–373, 1979
- Reiss D, Hetherington EM, Plomin R, et al: Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 52:925–936, 1995
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, et al: Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychanal* 81:921–942, 2000
- Sherwood M: *The Logic of Explanation in Psychoanalysis*. New York, Academic Press, 1969
- Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT: How do interpretations influence the process of psychotherapy? *J Consult Clin Psychol* 54:646–652, 1986
- Spillius EB: Clinical experiences of projective identification, in *Clinical Lectures on Klein and Bion*, Edited by Anderson R. London, Tavistock/Routledge, 1992, pp 59–73.
- Squire LR: *Memory and Brain*. New York, Oxford University Press, 1987
- Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, et al: Effects of psychotherapy in schizophrenia, I: design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 10:520–563, 1984
- Stern DN: *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books, 1985
- Stern DN. In Cooper AM, Kernberg OF, Person ES, editors: *Developmental prerequisites for the sense of a narrated self*, in *Psychoanalysis: Toward the Second Century*, New Haven, CT, Yale University Press, 1989, pp 168–178
- Stevenson J, Meares R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 149:355–362, 1992
- Stolorow RD: An intersubjective view of self psychology. *Psychoanalytic Dialogues* 5:393–399, 1995
- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH: Effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 161:810–817, 2004
- Target M, Fonagy P: The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:361–371, 1994a
- Target M, Fonagy P: The efficacy of psychoanalysis for children: prediction of outcome in a developmental context. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1134–1144, 1994b
- Thomä H, Kächele H: *Psychoanalytic Practice, Vol 1: Principles*. Translated by Wilson M, Roseveare D. New York, Springer-Verlag, 1987

- Westen D: The scientific status of unconscious processes: is Freud really dead? *J Am Psychoanal Assoc* 47:1061–1106, 1999
- Westen D, Gabbard GO: Developments in cognitive neuroscience, I: conflict, compromise, and connectionism. *J Am Psychoanal Assoc* 50:53–98, 2002a
- Westen D, Gabbard GO: Developments in cognitive neuroscience, II: implications for theories of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 50:99–134, 2002b
- Winnicott DW: Ego distortion in terms of true and false self, in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York, International Universities Press 1965, pp 140–152
- Winston A, Laikin M, Pollack J, et al: Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 151:190–194, 1994

CHAPITRE 2

Évaluation, indications et formulation

Le succès de la psychothérapie psychodynamique dépend du choix des patients dont la prise en charge est réellement appropriée. Le traitement doit toujours être adapté au patient et non l'inverse. Évaluer la pertinence de cette prise en charge débute par un recueil d'informations ou une première consultation durant lesquels on laisse le patient raconter son histoire avec ses propres mots. Deux évaluations principales sont opérées. 1) Les symptômes cliniques du patient sont-ils susceptibles de répondre à une psychothérapie psychodynamique ? 2) Le patient présente-t-il des caractéristiques psychologiques compatibles avec une approche psychodynamique ? Les réponses à ces questions peuvent être compliquées, et l'adaptation de certains patients peut être difficile à investiguer avant d'avoir expérimenté un début de thérapie avec eux. Dans l'esprit du clinicien, l'évaluation initiale vise plus à établir un diagnostic psychodynamique précis qu'à proposer un traitement. Dans la perspective des patients, il peut être éminemment thérapeutique d'avoir quelqu'un qui écoute leur histoire et les accepte comme ils sont. L'écoute neutre, caractéristique d'un bon entretien psychodynamique, peut préparer le terrain de la relation psychothérapeutique à suivre.

Au cours de la première rencontre, le clinicien peut souhaiter diriger l'entretien de manière à effectuer une évaluation complète. Il peut être utile d'expliquer qu'avant toute forme de traitement, une bonne compréhension diagnostique doit être établie. Il doit être dit au patient que plusieurs rencontres seront nécessaires pour atteindre cet objectif.

Évaluation

Entretien psychodynamique

Les internes en psychiatrie apprenant l'entretien psychodynamique doivent, dans une certaine mesure, se libérer des techniques d'entretien médical qui leur ont été inculquées pendant des années. Du fait de leurs angoisses face à la situation d'entretien, les patients ne racontent

pas toujours leur histoire de manière linéaire et ordonnée, en allant des symptômes vers le diagnostic. Les patients ont besoin de raconter leur histoire à leur manière, et un bon clinicien laissera un patient parler librement afin de découvrir qui il est et ce qui est important pour lui. Le praticien peut obtenir des informations permettant l'élaboration d'un diagnostic descriptif fondé sur des symptômes et des antécédents, mais le moyen d'arriver à ce résultat peut être très variable. Les résistances du patient apportent des indications sur les conflits majeurs qui le perturbent.

Patient et thérapeute en tant que collaborateurs

Dans tous les cas, le thérapeute psychodynamique cherche à aller au-delà d'un diagnostic descriptif et à accéder au côté humain du patient. Le patient doit être un *collaborateur* dans l'entretien psychodynamique (Gabbard, 2000 ; Peebles-Kleiger, 2002 ; Shevrin et Shectman, 1973). Pour préparer le patient à une psychothérapie psychodynamique et évaluer sa compatibilité avec cette thérapie, les praticiens psychodynamiques doivent savoir si leurs patients peuvent les aider à déterminer comment leurs troubles sont issus d'un ensemble d'expériences vécues dans le passé ou dans les circonstances actuelles. Par exemple, le clinicien peut demander : « Vous disiez que vos angoisses à propos de la mort ont commencé en janvier dernier. Avez-vous une idée de ce qui se passait à ce moment-là qui aurait pu déclencher ces inquiétudes ? » Un homme qui présente des problèmes récurrents liés aux femmes qu'il choisit de rencontrer peut se vivre comme une victime de mauvais traitement par les femmes ou bien comme un contributeur actif à ses difficultés. Le praticien souhaite connaître la perspective du patient et peut lui demander : « Pouvez-vous envisager le rôle que vous jouez dans ce modèle répété de difficultés que vous rencontrez dans vos relations avec les femmes ? Pensez-vous que vous choisissiez un type particulier de femmes ? »

La psychothérapie psychodynamique ne s'accorde pas bien avec le modèle chirurgical. Le patient n'est pas le receveur passif d'une intervention active d'un médecin. Au contraire, le patient et le thérapeute sont associés dans un parcours exploratoire. Le clinicien devra rendre ceci clair dès le début du processus d'évaluation pour donner le ton de ce qui va suivre. L'application de plus en plus fine des idées des neurosciences à la pensée psychodynamique résulte en une meilleure appréciation des communications non verbales pendant l'évaluation. Le psychothérapeute doit observer attentivement *comment* le patient entre en relation avec lui, sachant que le « comment faire » pour établir une relation est inscrit dans la mémoire procédurale depuis les premières relations d'attachement ayant lieu dans la petite enfance du patient. Un patient peut éviter les contacts visuels, baisser la tête, et parler avec une

voix douce de manière respectueuse. Un deuxième patient peut dévisager le clinicien sans baisser les yeux et se délecter du regard de l'interlocuteur comme s'il s'agissait d'un projecteur. Un troisième patient peut regarder ailleurs à chaque fois qu'il évoque la sexualité, ce qui indique un sentiment de honte à l'évocation de ce sujet.

Freud a noté dès 1914 que ce que le patient a oublié et n'a pas verbalisé sera répété en acte dans le cabinet de consultation (Freud, 1914/1958). Les manifestations de l'inconscient, en terme de mémoire procédurale implicite, sont largement visibles au cours de l'entretien dans les mouvements du corps du patient, le ton de sa voix, sa respiration, et sa manière de parler.

Le transfert et le contre-transfert commencent à prendre forme avant l'entretien et ils deviennent de plus en plus évidents au fur et à mesure de l'avancement des entretiens. Chaque partie a des attentes vis-à-vis de l'autre fondées sur les commentaires de la personne qui a adressé le patient, les conversations téléphoniques, sur l'information donnée par la secrétaire qui a donné un rendez-vous au patient dans le lieu où il est accueilli. L'évaluation de la personnalité est toujours une caractéristique essentielle de l'évaluation psychodynamique de la capacité de suivre cette psychothérapie. L'information sur le transfert et le contre-transfert émergeant dans un entretien nous apprend beaucoup sur la structure de la personnalité du patient.

Selon une approche contemporaine, la personnalité comprend quatre composantes de base (Gabbard, 2001) : 1) un tempérament biologique ; 2) un ensemble de représentations internes de soi et d'autrui, liées à des états affectifs et extériorisées dans des relations interpersonnelles ; 3) un ensemble de mécanismes de défense caractéristiques ; et 4) un style cognitif associé. Le psychothérapeute trouvera utile d'aborder la personnalité du patient de la façon suivante : ce patient essaie inconsciemment de mettre en pratique certains modèles de mise en relation à autrui reflétant des désirs à peine conscients ou entièrement hors du champ de la conscience. Chaque patient essaie subtilement d'imposer au clinicien une certaine manière de répondre et d'éprouver. En ce sens, les traits de caractère jouent un rôle dans la réalisation concrète d'une relation d'objet interne dans les dimensions transféro-contre-transférentielles de l'interaction avec le praticien (Gabbard, 2001 ; Sandler, 1981). Le psychothérapeute doit s'immerger dans l'expérience de l'ici et maintenant de l'interaction clinique qui offre un accès privilégié au monde interne du patient et à ses modes typiques de relation avec autrui. Prenons l'exemple suivant d'un patient et d'une psychiatre.

– *Patient*. J'ai 33 ans, je suis célibataire, et je n'ai jamais rencontré pour l'instant une femme qui s'occupe de moi correctement. Ma première petite amie m'a trompé et m'a laissé tomber. Mon ex-femme utilisait mes

cartes de crédit jusqu'à ce que mes comptes soient vides, puis elle a demandé le divorce. Toutes les femmes que je rencontre ont l'air de vouloir m'utiliser d'une certaine manière. Aucune d'entre elles ne se soucie de moi comme d'un être humain.

– *Psychiatre*. Vous devez commencer à penser qu'on ne peut plus compter sur aucune femme.

– *Patient*. Je pense que vous touchez quelque chose. Je commence à croire que je ferais mieux de vivre seul. Cependant, j'ai entendu que vous êtes la meilleure psychiatre de la région ; j'espérais donc que je pourrais compter sur le fait que vous seriez différente des autres femmes qui m'ont laissé tomber.

– *Psychiatre*. Mon seul intérêt ici est de vous aider à vous comprendre vous-même. Vous pouvez compter sur moi pour être digne de confiance et fiable. Je vous promets de gagner votre confiance.

La façon dont le patient se présente à sa psychiatre est un exemple manifeste de l'actualisation d'une relation d'objet interne dans l'ici et maintenant de l'interaction clinique. Il est clair pour lui qu'il a été traité de manière affreuse par les femmes durant sa vie, et il suscite une réponse spécifique chez la clinicienne – elle décide qu'elle sera différente de toutes les autres femmes indignes de confiance que le patient a connues jusqu'à présent. Il flatte et idéalise la praticienne, et elle accepte volontiers le rôle de sauveur idéal face à son rôle de victime. La manière dont le patient entre en relation suscite une réponse contre-transférentielle représentant une image interne puissante dans le monde du patient.

Dans ce cas, la clinicienne a accepté le rôle dans lequel le patient l'a poussée. Un autre thérapeute aurait pu se défendre face à ce rôle en assumant une posture opposée. Par exemple, une autre thérapeute aurait pu être poussée dans une attitude questionnante et interpellé ce statut de victime du patient de sorte que celui-ci se sente encore plus victimisé. Une autre thérapeute aurait pu commencer à s'identifier inconsciemment au rôle de la personne qui abandonne et devenir de manière défensive trop empathique et gentille avec le patient en réaction à l'envie de se débarrasser de lui. Les cliniciens vont répondre de manière différente selon leur propre ensemble de relations d'objet interne et par rapport au fait que le patient leur rappelle ou non quelqu'un de leur propre passé. Aucune de ces réponses ne conduira à une exploration utile cliniquement. Le thérapeute doit être ouvert à toutes les réponses et éviter de chercher à trouver la façon « correcte » de réagir face au patient.

Mécanismes de défense

Le psychothérapeute psychodynamique est également intéressé par l'évaluation de l'ensemble particulier des mécanismes de défense qui

TABLEAU 2.1. Hiérarchisation des mécanismes de défense

Mécanisme de défense	Description
Défenses archaïques	
Clivage	Segmentation des expériences de soi et d'autrui de sorte qu'une intégration est impossible. Quand l'individu est confronté à des contradictions dans son comportement, ses pensées ou ses affects, il aborde ces différences avec un déni brut ou de l'indifférence. Cette défense prévient le conflit provenant de l'incompatibilité entre deux aspects polarisés de soi et d'autrui
Identification projective	À la fois mécanisme de défense intrapsychique et communication interpersonnelle, ce phénomène se caractérise par un comportement où une pression interpersonnelle subtile est placée sur une autre personne pour qu'elle endosse les caractéristiques d'un aspect de soi ou d'un objet interne projetées sur cette personne. Cette personne qui est la cible de la projection commencera à se comporter, à penser et à ressentir les choses en accord avec ce qui a été projeté sur elle
Projection	Perception et réaction face à des pulsions internes inacceptables et à leurs dérivés comme s'ils étaient extérieurs à soi. La projection diffère de l'identification projective dans le sens où la cible de la projection n'est pas modifiée
Déni	Éviter la prise de conscience d'aspects de la réalité extérieure auxquels il est difficile de faire face en ne tenant pas compte de données sensorielles
Dissociation	Rupture du sentiment de continuité d'une personne dans les domaines de l'identité, des souvenirs, de la conscience, ou de la perception afin de conserver l'illusion d'un contrôle psychologique face à l'impuissance et à la perte de contrôle. Bien que similaire au clivage, la dissociation peut entraîner, dans des cas extrêmes, l'altération du souvenir des événements à cause d'une désafférentation entre le soi et l'événement
Idéalisation	Attribution de qualités parfaites ou presque à autrui afin d'éviter l'anxiété ou des sentiments négatifs comme le mépris, la jalousie ou la colère
Passage à l'acte	Réalisation impulsive d'une envie ou d'un fantasme inconscient afin d'éviter un affect douloureux
Somatisation	Conversion d'une souffrance émotionnelle ou d'autres états affectifs en symptômes physiques et focalisation de son attention sur des préoccupations somatiques (plutôt qu'intrapsychiques)

Mécanisme de défense	Description
Défenses archaïques	
Régression	Retour à une phase de développement antérieure ou fonctionnement permettant d'éviter les conflits et les tensions en rapport avec son niveau de développement actuel
Fantasme schizoïde	Repli dans son propre monde intérieur pour éviter l'anxiété liée aux situations interpersonnelles
Défenses de niveau plus élevé (névrotiques)	
Introjection	Intériorisation d'aspects d'une personne importante pour faire face à la perte de cette personne. On peut également introjecter une personne hostile ou un mauvais objet pour se donner l'illusion de contrôle sur cet objet. L'introjection se produit sous des formes non défensives comme un aspect normal du développement
Identification	Intériorisation des qualités d'une autre personne en devenant comme cette personne. Là où l'introjection conduit à une représentation intériorisée vécue comme un « autre », l'identification est vécue comme une part de soi. L'identification a également des fonctions non défensives dans le cadre d'un développement normal
Déplacement	Transfert de sentiments associés à une idée ou un objet vers un autre présentant certaines similitudes avec l'original
Intellectualisation	Recours à une idéation excessive et abstraite afin d'éviter des sentiments douloureux
Isolation de l'affect	Séparation de l'idée et de l'affect associé afin d'éviter un trouble émotionnel
Rationalisation	Justification d'attitudes, de croyances, ou de comportements inacceptables afin de les rendre tolérables
Érotisation	Dotation d'un objet ou d'un comportement d'une connotation érotisée afin de transformer une expérience négative en quelque chose d'excitant et de stimulant, ou de détourner l'anxiété associée à l'objet
Formation réactionnelle	Transformation d'un souhait ou d'une pulsion inacceptable en son opposé
Refoulement	Chasser des idées ou des pulsions inacceptables ou les empêcher d'arriver à la conscience. Cette défense diffère du déni dans le sens où ce dernier est associé à une donnée sensorielle externe, alors que le refoulement est associé à des états internes
Annulation	Essayer de nier les implications sexuelles, agressives ou honteuses d'un commentaire ou d'un comportement préalable en élaborant, clarifiant, ou en faisant l'opposé

Mécanisme de défense	Description
Défenses élaborées ou matures	
Humour	Trouver des éléments comiques et/ou ironiques dans des situations difficiles pour réduire l'affect désagréable et l'inconfort personnel. Ce mécanisme favorise également l'objectivité et la mise à distance par rapport aux événements permettant à un individu de réfléchir à ce qui se passe
Suppression	Décider consciemment de ne pas se soucier d'un sentiment, d'un état ou d'une pulsion. Cette défense diffère du déni et du refoulement dans le sens où elle est plus consciente qu'inconsciente
Ascétisme	Essayer d'éliminer les aspects agréables d'une expérience à cause des conflits internes associés à ce plaisir. Ce mécanisme peut être au service d'objectifs transcendants ou spirituels, comme dans le célibat
Altruisme	Se vouer à la satisfaction des besoins d'autrui bien plus qu'aux siens. Le comportement altruiste peut être utilisé au service de problèmes narcissiques mais peut également être la source de grandes réalisations et de contributions constructives pour la société
Anticipation	Report d'une gratification immédiate en prévoyant et en pensant à de futures réalisations et accomplissements
Sublimation	Transformer des buts socialement répréhensibles ou intérieurement inacceptables en quelque chose de socialement acceptable

caractérisent chaque patient. Selon le modèle structurel, les mécanismes de défense auraient pour but de prévenir la prise de conscience des désirs sexuels ou agressifs inconscients, mais dans la pensée psychodynamique contemporaine, on a moins tendance à penser qu'ils sont uniquement des défenses contre des pressions pulsionnelles. De nos jours, le clinicien considère les défenses comme servant à préserver l'estime de soi face à la honte et à la vulnérabilité narcissique, à assurer un minimum de sécurité quand quelqu'un se sent dangereusement menacé d'abandon ou par d'autres dangers, et à s'isoler des dangers externes (au travers du déni ou de la minimalisation par exemple).

Les mécanismes de défense ne protègent pas uniquement d'un affect ou d'une idée inacceptables ; ils changent également la relation entre le self et l'objet (Vaillant et Vaillant, 1998). Ils peuvent permettre à un patient de gérer des conflits non résolus qui existent soit avec des objets internes du passé, soit avec des partenaires actuels significatifs

dans sa réalité extérieure. Les défenses sont presque toujours incrustées dans la relation à autrui quand on évalue la personnalité d'un patient. Des défenses sont liées à des types particuliers de personnalité, ou dans certains cas, à des troubles de la personnalité. Par exemple, des patients ayant une personnalité paranoïaque utilisent la projection comme défense primaire car cela leur permet de ne pas reconnaître des sentiments désagréables et de les attribuer à d'autres. Ils peuvent attribuer leur propre sens critique au clinicien qui leur fait passer l'entretien et choisir de taire des informations plutôt que de s'exposer à des attaques critiques.

D'un autre côté, les individus schizoïdes utilisent souvent le retrait dans l'imaginaire comme une défense majeure contre les angoisses inhérentes aux relations interpersonnelles. Les psychothérapeutes psychodynamiques peuvent trouver que le patient schizoïde est tellement distant qu'il est inaccessible, et dans leur réponse contre-transférentielle, les thérapeutes peuvent se sentir tellement mis à distance qu'aucun contact émotionnel ne paraît possible. Les défenses opèrent alors de concert avec les relations d'objet interne du patient pour susciter le développement d'un ensemble spécifique de transfert et de contre-transfert durant l'entretien psychodynamique.

Les mécanismes de défense peuvent être considérés comme hiérarchisés, du plus primaire au plus évolué (tableau 2.1).

Les défenses primitives, comme le clivage ou l'identification projective, sont généralement associées à des personnalités organisées de manière archaïque, comme les troubles de personnalité de type borderline. Dans le clivage, des aspects contradictoires de soi et d'autrui sont compartimentés de telle sorte qu'ils restent isolés et ne créent pas de conflit. Ainsi, une personne utilisant le clivage peut adopter des comportements diamétralement opposés sans se sentir en conflit. Par exemple, une patiente de 29 ans avec des troubles de la personnalité de type borderline se plaint sans cesse que les hommes fixent son corps comme si elle n'était rien d'autre qu'un « morceau de viande » ou un « objet sexuel ». Ensuite, elle a envoyé une photo d'elle en bikini au magazine *Playboy* et en leur demandant s'ils pouvaient être intéressés par le fait de l'engager pour qu'elle pose pour eux. Son thérapeute pointe que son souhait de poser pour *Playboy* semble être en contradiction directe avec sa préoccupation à propos des hommes la considérant comme un objet sexuel. Tranquillement indifférente à cette contradiction, elle rétorque : « Oh non. *Playboy* fait des photos très artistiques. »

Le clivage est moins commun chez les patients névrosés, car ceux-ci vivent habituellement leurs conflits intrapsychiques entre des désirs opposés, des représentations de soi opposées, et des représentations d'objet opposées. Une personne présentant des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, par exemple, utilisera plutôt des défenses

TABLEAU 2.2. Niveau d'organisation

Mode névrotique	Mode borderline
Surmoi bien intégré mais punitif	Intégration minimale du Surmoi ; capacité considérablement fluctuante dans la gestion des préoccupations et de la culpabilité
Défenses élaborées, comprenant le refoulement, la formation réactionnelle, l'intellectualisation, l'annulation rétroactive et le déplacement	Défenses archaïques, comme le clivage, l'identification projective, l'idéalisation et la dévalorisation
Identité raisonnablement stable, et relations d'objet interne caractérisées par des objets perçus dans leur globalité mais avec une ambivalence et conflit triangulaire	Identité diffuse et relations d'objet de nature « partielle » plus qu'« entière » – clivage en aspect « tout bon » et « tout mauvais »
Atouts notables du Moi, incluant un bon contrôle, de l'impulsivité, un jugement opérant, une analyse cohérente de la réalité, et une capacité de fournir un travail continu	Fragilités non spécifiques du Moi, comprenant l'impulsivité, les erreurs de jugement, des compromis de durée limitée dans l'expérience de la réalité, et difficulté à fournir un travail continu
Pathologie fondée sur le conflit	Carences importantes présentes en parallèle des conflits
Fonction réflexive opérante	Fonction réflexive altérée

comme l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle, et l'intellectualisation (Gabbard, 2000). Ces défenses sont spécifiquement destinées à atténuer les émotions fortes pour mettre davantage l'accent sur la cognition. Quand un homme présentant une personnalité obsessionnelle-compulsive est confronté à de la colère, il se concentre vraisemblablement sur des faits et des données pour éviter des sensations fortes (intellectualisation), et il est particulièrement gentil et attentionné pour éviter d'exprimer de l'hostilité (formation réactionnelle). Ces défenses pourront travailler ensuite de concert avec un ensemble de relations d'objet interne pour réaliser une interaction souhaitée spécifique pendant le processus d'évaluation. Le patient pourrait vouloir se présenter comme un enfant responsable et obéissant qui mérite l'approbation d'une image parentale (c'est-à-dire le clinicien qui conduit l'entretien). En ce sens, l'interaction souhaitée peut être considérée comme une défense contre l'interaction crainte dans laquelle le thérapeute devient l'incarnation d'un Surmoi critique et dur (Gabbard, 2001).

Fonction réflexive et mentalisation

Les concepts de fonction réflexive et de mentalisation, provenant de la théorie de l'attachement, fournissent une autre dimension de

l'évaluation psychodynamique et qui facilite l'identification du niveau d'organisation de la personnalité ou du caractère du patient. Il existe un lien étroit entre l'organisation de la personnalité archaïque et l'attachement non rassurant (Alexander et al., 1998 ; Patrick et al., 1994 ; Stalker et Davies, 1995). Les patients présentant des troubles de la personnalité de type archaïque, comme les personnalités borderline, sont souvent incapables de résoudre un traumatisme précoce qu'ils ont vécu, et ils ne peuvent donc pas élaborer une structure mentale cohérente qui les aiderait à surmonter ce traumatisme.

Fonagy et al. (1996) ont étudié ces difficultés dans le traitement des carences et du traumatisme précoces ; ils ont développé le concept de *fonction réflexive*, défini comme « l'acquisition développementale qui permet à l'enfant de répondre non seulement au comportement des autres, mais aussi à la représentation intériorisée des croyances, sentiments, espoirs, projets d'autrui, etc. (Fonagy et Target, 1997, p. 679). La fonction réflexive est dépendante de la capacité de *mentaliser* (bien que ces termes soient souvent utilisés de manière interchangeable). Quand l'attachement est rassurant, la mentalisation s'effectue automatiquement et non consciemment, de la même manière que jouer du piano ou rouler à bicyclette est encodé dans la mémoire procédurale. Quand les enfants sont attachés émotionnellement de manière rassurante, ils développent leur capacité de comprendre les autres concernant leurs sentiments, désirs, croyances et attentes. Ainsi, la mentalisation est la capacité permettant à l'enfant de percevoir un monde interne qui motive la personne et autrui à se comporter de certaines manières. Cela permet aussi à l'enfant de reconnaître la différence entre la *perception* des autres associée à la *représentation* de ces figures et ce que sont réellement ces personnes.

Si l'on considère la mentalisation dans une perspective développementale, un enfant âgé de moins de 3 ans a tendance à fonctionner sur un mode d'équivalence psychique, dans laquelle aucune distinction n'est faite entre la perception et la réalité des choses. Mais entre les âges de 3 et 6 ans, un enfant va progressivement intégrer un mode de jeu où il endosse un rôle avec le mode d'équivalence psychique, à condition qu'il y ait un attachement rassurant à un parent ou à une personne prenant soin de lui. Puis, la distinction entre la représentation et la réalité commence à se consolider. Par exemple, si un garçon de 4 ans demande à sa sœur de 8 ans de jouer à « maman et bébé » avec lui, il saura que sa sœur n'est pas réellement sa mère et qu'il n'est pas réellement un bébé. Il reconnaît que lui et sa sœur sont simplement en train de jouer car il a la capacité de mentaliser. En psychothérapie psychodynamique, cette capacité de « jouer » est cruciale car cela permet au patient de reconnaître la différence entre la perception du thérapeute dans le transfert et ce qu'est réellement le thérapeute. Même dans une évaluation

diagnostique, il est possible d'explorer la capacité d'un patient de différencier perception d'une part et fait réel d'autre part. On peut par exemple demander : « Pensez-vous que votre chef vous hait *réellement* ? Ou est-ce plutôt vous qui pensez les choses comme ça ? »

Niveau d'organisation de la personnalité

Le clinicien psychodynamique utilise une association de mécanismes de défense, de relations d'objet interne, de forces ou de faiblesses du Moi, et d'une évaluation de la fonction réflexive pour déterminer le niveau d'organisation de la personnalité du patient (tableau 2.2). Cette évaluation diffère de celle fondée sur les catégories du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Elle se caractérise par la *compréhension* diagnostique de la personne, plutôt que par une étiquette diagnostique. Elle a essentiellement pour but d'être informative pour la psychothérapie.

Les patients organisés sur un mode névrotique se perçoivent eux-mêmes et perçoivent les autres comme des personnes ayant à la fois des bons et des mauvais côtés et n'ont pas besoin de catégoriser les gens en « tout bon » et « tout mauvais ». Ils ont également une identité assez stable au cours du temps, à la différence des personnes organisées sur un mode borderline qui ont une identité dispersée et une présentation très différente d'un jour à l'autre (Kernberg, 1976). Les individus névrotiques ont également un Surmoi qui fonctionne de manière assez harmonieuse mais tout en étant sévère et critique, ce qui fait qu'ils peuvent se dénigrer ou se culpabiliser la plupart du temps. Ils peuvent aussi se faire beaucoup de soucis à propos de questions apparemment mineures. Le Surmoi ne fonctionne pas de manière aussi harmonieuse chez les personnes structurées sur un mode borderline. Elles sont à un moment capables de faire du mal à quelqu'un sans culpabiliser, et à d'autres moments, se sentent incroyablement coupables et suicidaires à propos de ce qu'elles ont fait. Là où l'organisation borderline est associée à des mécanismes de défense archaïques (comme le clivage, l'identification projective, l'idéalisation et la dévalorisation), les personnes organisées sur un mode névrotique sont plus susceptibles de présenter des défenses d'ordre névrotique (comme la formation réactionnelle, l'intellectualisation, le déplacement et le refoulement).

Les personnes organisées sur un mode névrotique ressentent de nombreux conflits intrapsychiques ; elles ont une fonction réflexive intacte leur permettant de reconnaître que la représentation qu'elles se font d'une personne ou d'un événement n'est pas nécessairement identique à la réalité de la personne ou de l'événement. Elles peuvent aussi comprendre que leurs comportements sont motivés par des croyances internes et des états affectifs. En revanche, les personnes présentant un

niveau d'organisation borderline font souvent état de déficits substantiels dans leur structure du Moi parallèlement à leurs conflits et elles ont une fonction réflexive pauvre. Elles ont souvent l'impression que les choses leur tombent dessus au lieu d'être provoquées par des états internes. Finalement, les atouts du Moi – notamment le contrôle de l'impulsivité, le jugement, la capacité de fournir un travail soutenu, et l'analyse de la réalité – sont typiques des personnes organisées de manière névrotique. L'organisation borderline est associée à différentes fragilités du Moi, comme l'impulsivité, des erreurs de jugement, la difficulté de fournir un travail soutenu, et des défaillances dans l'analyse de la réalité. Ces erreurs entraînent habituellement une idéation paranoïaque transitoire en période de stress ou un léger relâchement des associations dans des situations mal structurées.

L'évaluation du niveau d'organisation d'un patient est extrêmement utile pour déterminer s'il pourra bénéficier d'une psychothérapie psychodynamique. Les thérapeutes psychodynamiques adaptent leur approche au patient sur un continuum entre l'exploration profonde et interventionniste ou bien entre le soutien et le fait d'être frustrant. Un niveau d'organisation névrotique augure bien d'une approche exploratoire en profondeur dans la thérapie psychodynamique, là où l'organisation borderline nécessite généralement que le thérapeute apporte également du soutien et des interventions psychoéducatives pour améliorer la fonction réflexive, qu'il soutienne les domaines déficients dans le Moi du patient, et qu'il l'aide à intégrer les perceptions disparates de soi et d'autrui. Lorsqu'on évalue si un patient pourra bénéficier d'une exploration en profondeur ou d'une psychothérapie interventionniste, plusieurs caractéristiques en prédisent l'indication : 1) une forte motivation à se comprendre soi-même ; 2) une souffrance significative ; 3) une bonne tolérance à la frustration ; 4) une aptitude psychologique rendant la prise de conscience et l'insight possibles ; et 5) la capacité de penser en termes d'analogie et de métaphore.

Lors de l'évaluation d'un patient, il est également utile de proposer une interprétation pour voir si la personne est suffisamment armée psychiquement pour bénéficier de cette approche. Par exemple, un patient de 41 ans se plaint auprès du psychiatre qui effectue son évaluation qu'il ne se sent pas à la hauteur des autres hommes de son âge sur son lieu de travail. Il est bloqué dans une position intermédiaire de management alors que les autres progressent pour devenir des PDG ou vice-présidents. Il semble avoir des difficultés à s'exprimer et, à un moment, il dit au psychiatre l'évaluant : « C'est assez humiliant de parler de ces choses avec vous. » Le psychiatre répond : « Peut-être que vous vous comparez également à moi dans cette situation et que vous ne vous sentez pas à la hauteur par rapport à moi non plus. » Le patient réfléchit un moment et répond ainsi : « Eh bien, vous paraissez

être un psychiatre de renom, et je n'ai rien fait comparé à vous. Je ne suis personne. » Avec cet essai d'interprétation, le psychiatre a tenté de signifier à la conscience du patient la possibilité que sa manière de se comparer aux autres hommes sur son lieu de travail se jouait dans la relation médecin-patient au cours de l'entretien. Le patient mobilise correctement sa capacité d'introspection pour mieux comprendre ce qui se joue dans l'entretien. Cette réponse suggère une bonne capacité de bénéficier d'une psychothérapie exploratoire.

En revanche, un certain nombre de caractéristiques associées à l'organisation borderline de la personnalité orientent vers un travail de soutien dans la psychothérapie psychodynamique (Gabbard, 2000). Ces facteurs comprennent : 1) le fait que le patient est au milieu d'une sévère crise existentielle ; 2) une tolérance pauvre à la frustration et à l'anxiété ; 3) un sentiment du concret excessif, conduisant à un manque d'aptitude psychologique ; 4) une intelligence faible ; 5) une faible capacité d'observation de soi ; et 6) une difficulté à établir une relation de confiance avec le thérapeute.

D'autres aspects de l'évaluation

Bien que l'accent soit mis dans ce chapitre sur la capacité de bénéficier d'une psychothérapie psychodynamique, une bonne évaluation préalable apporte plus d'informations que cela. Le clinicien évaluant un patient pour une psychothérapie doit s'attacher à poser un diagnostic descriptif exact. Une fois que le patient a raconté son histoire avec ses propres mots, le thérapeute doit l'amener à se concentrer sur ses symptômes, son évolution, ses antécédents familiaux, et la réponse au traitement médicamenteux pour obtenir des informations cliniques exhaustives. Dans un véritable modèle biopsychosocial de diagnostic et de traitement, le projet global de prise en charge doit inclure un diagnostic descriptif et des traitements biologiques adaptés quand cela est indiqué.

Un examen médical complet réalisé par le médecin généraliste doit être programmé pour éliminer une pathologie somatique. Des examens complémentaires de laboratoire et d'imagerie peuvent être nécessaires dans certains cas. Les tests psychologiques sont aussi très utiles dans des cas diagnostiques complexes. Bien que certains patients insistent pour une confidentialité totale, d'autres n'ont aucune objection à ce que le thérapeute complète l'anamnèse en recevant des membres de la famille ou d'autres personnes significatives. Ces sources annexes d'informations peuvent être extrêmement précieuses car des personnes proches peuvent apporter des informations fondées sur des observations directes que le patient a omises. Un entretien avec un membre de la famille ou le conjoint peut permettre d'apporter des informations sur la

psychothérapie et de préciser qu'elle restera confidentielle. Finalement, la rencontre avec la famille peut souvent éclairer des facteurs sociaux et culturels pertinents concernant le tableau clinique du patient.

Indications

Comme cela a été précisé dans le chapitre précédent, l'évaluation psychodynamique doit répondre à deux questions : d'une part, la structure de personnalité du patient lui permet-il de bénéficier d'une thérapie psychodynamique, et d'autre part, ses troubles ou symptômes cliniques sont-ils susceptibles de répondre à la thérapie ? Les indications pour une thérapie psychodynamique prolongée n'ont pas été définies de manière rigoureuse à cause de la pénurie d'études contrôlées systématiques sur les affections qui répondent à cette approche particulière. Si une psychothérapie brève ou un médicament spécifique est capable de soigner avec succès le patient, *et si ce dernier n'est pas intéressé par une exploration plus en profondeur*, la thérapie psychodynamique n'est pas forcément indiquée. Toutefois, quand les approches thérapeutiques brèves et la pharmacothérapie ne sont pas parvenues à traiter la souffrance du patient, une approche thérapeutique psychodynamique prolongée peut être indiquée. Des patients présentant des troubles de la personnalité – de types obsessionnel-compulsif, évitant, dépendant, à conduite d'échecs et hystérique (histrionique de bon niveau) – qui sont organisés sur un mode névrotique peuvent bénéficier d'une psychothérapie psychodynamique ou d'une psychanalyse (Gunderson et Gabbard, 1999). Certains patients présentant des troubles de l'anxiété généralisée peuvent également bénéficier d'une thérapie psychodynamique prolongée pour mieux appréhender les causes de leur anxiété et intégrer celles-ci sans qu'elles perturbent leur vie. D'autres troubles de l'anxiété – comme le trouble panique, la phobie sociale, le stress post-traumatique – ne répondent pas forcément à des traitements brefs. Dans certains cas, une thérapie psychodynamique longue peut être nécessaire pour explorer les résistances du patient au changement et pour comprendre les origines dynamiques de ses symptômes. Les patients présentant certains troubles du comportement alimentaire, comme l'anorexie mentale, peuvent aussi bénéficier d'une psychothérapie psychodynamique (Dare, 2001).

Tous troubles de la personnalité du groupe B du DSM-IV – narcissique, borderline et histrionique – sont également des indications à l'utilisation de la psychothérapie psychodynamique, car ils répondent rarement à la thérapie brève (Gunderson et Gabbard, 1999). Cependant, des interventions de soutien doivent généralement être associées pour travailler avec les failles du Moi et une fonction réflexive altérée. Selon les caractéristiques du patient, il peut exister des fragilités du Moi

nécessitant une approche de soutien associée à une prise de conscience pour être plus efficace. Certains patients présentant des troubles dépressifs majeurs, des troubles dysthymiques, ou des caractéristiques de personnalité dépressive peuvent bénéficier d'une thérapie psychodynamique longue, souvent en association avec des antidépresseurs, pour obtenir un maximum d'efficacité (Blatt, 2004 ; Gabbard, 2000).

Les contre-indications aux thérapies psychodynamiques longues incluent le traitement direct des symptômes de trouble obsessionnel-compulsif. Quel que soit l'intérêt du sens des symptômes obsessionnels-compulsifs pour les patients présentant ces troubles, il n'existe aucun cas avéré dans la littérature de symptômes de trouble obsessionnel-compulsif ayant disparu grâce à la seule psychothérapie psychodynamique. L'association de thérapie comportementale et d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine est généralement le traitement de choix. Néanmoins, la thérapie psychodynamique peut être utile comme traitement complémentaire pour prendre en charge les problèmes relationnels ou les problèmes de compliance avec les traitements médicamenteux. Un patient qui abuse activement de l'alcool ou de drogues n'est pas non plus susceptible de bénéficier de la psychothérapie psychodynamique jusqu'à ce que la consommation de la substance ne soit contrôlée. Une personnalité antisociale ne répond généralement à aucune forme de thérapie à moins de présenter un diagnostic de trouble dépressif majeur sur l'axe I ou d'avoir une capacité de remords ou de culpabilité (Woody et al., 1985).

Jusqu'à présent, nous n'avons pas abordé le cas des patients organisés sur un mode psychotique. Généralement, les patients schizophrènes vont avoir largement recours aux médicaments psychotropes, au traitement hospitalier, aux techniques cognitivo-comportementales et à une thérapie de soutien dans le cadre d'une prise en charge globale. Ils peuvent également avoir besoin d'une remédiation cognitive et d'une réorientation professionnelle. Néanmoins, les principes de la psychothérapie psychodynamique peuvent fréquemment être un bon complément au plan de traitement global (Lucas, 2003). Même quand les traitements fondamentaux sont autres, la compréhension psychodynamique du patient psychotique peut être utile dans l'évaluation des résistances du patient à aller mieux, ou dans les difficultés face au contre-transfert du thérapeute. Des patients bipolaires peuvent aussi être traités avec la thérapie psychodynamique quand ils sont normothymiques, mais toujours en association avec des médicaments (Gabbard, 2000).

Formulation psychodynamique

Une formulation psychodynamique du cas est utile à l'élaboration du traitement une fois que le patient a été minutieusement évalué et que la

qualité des relations d'objet, les forces et faiblesses du Moi, la cohésion du self, la fonction réflexive, et les déficits versus les conflits comme éléments pathogènes ont tous été évalués. Les internes en psychiatrie et autres stagiaires rencontrent souvent des difficultés avec la formulation car ils essaient d'en faire trop. Une bonne formulation psychodynamique est biopsychosociale par nature, et elle consiste en un exposé succinct permettant de comprendre le patient, d'exposer le tableau clinique et de donner des éléments pour le traitement.

Trois composantes de la formulation psychodynamique sont essentielles (Sperry et al., 1992). En premier lieu, en une phrase ou deux, il faut trouver une description brève de la nature du tableau clinique et le ou les facteurs de stress associés. Deuxièmement, et c'est sûrement le plus difficile pour les débutants, il faut présenter un ensemble d'hypothèses explicatives. Comment les facteurs biologiques, intrapsychiques et socioculturels contribuent-ils au tableau clinique ? La troisième composante de la formulation psychodynamique est un compte-rendu succinct décrivant la manière dont les deux premières composantes donnent des éléments pour le traitement et le pronostic.

Identifier et articuler ces trois composantes peut paraître redoutable pour des personnes apprenant la psychothérapie. Malgré tout, la tâche devient moins intimidante si quelques principes clés sont présents à l'esprit (Kassaw et Gabbard, 2002).

- Ne cherchez pas à être exhaustif. Il est impossible pour quiconque d'expliquer toutes les difficultés d'un patient. Focalisez-vous sur un ou deux thèmes cruciaux qui paraissent être au cœur des problèmes du patient.
- Gardez à l'esprit que la narration par le patient de son histoire est une élaboration qui donne une bonne idée de la théorie du patient sur sa pathogenèse. La manière dont les patients conceptualisent leur histoire de vie et leurs problèmes vous livrera beaucoup d'informations sur eux-mêmes.
- Prêtez toujours attention aux facteurs de stress pouvant déclencher des symptômes ou des états émotionnels désagréables qui poussent les patients à demander de l'aide.
- Faites attention à la communication non verbale et à la façon dont le patient vous parle – pas uniquement à ce qu'il vous dit.
- Prenez en compte dans l'ici et maintenant les données du transfert et du contre-transfert provenant de votre interaction avec le patient pour comprendre ses difficultés particulières à la fois dans les relations présentes et passées.
- Le meilleur moyen d'observer les mécanismes de défense d'un patient est de prendre en compte leur action en tant que résistances dans les entretiens d'évaluation.
- Prédisez l'émergence de modes relationnels du patient dans la psychothérapie et leur influence sur son déroulement.

- Gardez toujours à l'esprit que la formulation psychodynamique n'est qu'une hypothèse ou un ensemble d'hypothèses. Cette formulation est révisée continuellement quand de nouvelles données apparaissent et que le thérapeute acquiert une meilleure compréhension du patient.

Un exemple clinique va illustrer ces principes.

Mme A., une femme divorcée de 38 ans, vient en consultation dans un centre médico-social car elle débute une nouvelle relation avec quelqu'un de « problématique », et parce qu'elle présente des symptômes dépressifs. Elle dit qu'elle n'a jamais été capable de surmonter ses pensées et sentiments dépressifs depuis la fin de son adolescence. Elle se décrit comme « abattue », comme n'ayant aucun intérêt pour rien, manquant de motivation, comme hypersomniaque, et ayant une capacité de concentration réduite. Elle dit qu'elle n'a pas d'espoir et qu'elle a l'impression de ne rien valoir.

Ses parents ont divorcé quand elle avait 12 ans, mais elle dit qu'elle le sentait arriver depuis l'âge de 8 ans. Elle s'est mariée à 19 ans et a eu un enfant 5 ans plus tard. Les exigences d'un enfant étaient écrasantes pour elle, et elle était passablement déprimée pendant les sept premières années de la vie de son fils. Elle dit qu'elle n'a pas eu de bon modèle de rôle maternel à la maison, et que le fait d'être mère était donc difficile pour elle. Son mari voulait qu'elle travaille, mais elle ne pouvait pas remplir ces attentes.

Elle a divorcé 4 ans avant de venir au centre médico-social et vit actuellement seule. Elle passe la plupart de son temps libre avec son fils, dont son ex-mari a la garde. Elle a eu récemment deux aventures avec des hommes et travaille comme employée dans un magasin. Elle essaie d'aller en parallèle à l'Université pour obtenir une licence.

Elle dit au Dr B., l'interne qui la reçoit, qu'elle est dépendante à l'alcool et au sexe. Elle dit qu'elle boit depuis qu'elle a 13 ans, quand des hommes plus âgés de sa résidence achetaient de l'alcool pour elle. Même en tant que jeune adolescente, elle était attirée sexuellement par ces hommes plus âgés et flirtait avec eux. L'un d'entre eux, qui lui achetait de l'alcool, lui plaisait particulièrement et elle a eu des relations sexuelles avec lui alors qu'elle n'avait que 13 ans. Par la suite, elle a commencé à consommer de la cocaïne, des amphétamines et d'autres drogues, et elle dit avoir couché au hasard avec beaucoup de partenaires sexuels différents. Elle dit que sa mère n'a jamais vraiment été capable de s'occuper d'elle parce qu'elle était émotionnellement trop instable et perturbée tout le temps. Elle se souvient de sa mère criant régulièrement contre son père et elle a souvent pensé que sa mère pouvait être psychotique.

La patiente exprime un mépris clair vis-à-vis de son père alcoolique, qui était un coureur notoire pendant son mariage. Il faisait très peu attention à Mme A. et ses seuls commentaires et interactions positives avec elle tournaient autour de son apparence physique. Elle dit que son père et la

plupart de sa famille la considéraient habituellement comme une poupée, et pour elle, une des seules manières d'attirer l'attention était d'être « mignonne ». Elle se souvient d'un exemple quand elle était au lycée où son père était venu la voir et lui avait dit que sa tenue était trop négligée. Mme A. assiste à des réunions des Alcooliques Anonymes (AA), et sa tutrice lui préconise de chercher des groupes de femmes uniquement, parce qu'elle sent qu'une part d'elle la conduit vers les AA pour rencontrer des hommes. Elle a exprimé une frustration importante dans un groupe d'homosexuels parce qu'elle s'y est sentie invisible, qu'elle était dans l'impossibilité d'attirer des hommes du groupe. La patiente avoue ne pas avoir des amies femmes proches et a des difficultés à se souvenir d'une relation amicale significative avec une fille avant l'âge de 12 ans.

Le Dr B. ressent des sentiments inhabituellement positifs à l'égard de Mme A. Il est plus enclin à organiser son agenda pour arranger des temps d'entretien avec elle. Il remarque aussi qu'il essaie de lui être agréable, notamment en évitant certains sujets pouvant la perturber. Il note également qu'il est démesurément empathique. Par exemple, il s'évertue à réduire son sentiment de responsabilité de choisir des hommes qui ne sont manifestement pas faits pour elle. Il l'assure que les hommes sont tout autant responsables qu'elle. Le Dr B. note qu'il s'habille mieux les jours où il reçoit Mme A. et qu'il fait toujours attention à ses vêtements. Il sent qu'elle fait attention à son corps d'une manière qui le rend embarrassé quand il observe ses caractéristiques physiques. Il a des difficultés à limiter l'entretien dans le temps avec elle et il lui propose même des entretiens supplémentaires si elle en a besoin. En plus de l'attirance sexuelle qu'il ressent, le Dr B. a envie d'être paternel avec elle.

La première composante de la formulation est un simple état des lieux du tableau clinique et de la nature des facteurs de stress. Mme A. est une femme divorcée de 38 ans qui présente une histoire de dépression et d'abus de substances dans un contexte de difficultés relationnelles tout au long de sa vie, autant avec les hommes qu'avec les femmes. Le facteur de stress le plus récent a été le début d'une nouvelle relation avec un homme qu'elle qualifie de « problématique ».

La deuxième composante se caractérise par l'analyse biopsychosociale pour expliquer la situation clinique de la patiente. Une formulation psychodynamique doit être incluse dans la compréhension de la diathèse biologique et génétique du patient et dans son milieu socioculturel. Des facteurs biologiques contribuant à la situation se caractérisent par des antécédents familiaux possibles de psychose et une prédisposition génétique à l'abus d'alcool suggérée par l'alcoolisme du père. Une hypothèse psychologique peut être formulée de la sorte : Mme A. a grandi dans un contexte tumultueux pendant son enfance, où elle s'est sentie négligée par sa mère ; elle a alors recherché de l'amour et de

l'admiration auprès de son père en soignant son apparence et en sexualisant leur relation. Ce modèle passé de relation est transposé dans le présent avec les hommes qu'elle rencontre aux AA et avec le Dr B. Au travers de l'identification projective, elle transforme le Dr B. en une figure paternelle salvatrice qui est attirée sexuellement par elle et qui veut lui faire plaisir de toutes les manières possibles. Elle s'habille de façon séductrice pour être en lien avec lui de sorte que la pression interpersonnelle crée une identification sur la personne du Dr B. en accord avec la représentation de l'objet projetée sur lui, à savoir celle d'un bon père qui cherche à la secourir et à la protéger des « hommes mauvais ». Le clivage peut aussi se manifester en percevant les autres hommes et sa mère comme étant « tous mauvais ».

Deux facteurs socioculturels pertinents sont ses fortes contraintes financières, qui l'ont poussée à avoir besoin du soutien des hommes tout au long de sa vie, et sa réaction face à une société qui surinvestit la jeunesse et la beauté alors qu'elle approche de l'âge mûr.

La composante finale est la prédiction de l'évolution de la thérapie fondée sur les deux autres composantes de la formulation : Mme A. aura besoin de poursuivre le programme des 12 étapes chez les AA, car sa thérapie sera compromise par la poursuite de la prise de toxiques. On peut anticiper le fait qu'elle va aborder la thérapie en essayant de séduire le Dr B. dans un rôle paternel mais aussi érotisé. Quand le Dr B. tentera de l'aider à réfléchir sur elle-même et à travailler en explorant son monde intérieur, elle se sentira rejetée et le percevra comme un « mauvais objet ». Elle sera alors en colère contre le Dr B. et cherchera à rencontrer un autre homme qui répondra à ses attentes.

Cette formulation prend en compte les aspects biopsychosociaux du tableau clinique et, modestement, essaie d'émettre des hypothèses sur les thèmes majeurs qui affecteront la psychothérapie. Les antidépresseurs feront également partie du plan de traitement, tout au long du programme des 12 étapes, car la patiente présente apparemment une dysthymie parallèlement à l'abus de substance sur l'axe I. Sur l'axe II, Mme A. présente apparemment des traits histrioniques et borderline qui nécessiteront plus de clarification au cours de la thérapie. Ses défenses archaïques et ses relations d'objet clivé évoquent un niveau d'organisation borderline. Sa fonction réflexive est limitée, et la psychothérapie devra essayer de renforcer sa capacité d'introspection.

Résumé

L'évaluation psychodynamique des patients doit inclure l'analyse des caractéristiques psychologiques du patient en terme de capacité de bénéficié de l'approche psychodynamique. De plus, la symptomatologie clinique doit être évaluée en terme de capacité ou non de répondre à

une thérapie psychodynamique. Par conséquent, l'entretien psychodynamique doit être adapté à la personnalité du patient, ainsi qu'à sa capacité de collaborer au travail de compréhension. Pour conclure sur la capacité du patient de bénéficier d'une psychothérapie psychodynamique, il est essentiel d'évaluer différentes caractéristiques clés : 1) la nature du fonctionnement du Surmoi ; 2) le niveau de mécanismes de défense utilisés habituellement par le patient ; 3) le modèle caractéristique de relations d'objet reflétant le monde interne du patient ; 4) les forces et les faiblesses du Moi ; 5) la présence de pathologie provenant de conflits ou de déficits significatifs ; et 6) la capacité du patient d'utiliser la fonction réflexive. Ces caractéristiques vont aider le clinicien à déterminer si le patient présente un niveau d'organisation de la personnalité de type névrotique ou borderline. Les patients organisés sur un mode névrotique sont des candidats idéaux pour la psychothérapie psychodynamique, alors que ceux organisés sur un mode borderline auront généralement besoin de stratégie d'étayage pour que la thérapie psychodynamique soit possible.

Après une évaluation attentive du patient, une formulation psychodynamique est développée pour guider la thérapie. Les composantes clés sont la description de la nature du tableau clinique et des facteurs de stress ayant mené le patient à la prise en charge ; un ensemble d'hypothèses explicatives abordant les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels ; et la prédiction sur la manière dont le traitement et le pronostic vont être renseignés par les facteurs sémiologiques. Les formulations psychodynamiques doivent toujours être biopsychosociales et considérées comme un ensemble d'hypothèses nécessitant une révision constante au fur et à mesure de l'émergence de nouvelles informations au cours de la psychothérapie.

Références

- Alexander PC, Anderson CL, Brand B, et al: Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse Negl* 22:45-61, 1998
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- Blatt S: *Experiences of Depression*. Washington, DC, American Psychological Association, 2004
- Dare C: Psychodynamic psychotherapy for eating disorders. In Gabbard GO, editor: *Treatments of Psychiatric Disorders*, 3rd Edition, Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001, pp 2169-2192
- Fonagy P, Target M: Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol* 9:679-700, 1997
- Fonagy P, Leigh T, Steel M, et al: The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 64:22-31, 1996

- Freud S: Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II) (1914), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 145–156
- Gabbard GO: *Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000
- Gabbard GO: Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. In Livesley WJ, editor: *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, New York, Guilford, 2001, pp 359–376
- Gunderson JG, Gabbard GO: Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Assoc* 47:679–704, 1999
- Kassaw K, Gabbard GO: Creating a psychodynamic formulation from the clinical evaluation. *Am J Psychiatry* 159:721–726, 2002
- Kernberg OF: Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 24:795–829, 1976
- Lucas R: The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *Int J Psychoanal* 84:3–8, 2003
- Patrick M, Hobson RP, Castle D, et al: Personality disorder and the mental representation of early experience. *Dev Psychopathol* 6:375–388, 1994
- Peebles-Kleiger MJ: *Beginnings: The Art and Science of Planning Psychotherapy*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2002
- Sandler J: Character traits and object relationships. *Psychoanal Q* 50:694–708, 1981
- Shevrin H, Sheckman F: The diagnostic process in psychiatric evaluations. *Bull Menninger Clin* 37:451–494, 1973
- Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, et al: *Psychiatric Case Formulations*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992
- Stalker CA, Davies F: Attachment organization and adaptation in sexually abused women. *Can J Psychiatry* 40:234–240, 1995
- Vaillant GE, Vaillant LM: The role of ego mechanisms of defense in the diagnosis of personality disorders. In Barron JW, editor: *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*, Washington, DC, American Psychological Association, 1998, pp 139–158
- Woody GE, McLellan T, Luborsky L, et al: Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 42:1081–1086, 1985

CHAPITRE 3

Les outils de la psychothérapie

Débuter la thérapie

Certains patients débutent la psychothérapie avec le clinicien les ayant reçus pour leur premier entretien d'évaluation ou leur première consultation. D'autres sont orientés vers un praticien différent pour la psychothérapie. Si le patient est adressé par un collègue, la manière dont s'effectue l'orientation apporte des informations importantes sur le patient. Ce que dit le praticien adressant le patient peut apporter des données utiles concernant les dynamiques transféro-contre-transférentielles.

Un patient est adressé avec la note suivante : « Ce patient ne présente pas de trouble psychiatrique ou même de difficultés émotionnelles, mais il souhaite suivre une psychothérapie pour un peu mieux se comprendre. » Intérieurement, la thérapeute se dit : « Oh, vraiment ? Alors que fait le patient en thérapie ? Est-ce que cela reflète la connivence entre le patient et le praticien qui l'a adressé pour nier et ne pas reconnaître un conflit psychique ou une souffrance émotionnelle ? Est-ce que le patient est trop honteux pour admettre ses problèmes ? » La thérapeute reprend cela lors de la première séance. Elle demande au patient comment il envisage les objectifs de la thérapie. Il répond qu'il veut devenir « encore plus parfait ». Il devient alors clair que le patient présente des troubles de la personnalité d'ordre narcissique et il cherche davantage une confirmation de son exceptionnelle santé mentale que la compréhension de son besoin de se présenter comme quelqu'un ayant dépassé tous ses problèmes émotionnels.

Dans un autre cas, le médecin adressant une patiente qu'il a évaluée dit à l'interne en psychiatrie qui va devenir son thérapeute : « Cette patiente est sans doute la meilleure candidate à une psychothérapie et la patiente la plus motivée que j'aie jamais rencontrée. L'unique raison pour laquelle je ne la suis pas est que mes honoraires sont trop élevés. Il est très important que vous la preniez en charge avec beaucoup d'attention. N'essayez pas de la mettre face à ses difficultés ou de lui dire des choses dures car elle a une vie terriblement difficile. » À chaque fois qu'une personne adressant un patient en parle avec des

expressions comme « le plus » ou « le meilleur », le thérapeute doit se méfier. Cette présentation du patient comme quelqu'un de « spécial » indique souvent une idéalisation dans le contre-transfert du thérapeute suggérant une identification projetée par le patient sur le thérapeute comme un parent aimant ou protecteur. Une partie de cette dynamique transféro-contre-transférentielle est un accord inconscient pour maintenir à l'écart de la relation duelle tous les sentiments négatifs et agressifs. Cet aménagement fonctionne comme une sorte de clivage entre le médecin adressant le patient et le nouveau thérapeute ; ce dernier ne sera pas à la hauteur des attentes du médecin et échouera dans la prise en charge du patient à cause de ces attentes.

Un point à traiter dans les premières séances avec le nouveau thérapeute sera l'exploration des sentiments du patient concernant l'entretien d'évaluation et la façon dont l'orientation s'est effectuée. Le patient a-t-il eu l'impression qu'on l'a « laissé tombé » ? Est-il interpellé par le fait que le premier clinicien ne le prenne pas en charge ? Comment le patient se sent-il avec le nouveau thérapeute ? On peut également se demander si le patient a caché des problèmes spécifiques et des informations sur ses antécédents avec le premier clinicien parce que ces informations étaient trop honteuses et ne pouvaient être partagées qu'avec le praticien le suivant en thérapie.

Dans tous les cas, que le patient soit adressé par un autre clinicien ou qu'il ait été évalué par son thérapeute actuel, le patient et le praticien passent par une phase où ils font connaissance l'un avec l'autre pour déterminer s'ils peuvent finalement travailler ensemble. Si la thérapie « prend », c'est souvent grâce à une alchimie particulière entre les deux parties, cette notion insaisissable connue comme la compatibilité entre un patient et un thérapeute.

Ainsi, quand un thérapeute et un patient décident d'embarquer ensemble pour un voyage thérapeutique, ce n'est pas que la chance qui régit la thérapie. Créer un lien avec un patient est un art qui peut s'apprendre. Un thérapeute réellement présent au patient, qui écoute son histoire de manière attentionnée donne du sens et de la valeur à la vie du patient. Le patient se sent écouté et compris pour la première fois. L'une des raisons qui poussent les gens à continuer de vouloir bénéficier de la psychothérapie psychodynamique ou de la psychanalyse est qu'ils sont hantés par la perspective d'une vie anonyme. Ils sont à la recherche d'un *témoin* qui reconnaît ce qu'ils ont traversé et qui écoute leur histoire. Poland (2000) décrit le rôle du témoin comme « quelqu'un qui saisit l'impact émotionnel de l'exploration personnelle du patient dans l'immédiateté du moment, en restant présent sans faire intrusion avec une prétendue sagesse » (p. 18). Observer la vie du patient et prendre en compte son sens spécifique fait partie des fonctions du psychothérapeute rarement abordées.

L'écoute empathique et attentive facilite également l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute. L'alliance thérapeutique est un concept fondamental applicable à toutes les formes de psychothérapie, même à la pharmacothérapie. Bien qu'elle soit définie de manière diverse, la recherche montre uniformément que l'alliance est un élément déterminant dans le résultat de la thérapie (Horvath et Symonds, 1991 ; Martin et al., 2000). Dans l'analyse du rôle joué par l'alliance thérapeutique dans le National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (Programme de recherche conjointe sur le traitement de la dépression de l'Institut national de santé mentale), Krupnick et al. (1996) ont examiné les résultats de quatre groupes différents de l'étude : thérapie interpersonnelle brève, thérapie cognitivo-comportementale brève, prise en charge médicamenteuse et clinique, et placebo avec suivi clinique. Ils ont constaté que l'alliance thérapeutique était le facteur le plus déterminant dans les résultats. En fait, celle-ci intervient plus dans la variance du résultat du traitement (21 %) qu'aucun des modes d'intervention thérapeutique par eux-mêmes !

Une alliance thérapeutique positive est un médiateur important dans l'évolution des symptômes et une condition nécessaire pour une interprétation juste des conflits inconscients (Luborsky, 1984). De bonnes relations interpersonnelles et des attentes positives concernant le traitement tendent à prédire une bonne alliance thérapeutique (Gibbons et al., 2003).

La façon dont le patient réagit face au thérapeute est une bonne indication de la naissance de l'alliance thérapeutique. L'alliance existe si le patient se sent aidé par le thérapeute, et spécifiquement quand il a la sensation que le thérapeute collabore à des objectifs thérapeutiques communs (Frieswyck et al., 1986 ; Horwitz et al., 1996). Pour favoriser une alliance, le thérapeute doit faire appel à l'aide du patient afin de commencer à comprendre les problèmes dès le début de la première consultation.

Au cours de la thérapie, le patient doit s'identifier à l'intérêt du thérapeute pour la compréhension et la réflexion. Les thérapeutes doivent chercher à inculquer au patient un sens de la curiosité. La majeure partie de la première ou des deux premières séances est un effort commun pour définir des objectifs raisonnables de traitement que le patient et le thérapeute peuvent tous deux assumer. Une discussion systématique autour de ces objectifs consolide généralement l'ébauche d'alliance thérapeutique.

Certains patients sont réticents à entrer dans la thérapie. Ils peuvent être chagrinés par le fait qu'il n'existe pas de pilule miracle pouvant guérir ce qui les fait souffrir. Ils peuvent initialement manquer de confiance dans les intentions du thérapeute. Ils peuvent avoir lu dans le magazine

Time que Freud est mort (il est périodiquement enterré de façon rituelle par les médias pour toujours être ressuscité par la suite). Ils peuvent avoir entendu que les bénéfices de la thérapie psychodynamique ne sont pas « prouvés ». Ils peuvent avoir lu dans la presse à scandale des articles à propos de thérapeutes qui couchent avec leurs patientes ou du moins qui les exploitent. Ainsi, faire évoluer un entretien d'évaluation ou une première consultation en un processus thérapeutique représente un défi majeur à plusieurs niveaux.

Les psychothérapeutes doivent être préparés à discuter avec leurs patients à propos de ce que la thérapie est et n'est pas. Ils auront peut-être à expliquer qu'une grande partie de la vie psychique est inconsciente et que des schémas de problèmes dans la vie du patient sont causés par des facteurs peu accessibles à son champ de la conscience. Un psychothérapeute connaît le fonctionnement de l'esprit et peut aider le patient à comprendre ces facteurs imperceptibles. De plus, un axiome fondamental de la nature humaine se traduit par le fait qu'autrui peut percevoir des choses à propos de soi que l'on ne peut pas voir soi-même. Un des rôles du thérapeute est de faire des observations au patient que les autres ne feraient sûrement pas. Le patient doit savoir que la première tâche du thérapeute est de lui permettre de mieux comprendre. Certains patients vont tirer profit des explications sur la différence entre le rôle d'un thérapeute et celui d'un parent, d'un ami ou d'un conjoint. D'autres patients vont demander pourquoi la prise en charge est si longue. L'être humain est complexe. Le processus thérapeutique prend du temps car les défenses élaborées au cours d'une vie ne se démantèlent ni se s'explorent facilement. Le patient va résister face au processus thérapeutique et s'accrocher avec ténacité à un fonctionnement familier pendant un certain temps avant qu'un changement ne soit envisageable.

Pour certains patients sceptiques, il peut être utile de proposer une phase d'essai de 3 mois de traitement pour voir si la prise en charge est utile. Une réévaluation peut être effectuée à la fin de cette période. Pendant cette phase d'essai, le patient peut constater que les schémas classiques de conflit créant de la souffrance sont également présents dans le lien avec le thérapeute, et que la relation thérapeutique elle-même peut être le sujet d'analyse au cours de l'évolution de la prise en charge.

Certains mythes doivent être dissipés. Le thérapeute n'est pas totalement silencieux. Le thérapeute ne lit pas dans l'esprit des personnes. La thérapie ne dure pas éternellement. Le thérapeute n'est pas intéressé par le changement de votre orientation sexuelle. Le patient ne doit pas être couché sur un divan et faire des associations libres. La prise en charge thérapeutique n'est pas une fouille archéologique visant à déterrer des éléments du passé qui devraient être retrouvés grâce à l'hypnose dans une catharsis émotionnelle dramatique ou une abréaction.

Au cours de la discussion, la nature collaborative de la psychothérapie peut être clairement verbalisée. Le patient aura besoin d'établir des objectifs, d'apporter du matériel significatif pour travailler sur ces objectifs et aider le thérapeute à se représenter de quelle manière les schémas actuels de comportement font écho avec son passé. Le thérapeute peut rencontrer le patient à mi-chemin du travail, mais pas vraiment plus loin. S'il est confronté à une question d'un patient passif – comme : « Vous êtes l'expert. N'êtes-vous pas censé me dire ce qui cause ce symptôme ? » –, le thérapeute débutant ne doit pas adopter une attitude défensive et doit rester ouvert. Une réponse possible pourrait être : « Je ne peux pas tout comprendre tout seul. Vous et moi avons à rechercher les causes ensemble. Je ne peux pas le faire seul. »

Pour un patient fortement ambivalent quant au fait de débiter une psychothérapie, il est rarement utile de faire de la « vente forcée » dans laquelle on essaie de convaincre le patient que la thérapie est une nécessité. Cette ferveur risque de rendre le patient sceptique et même hésitant devant l'excès d'insistance du thérapeute. Dans beaucoup de cas où le thérapeute est en formation, le patient peut avoir l'impression que l'investissement dans la thérapie répond plus au besoin d'avoir un cas pour le stagiaire qu'à un besoin réel du patient d'être traité.

Pour ces patients, l'« approche Tiffany » sera plus efficace. Pendant des années, le fameux joaillier de New York (que l'on trouve maintenant partout aux États-Unis) avait la réputation de vendre des bijoux à contrecœur. Par exemple, si un client demandait un collier, le vendeur paraissait peu disposé et demandait : « Avez-vous des vêtements à porter avec ce collier ? » Le client surpris se retrouvait dans une position où il essayait de convaincre le vendeur de lui proposer un collier.

L'analogie entre la psychothérapie et la « vente » à quelqu'un est évidente. Le patient peut certainement mieux s'investir quand un thérapeute ne manifeste pas trop d'impatience à débiter la thérapie en réponse à l'ambivalence du patient. Il sera bien plus utile de dire : « Je peux vous dire que vous avez de réelles réticences à débiter une thérapie. Le succès de la thérapie dépend de la motivation du patient. Ainsi, je ne suis pas sûr qu'il s'agisse du meilleur moment pour commencer. Vous devriez peut-être prendre encore du temps pour y réfléchir. C'est un long processus, parfois difficile, et vous ne devriez pas vous y lancer avant d'être prêt. » Cette approche est authentique car elle prend en compte la situation affective actuelle du patient, et certains d'entre eux vont apprécier la sensibilité du thérapeute face à leurs profondes réserves.

Si le patient insiste ensuite pour commencer la thérapie, comme c'est souvent le cas, le thérapeute devra rester attentif et prendre le temps nécessaire avec le patient pour définir des objectifs réalistes. Comme nous l'avons noté précédemment, il est également utile de proposer une

période d'essai du traitement en proposant de réévaluer le fonctionnement de la thérapie 6 à 8 semaines plus tard.

Considérations pratiques

Beaucoup de thérapeutes débutants ont des questions pratiques qui ne trouvent pas réponse dans les manuels. Par exemple, comment accueillir un patient dans la salle d'attente ? Beaucoup de patients sont terriblement honteux d'avoir à consulter un psychothérapeute et ne souhaitent pas que leur nom soit prononcé à haute voix quand le thérapeute vient les accueillir. Plutôt que de dire « Êtes-vous M. Wilson ? », les thérapeutes peuvent discrètement demander à la secrétaire dans la salle d'attente de leur désigner le nouvel arrivant. Ensuite, ils peuvent simplement accueillir le patient en disant : « Bonjour, je suis le Dr Smith. » Cette approche laisse au patient la liberté de se présenter à haute voix dans un espace semi-public.

Beaucoup de thérapeutes permettent à leurs patients de débiter la séance en parlant de ce qui leur passe par la tête. Mais que faire si le patient « commence » avant que la séance ne démarre ? Quand le patient et le thérapeute s'avancent vers le bureau, certains patients préfèrent être silencieux, ce que le thérapeute doit respecter. D'autres entament la discussion à propos du temps, des événements actuels, ou d'autres sujets. Des patients plus curieux peuvent même poser des questions personnelles au thérapeute ou lui faire des remarques : « Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? » « Est-ce que vous êtes en formation ici ? » « Votre accent paraît européen. De quel pays venez-vous ? » « Vous paraissez terriblement jeune pour être psychiatre. » « Vous ressemblez plus à un top-model qu'à un thérapeute. » Ces questions sont déstabilisantes pour un thérapeute débutant, et il n'y a pas de « manuel de recettes » pour y faire face.

« Quand vous doutez, soyez humain » est une règle pratique et utile. Un thérapeute débutant peut facilement faire erreur en étant dans l'absence de réponse et peut paraître inhumain s'il reste complètement silencieux face aux commentaires ou aux questions du patient. Un peu de bavardage en chemin vers le bureau peut permettre aux patients de se sentir plus à l'aise et, ainsi, ils sont plus à même de se confier au thérapeute quand la séance commence. Si le patient entame la séance en abordant des problèmes personnels dans le couloir, il est possible de lui dire : « Nous parlerons de cela quand nous serons dans le bureau, » pour lui signaler que les discussions ne sont pas confidentielles dans le couloir.

En ce qui concerne les questions personnelles, les thérapeutes adoptent différentes attitudes par rapport à ce qu'ils choisissent de dire sur eux-mêmes. Ceux qui sont plus réservés par nature préfèrent ne

presque rien dire sur eux-mêmes. D'autres sont prêts à partager certains éléments de leur histoire sans que cela pèse sur le patient. Un autre aspect à garder à l'esprit est que le patient est en droit de poser certaines questions en débutant un suivi thérapeutique. Parmi ces éléments, il peut demander si le thérapeute est toujours en formation ou s'il est supervisé, quels seront les honoraires, si le thérapeute prévoit de partir dans les prochains mois dans le cadre d'un changement d'affectation ou de l'obtention d'un diplôme, combien de temps durent les séances et quelle est l'attitude face aux rendez-vous manqués.

Il y a d'autres questions auxquelles on ne peut pas donner de réponses simples. Il s'agit notamment du statut marital du thérapeute, de sa religion, de son âge et de son orientation sexuelle. Auprès de patients homosexuels, certains thérapeutes peuvent choisir de révéler qu'ils sont homosexuels également, s'ils pensent que cela peut faciliter le processus en aidant un patient à dépasser un sentiment de honte ou d'embarras. D'autres thérapeutes préfèrent conserver leur vie privée à l'écart de la prise en charge thérapeutique. S'il y a un doute à propos de la pertinence à répondre à une question, le thérapeute pourra certainement explorer pourquoi l'information est importante pour le patient. Révéler sa religion est rarement efficace en psychothérapie. Si le patient et le thérapeute pratiquent des religions différentes, certains patients pourront avoir le sentiment que le thérapeute ne les comprendra pas. Si la religion pratiquée est la même, beaucoup de suppositions pourront être faites par le patient à propos des croyances du thérapeute, dont certaines seront probablement erronées. Ces suppositions sur le thérapeute ne surgiront pas au cours de la thérapie si les patients sont certains de connaître les croyances du thérapeute.

L'âge et le statut marital sont des questions insidieuses en thérapie, et le thérapeute fera bien de s'interroger sur l'origine de ces questions. Au final, le thérapeute a le droit d'être discret sur sa vie privée. Il est tout à fait envisageable de dire à un patient curieux : « Je ne voudrais pas être impoli, mais je préfère conserver ma vie privée en dehors de la thérapie. Ce processus est centré sur vous, et l'accent doit être mis sur les manières de vous aider. »

Beaucoup de questions apparaissant au cours de la thérapie ne sont pas particulièrement personnelles. Des patients peuvent demander à leur thérapeute s'il a vu un film en particulier ou un programme à la télévision. Ils peuvent parler d'une personne connue et demander au thérapeute s'il la connaît. La plupart des thérapeutes répondent librement à ce genre de questions afin de faciliter un échange spontané et fluide. Bien sûr, certaines questions sont trop personnelles pour que l'on y réponde, mais le thérapeute doit être vigilant quant à une attitude trop formelle ou rigide face aux questions du patient. Le stéréotype de retourner toutes les questions au patient – « Et vous, qu'en

pensez-vous ? » – peut inhiber l’envie du patient de se confier dans la thérapie.

Qu’en est-il de l’arrangement des sièges dans le cabinet du thérapeute ? Même s’il est habituel d’être dans des petits bureaux au cours des stages de formation en psychiatrie, avec deux chaises se faisant face, cet aménagement n’est pas le plus optimal (pour le patient ou le thérapeute). Être assis en face l’un de l’autre peut rendre le contact visuel obligatoire et être stressant pour les deux personnes. Si l’un d’eux regarde ailleurs, cela peut embarrasser l’autre et, à terme, être socialement gênant. En revanche, si les deux chaises sont placées à un angle de 45 degrés par rapport au mur (voir figure 3.1), le patient peut choisir de regarder le thérapeute ou de regarder ailleurs si cela lui est plus confortable. Le champ de vision naturel rend le contact visuel moins obligatoire dans cet aménagement. Certains éléments sont si gênants à exprimer que les patients éprouvent plus de facilité à en parler s’ils ne se sentent pas dévisagés par le thérapeute.

Cet aménagement facilite également la gestion de l’horaire pendant la séance. La plupart des thérapeutes sont gênés de consulter l’heure et peuvent essayer de jeter un regard furtif à leur montre ou à une horloge de bureau quand le patient regarde ailleurs pendant un instant ou au cours d’un éternuement. Cette « vérification furtive » est très peu satisfaisante et peut agacer le patient qui, tôt ou tard, se rend compte de la tactique du thérapeute. Même si le thérapeute est relativement à l’aise avec le contrôle de l’heure, certains patients peuvent se sentir froissés ou blessés. Ils peuvent avoir l’impression que le thérapeute les néglige ou qu’il est ennuyé par leur discours. Évidemment, ces réactions

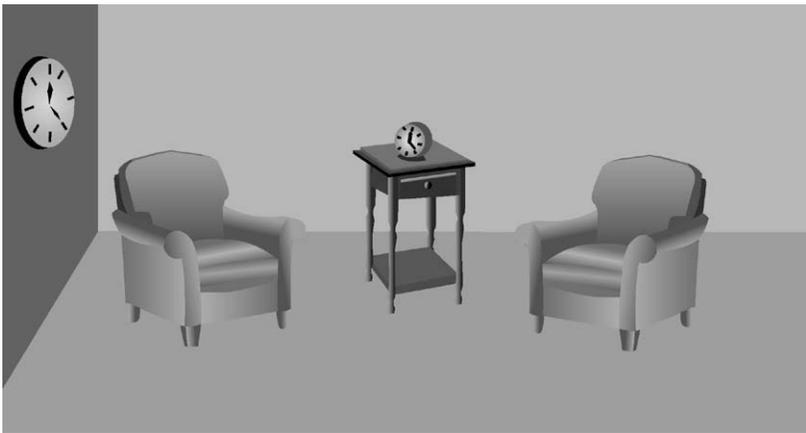


FIGURE 3.1. Arrangement des sièges recommandé (avec la chaise du thérapeute sur la droite).

peuvent être travaillées de manière fructueuse avec le patient et peuvent conduire à l'analyse intéressante de situations similaires où le patient s'est senti négligé. En ayant une horloge sur le mur faisant face à la chaise du thérapeute, l'heure peut être contrôlée par une vision périphérique. Certains thérapeutes préfèrent avoir une montre de bureau sur la table entre les deux chaises (avec quelques mouchoirs) pour que chaque personne puisse facilement consulter l'heure pendant la séance.

Les questions des limites et du cadre

La psychothérapie psychodynamique fonctionne au sein d'un cadre composé d'un ensemble de limites professionnelles, comme la localisation de la séance, sa durée, le fait que le thérapeute est payé pour fournir un service, l'absence de contact physique (excepté une poignée de main dans certains cas), des confidences personnelles limitées de la part du thérapeute, la confidentialité, et l'absence de relations duelles en dehors de la thérapie, comme des relations d'affaires, des sorties amicales ou une relation amoureuse. Cette organisation complète est destinée à être asymétrique afin que l'intention sans équivoque du thérapeute soit d'aider le patient face aux problèmes qui l'ont amené en thérapie.

Les thérapeutes débutants interprètent souvent mal les limites et les appliquent sous forme de rigidité. La notion de « cadre » est peut-être problématique car elle évoque souvent l'image visuelle du cadre rigide d'une photo. Les cordages souples d'un ring de boxe pourraient être une meilleure image (bien que l'analogie avec la boxe pose problème à d'autres égards !), car le cadre est alors extensible ou modifié pour diverses raisons. Les limites sont destinées à créer une enveloppe à l'intérieur de laquelle le thérapeute peut être empathique, chaleureux, sensible et peut établir un environnement porteur où le patient se sent compris et soutenu. Si les membres d'une famille en vacances visitent le Grand Canyon, ils trouveront des rambardes de sécurité qui les protégeront d'une chute dans le vide. Les enfants (et les adultes) pourront ainsi jouer et profiter sans craindre un drame.

De manière identique, les limites en thérapie créent un cadre sécurisant et rassurant dans lequel le patient et le thérapeute peuvent trouver un « espace de jeu » où l'on peut explorer et jouer avec les sentiments, les perceptions, les pensées et les souvenirs. Les aspects physiques du cadre permettent aux limites d'être dépassées psychologiquement au travers de l'empathie, de l'identification projective et de l'introjection (Gabbard et Lester, 2003).

De plus, les limites sont souvent flexibles ou même dépassées pour s'accommoder dans une certaine mesure à un patient ou parce que le thérapeute met en jeu une réponse de contre-transfert. Un exemple d'accommodation à un patient peut se présenter quand un patient âgé

entre dans le cabinet, trébuche sur le tapis et tombe par terre. Le thérapeute se précipite, aide le patient à se relever et lui demande s'il est blessé. D'ordinaire, le thérapeute s'abstient de toucher le patient, mais dans ce cas, il ferait une grave erreur en restant assis, immobile et sans s'émouvoir. Le patient pourrait bien décider de ne plus revenir.

Un exemple de manifestation d'une réponse de contre-transfert apparaît quand une jeune thérapeute autorise une patiente à rester 15 minutes après la fin de la séance parce qu'elle se sent touchée par cette patiente et ne veut pas la « jeter dehors ». La thérapeute explore cet incident en supervision et l'évoque ensuite dans la séance suivante avec la patiente pour discuter de la manière dont elle a été affectée par cette exception. La patiente rapporte que la thérapeute l'a fait se sentir « spéciale », permettant d'explorer la manière dont sa mère n'avait jamais fait d'exceptions pour elle. Aucun tort n'a résulté du dépassement de l'horaire, et la discussion thérapeutique a été efficace.

Les deux exemples précédents représentent les *franchissements* des limites opposés aux *infractions* aux limites (Gabbard, 2000 ; Gutheil et Gabbard, 1993, 1998) (voir tableau 3.1). Certaines brèches dans le cadre sont bénignes voire utiles. Elles sont atténuées (c'est-à-dire qu'elles sont mineures), se manifestent habituellement de manière isolée, et peuvent être reprises en thérapie. En revanche, les violations des limites, comme une relation sexuelle, sont de l'ordre de l'exploitation, ont tendance à se reproduire et ne sont généralement pas abordables avec le patient. En d'autres termes, quand les patients cherchent à aborder leurs préoccupations concernant les baisers ou les étreintes du thérapeute, le thérapeute ne tient pas compte de ces préoccupations en disant qu'elles font partie de la « relation réelle » et ne nécessitent pas de discussion (Gabbard et Lester, 2003).

Dans l'optique de conserver les limites flexibles, les thérapeutes doivent reconnaître que chaque dyade thérapeute-patient construit petit à petit un cadre unique pour ces deux personnes. Cette matrice interactive (Greenberg, 1995) implique certains compromis entre les besoins du patient et les caractéristiques personnelles du thérapeute. Certains patients peuvent avoir besoin de plus d'expression émotionnelle, de plus d'interventions verbales de la part du thérapeute, et même de plus d'humour. Certains patients peuvent se sentir perdus si le thérapeute ne peut pas s'adapter un minimum pour leur permettre de se sentir assez à l'aise et de participer à la thérapie. D'autres peuvent souhaiter avoir un thérapeute disposé à bavarder brièvement de faits d'actualité ou de films grand public. Certains thérapeutes peuvent se sentir raisonnablement à l'aise ainsi, alors que d'autres sont plus réservés et préfèrent garder leurs opinions pour eux. La dyade thérapeute-patient réalise des compromis ou un équilibre entre deux subjectivités présentes dans le cabinet.

TABLEAU 3.1. Franchissement des limites et violations des limites

Franchissements des limites	Infractions aux limites
Brèches bénignes voire utiles dans le cadre	Ruptures de l'ordre de l'exploitation dans le cadre
Se manifestent de manière isolée	Se répètent généralement
Mineures et atténuées dans la plupart des cas	Flagrantes et souvent extrêmes (par exemple conduite sexuelle inappropriée avec un patient)
Abordables en thérapie	Le thérapeute décourage généralement la discussion en thérapie
Ne créent finalement pas de tort au patient	Caused généralement du tort au patient et/ou à la thérapie

Il arrive des moments où les préférences personnelles du thérapeute peuvent être éprouvées. Une patiente d'un certain âge arrive dans le cabinet du thérapeute en sanglotant et lui dit qu'elle vient d'apprendre la mort de son fils à l'étranger. Elle tend ses bras pour se serrer dans ceux du thérapeute, et il prend rapidement la décision que, vu les circonstances, il serait désastreux de repousser cette accolade. Il la prend donc doucement dans ses bras pendant le temps qu'elle sanglote. Il l'invite ensuite à s'asseoir sur une chaise pour écouter ce qu'elle ressent. Il ne se sent pas très à l'aise de serrer cette patiente dans ses bras mais, dans ces circonstances, c'était le moindre mal. Cette accolade ne s'est produite qu'une seule fois au cours de toute la thérapie et a été discutée après que la patiente avait fait son deuil.

Beaucoup de patients demandent des accolades. Certains attendent même d'en recevoir car cela faisait partie de leur thérapie précédente ou de la thérapie de groupe à laquelle ils participaient. Ils peuvent percevoir qu'un thérapeute qui ne les touche *pas* est froid ou sans cœur. Quoi qu'il en soit, le problème pour le thérapeute est que l'on ne peut pas prédire quel sera l'impact d'un contact physique sur une personne. Même quand les thérapeutes ont les meilleures intentions en touchant le patient, l'impact peut être radicalement différent de l'intention (Gutheil et Gabbard, 1998). Un thérapeute peut considérer son accolade comme non sexuelle, mais une patiente peut avoir vécu dans son enfance des abus sexuels et se sentir très perturbée par une intrusion dans les limites de son espace corporel. Elle peut se sentir agressée par une accolade, contrairement aux intentions du thérapeute. De plus, les thérapeutes ne peuvent jamais être certains de leurs propres intentions. Inconsciemment, nous mettons en jeu différents de nos besoins quand nous sommes en lien avec les patients, et nous pouvons nous mentir à nous-mêmes. Nous pouvons étreindre un patient parce qu'il a été carencé dans son enfance et a donc besoin d'amour dans le présent pour compenser ce

dont il a été privé dans le passé. Quoi qu'il en soit, nous pouvons inconsciemment jouer nos propres envies sexuelles ou besoins.

Différentes règles pratiques sont utiles pour déterminer quels sont les contacts physiques possibles au-delà d'une poignée de main. Il est rarement conseillé au thérapeute de prendre l'initiative d'une accolade. Si le patient l'initie et que le thérapeute y répond, cela doit être un événement extraordinaire dans des circonstances exceptionnelles de la thérapie. Cela devra également être discuté – à la fois avec le patient et avec son superviseur. Des accolades régulières ont tendance à annoncer le début d'une descente sur une pente glissante menant à des infractions aux limites de plus en plus fréquentes (Gutheil et Gabbard, 1993).

La plupart des infractions flagrantes aux limites, comme les relations sexuelles avec les patients, débutent par une mise en acte subtile d'éléments du contre-transfert qui peuvent paraître bénins au commencement. Mais elles entraînent souvent un effet boule de neige quand les thérapeutes se convainquent eux-mêmes qu'ils sont simplement en train de s'adapter aux besoins du patient et qu'ils poursuivent le processus thérapeutique. La première étape sur cette pente glissante est représentée par les confidences du thérapeute à propos de problèmes personnels, ce qui conduit à une inversion des rôles. Le patient devient une oreille sympathique alors que le thérapeute lui parle de ses difficultés face à son divorce, un enfant malade, ou une maladie personnelle. L'attitude initiale du patient face à ces confidences peut être si positive que le thérapeute présume que cela aide le patient à être plus ouvert. Bientôt, le patient conforte le thérapeute et propose une brève accolade au thérapeute en fin de séance comme pour lui témoigner de son soutien à un moment où il en a besoin. Les accolades peuvent évoluer vers des baisers, pouvant se transformer en caresses, et bientôt, le thérapeute et le patient se rencontrent en dehors du cabinet pour un rendez-vous. Ici, le cadre doit être surveillé par rapport aux dérapages qui sont en train de se produire. Les thérapeutes doivent parler de ces dérapages en supervision, et ils doivent observer les raisons de ces dérapages pour les éclaircir et les justifier dans le plan global de traitement.

Le contre-transfert est omniprésent dans la thérapie. En fait, une grande part du contre-transfert est d'abord inconscient, et nous en prenons conscience généralement au travers de comportements qui nous surprennent. Ils peuvent être explorés avec un superviseur d'un côté et avec le patient, par rapport à leurs significations, d'un autre côté.

Le fait que le thérapeute soit *présent pour* le patient est une composante fondamentale de la psychothérapie qui peut réellement transcender les considérations de limites et de cadre. Les thérapeutes ne répondent pas au téléphone ou à des messages pendant les entretiens car leur temps appartient au patient pendant les 45 à 50 minutes de la séance. Des urgences arrivent parfois ; on peut alors faire des exceptions

dans le fonctionnement habituel. Quoi qu'il en soit, ces exceptions sont rares et doivent être discutées avec le patient. Du temps supplémentaire peut être attribué à la fin de la séance pour compenser le temps perdu pendant la durée de l'appel téléphonique. Si l'urgence perturbe complètement l'entretien, le thérapeute peut proposer de reprogrammer un rendez-vous et de ne pas faire payer la séance interrompue.

Prendre des notes est souvent utile durant l'entretien d'évaluation pour s'assurer de collecter correctement les éléments de l'anamnèse et de retenir les informations essentielles à l'élaboration du plan de traitement. Toutefois, prendre des notes pendant une séance de psychothérapie peut perturber l'établissement du lien et l'empathie. Cela empêche également l'immersion du thérapeute dans le contre-transfert suscité par le patient de sorte que les informations importantes pour la thérapie ne sont pas perçues. Des thérapeutes peuvent souhaiter prendre des notes pour leur supervision à propos de leurs interventions ou des thèmes que le patient a abordés. Cependant, il est conseillé de rédiger ces notes après la séance, avant que le patient suivant n'arrive ou plus tard dans la journée.

Ces notes décrivant l'entretien sont appelées les *notes sur l'évolution thérapeutique* et doivent être conservées séparément du dossier médical. Quand un patient demande à consulter celui-ci ou si une procédure judiciaire aboutit à sa saisie, les observations du thérapeute sur la psychothérapie restent confidentielles si elles ont été consignées dans un dossier séparé. Elles sont considérées comme étant la propriété du psychothérapeute, et de même, les thérapeutes en formation peuvent librement prendre des notes concernant leur propre contre-transfert ou leurs impressions sur un patient ; parmi ces notes, des informations ne sont pas destinées au patient. En revanche, les notes officielles dans le dossier sur le cours de la thérapie sont consultables par le patient à la demande d'un juge ; elles doivent être concises et respectueuses de la confidentialité du patient. De telles notes peuvent aborder de larges thèmes dans la thérapie, par exemple : « Le patient aborde aujourd'hui ses relations complexes avec les femmes et nous avons exploré comment cela est lié à des aspects du transfert. » Des données importantes pouvant avoir des conséquences judiciaires peuvent être ajoutées à ces notes, comme les réponses au traitement médicamenteux et les modifications de celui-ci, des pensées suicidaires, ou des décisions importantes concernant le traitement.

Honoraires

Les honoraires font partie des plus grandes difficultés pour le thérapeute débutant. La plupart d'entre eux ont l'impression de ne pas vraiment mériter des honoraires parce qu'ils sont inexpérimentés et apprennent

leur profession. Cependant, la thérapie est un travail difficile, et les praticiens sont en droit d'être payés pour cela. Des honoraires non réglés risquent de s'accumuler chez le thérapeute en formation s'il n'ose pas aborder le sujet. Parmi les craintes du thérapeute se manifestent celle qu'un patient quitte la thérapie ou celle d'être insensible en abordant le défaut de paiement.

Des sentiments de colère ou d'agressivité se cachent souvent derrière la question des honoraires. Les thérapeutes débutants doivent garder à l'esprit que les honoraires sont un rappel concret que la relation thérapeutique n'est pas de l'amitié, ni une relation familiale, ni une relation amoureuse. Winnicott (1954) relevait que l'amour et la haine sont tous deux inhérents à la relation thérapeutique. La présence d'une compréhension empathique dans un environnement étayant est vécue comme de l'amour et du soin par le patient. Le patient peut cependant interpréter les honoraires et les contraintes horaires comme reflétant de la haine et de l'agressivité. Beaucoup de patients ont le souhait de trouver en leur thérapeute un parent parfait dont ils ont manqué durant leur enfance. Si le thérapeute ne fait pas payer, le patient pourra penser qu'il a finalement trouvé cette figure imaginaire idéalisée. Quand les patients sont confrontés à une note d'honoraires, ils peuvent en effet être en colère, mais l'exploration de leurs attentes quant à ce paiement peut être extrêmement utile pour la thérapie. Elle peut révéler des fantasmes presque conscients d'être pris en charge sans avoir à être responsable de payer les honoraires.

Les thérapeutes débutants doivent se souvenir du vieil adage disant : « Tu reçois ce pour quoi tu payes. » Une thérapie assurée gratuitement dans les faits, puisque la note d'honoraires n'est pas payée, peut laisser entendre au patient que le service fourni n'a pas de valeur. Aussi, si le thérapeute n'ose pas parler de la note pour des raisons liées au contre-transfert, que peut penser le patient de cette réticence ? Le thérapeute se dénigre-t-il tellement qu'il n'ose pas demander le paiement ? La psychothérapie doit revêtir un aspect de sacrifice de la part du patient. Si aucun sacrifice n'est nécessaire, les patients vont imaginer que le processus se poursuivra toujours et ils ne se sentent pas mobilisés par la réalisation de leurs objectifs. Beaucoup de cliniques de formation ont des échelles de repères, et quand le thérapeute s'écarte de ces échelles, la raison doit être claire et travaillée en profondeur avec un superviseur.

Quand des personnes en formation sont diplômées de leur programme d'apprentissage et commencent à pratiquer, elles comprennent rapidement que le fait d'appliquer des honoraires trop faibles peut conduire à des ressentiments de leur part. Le patient ne bénéficiera pas d'une prise en charge optimale si le thérapeute a de la rancœur à propos de l'arrangement financier. Ce ressentiment peut également être présent durant les phases de formation.

Une interne de troisième année reçoit un patient aux consultations externes d'un hôpital public, où le patient ne paye rien. Cependant, la thérapeute utilise un parking qui lui coûte 5 dollars à chaque fois qu'elle se rend à la consultation. Elle constate au fur et à mesure que la thérapie *lui* coûte à elle plutôt qu'au patient. Elle ressent souvent qu'*elle* est celle qui fait des sacrifices à la place du patient. À sa décharge, elle a identifié cette réponse contre-transférentielle spécifique et en a parlé avec son superviseur.

Les patients peuvent bien ressentir la gêne des thérapeutes débutants à établir des honoraires raisonnables et à insister sur le paiement. Ils peuvent profiter de cette vulnérabilité chez le thérapeute pour insister sur des honoraires faibles alors qu'ils dépensent beaucoup d'argent dans une multitude de choses pouvant paraître frivoles en comparaison de la thérapie. Un thérapeute débutant demanda de faire une exception sur l'échelle de repères concernant les honoraires dans la politique de sa clinique universitaire. Son patient ne payait que 20 dollars par séance de thérapie, et il disait que même ce montant était une charge au regard de son budget limité. Le thérapeute fut chagriné d'apprendre plus tard que ce patient fit un voyage à Hawaii pour une semaine de congés. Le patient raconta même au thérapeute combien ce séjour avait été merveilleusement relaxant !

Cadeaux

Les patients souhaitent régulièrement apporter un cadeau à leur thérapeute. Bien que les cadeaux aient été considérés un temps comme étant complètement hors cadre dans la psychothérapie psychodynamique et dans la psychanalyse, la pensée a changé au cours du temps sur ce sujet. Des cadeaux peu onéreux ou des objets fabriqués par le patient peuvent parfois être acceptés de la part de certains patients dans la thérapie. Parfois, il est destructeur pour l'alliance thérapeutique et pour l'estime du patient de refuser ce genre de cadeaux. Certains patients ont besoin de sentir qu'ils peuvent rendre quelque chose en échange au thérapeute et le refus de leurs cadeaux peut être une expérience honteuse difficile à surmonter.

Par ailleurs, les cadeaux peuvent également être utilisés comme une manière inconsciente de soudoyer pour s'attirer les bonnes grâces du thérapeute, pour le manipuler dans une forme de complicité avec le patient afin d'éviter d'aborder certaines questions difficiles dans la thérapie, ou comme une manière de parer à de l'agressivité ou de la colère de la part du thérapeute. Ainsi, même si les cadeaux sont acceptés, leur sens doit être généralement exploré avec le patient pour rechercher la présence d'intentions cachées liées à ce cadeau.

Le thérapeute est de temps à autre dans une position où le choix de la réponse adaptée est ambigu. Il n'est pas sûr de la valeur d'un cadeau ou bien craint de heurter les sentiments du patient s'il refuse un cadeau. Une autre situation ambiguë renvoie à la signification culturelle du cadeau. Par exemple, quand un thérapeute en formation refuse un cadeau ou de l'argent d'un patient du Moyen-Orient, le patient l'informe que, dans son pays, il y a un dicton : « Celui qui rejette mes cadeaux est mon ennemi. » Dans ces situations ambiguës, le thérapeute peut différer sa décision par rapport au cadeau. Il peut dire au patient qu'en tant que thérapeute, il a besoin de discuter de ce cadeau avec son superviseur ou de se référer à la politique du centre avant de prendre sa décision. Dans ces situations, le thérapeute peut garder le cadeau dans son bureau, ou bien le patient peut le conserver et le ramener lors de la séance suivante.

La question de la confidentialité

La question de la confidentialité est un aspect fondamental du cadre dans la psychothérapie. Des patients ne vont pas dévoiler leurs secrets les plus sombres et la plupart de leurs fantasmes honteux à moins d'être certains qu'ils vont être gardés. Les thérapeutes débutants connaissent ce principe, mais ils rapportent aussi des éléments de la thérapie à leur superviseur et ils entendent des présentations de cas cliniques où des aspects confidentiels du patient sont discutés librement. Ce contexte conduit à une perte de l'importance de la confidentialité qui peut se révéler très problématique.

Il faut rappeler aux psychothérapeutes en formation que la confidentialité ne doit pas être prise à la légère, et ce en aucun cas. Les thérapeutes ne devraient pas parler de leurs patients à leurs conjoints ou à des membres de leur famille. S'ils voient un patient dans un restaurant ou dans une manifestation publique, ils ne devraient pas ouvertement saluer le patient à moins que celui-ci ne parle en premier, ne fasse un signe de la tête ou de la main. Certains patients préfèrent garder strictement pour eux le fait de consulter un thérapeute et ils ne salueront pas leur thérapeute en présence de membres de leur famille. Même le fait de recevoir un patient est confidentiel. Ainsi, si quelqu'un demande à un thérapeute : « Vous voyez Jane Smith ? », la meilleure réponse est quelque chose comme : « Je ne peux pas révéler quelles sont les personnes que je reçois ou non à cause d'une question de confidentialité. » Même les informations que l'on entend en psychothérapie doivent rester confidentielles. Par exemple, si un thérapeute entend des commérages croustillants par le patient à propos d'une connaissance ou d'un ami commun, ces informations ne doivent pas être répétées. Quand on doit utiliser les informations d'un cas pour une présentation dans une

conférence d'enseignement, les caractéristiques pouvant identifier le patient doivent être modifiées pour qu'on ne puisse pas le reconnaître. Si une personne en formation commence à saisir qu'elle connaît le patient, elle quittera discrètement la conférence.

Les thérapeutes débutants peuvent être pris dans un dilemme complexe si un membre de la famille du patient les appelle. Certains d'entre eux souhaitent avoir des informations sur le cours de la thérapie. D'autres veulent donner des informations au thérapeute sur le comportement du patient car ils pensent que ce dernier ne le fait pas. Dans ces circonstances, le thérapeute peut écouter patiemment ce que le membre de la famille a à dire, mais ensuite, il est obligé d'expliquer à la famille que le contenu de la thérapie est confidentiel et rien ne peut en être révélé à la famille. Face au dommage potentiel sur l'alliance thérapeutique si le patient découvre que le thérapeute a parlé à un membre de la famille, le thérapeute doit également informer la personne qui le contacte qu'il parlera de cet appel au patient lors du prochain entretien psychothérapeutique.

Résumé

La priorité lorsqu'on débute un processus psychothérapeutique est d'établir une alliance thérapeutique en écoutant de manière empathique les préoccupations du patient. Il faut répondre directement à certaines questions que les patients nous posent au début de la thérapie alors que d'autres sont plus complexes et nécessitent une appréciation clinique pour apporter une réponse appropriée. La psychothérapie psychodynamique s'effectue au sein d'un cadre composé d'un ensemble de limites professionnelles. Ces limites – comme les honoraires, l'arrangement du bureau, l'absence de contact physique, l'absence de relations avec le patient, la durée de l'entretien, et des confidences personnelles limitées de la part du thérapeute – sont destinées à créer un cadre rassurant et sécurisant où le patient se sent libre de tout dire ou de ressentir librement sans avoir à se soucier des conséquences sur la relation avec le thérapeute. Des brèches bénignes dans le cadre, se rapportant au *dépassement des limites*, doivent être différenciées des *violations aux limites*. Les premières sont des transgressions utiles du cadre qui se manifestent généralement de manière isolée, sont mineures et surtout sont abordables avec le patient. Les violations des limites, quant à elles, sont souvent répétées, non abordables et causent du tort au patient.

Prendre des notes pendant l'entretien doit être évité pour rendre possibles le contact avec le patient et l'immersion dans son récit. Les thérapeutes débutants ont souvent des difficultés à faire payer et percevoir leurs honoraires, mais cette difficulté doit être travaillée en supervision plutôt que d'être évitée. La confidentialité est sacro-sainte,

et les thérapeutes doivent toujours être attentifs aux situations où des informations confidentielles peuvent s'ébruiter de manière non intentionnelle.

Références

- Frieswyck SH, Allen JG, Colson DB, et al: Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 54:32–38, 1986
- Gabbard GO: *Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000
- Gabbard GO, Lester E: *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003
- Gibbons MGC, Crits-Christoph P, de la Cruz C, et al: Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research* 13:59–76, 2003
- Greenberg JR: Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanal Q* 64:1–22, 1995
- Gutheil TG, Gabbard GO: The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk management dimensions. *Am J Psychiatry* 150:188–196, 1993
- Gutheil TG, Gabbard GO: Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. *Am J Psychiatry* 155:409–414, 1998
- Horvath AD, Symonds BD: Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 38:139–149, 1991
- Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG, et al: *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al: The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 64:532–539, 1996
- Luborsky L: *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York, Basic Books, 1984
- Martin DJ, Garske JP, Davis KK: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68:438–450, 2000
- Poland WS: The analyst's witnessing and otherness. *J Am Psychoanal Assoc* 48:16–35, 2000
- Winnicott DW: Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytic set-up, in *Collected Papers: Through Pediatrics to Psycho-Analysis*. New York, Basic Books, 1954

CHAPITRE 4

Les interventions thérapeutiques

Que dit et fait le thérapeute ?

S'ils ont un talent inné, la plupart des psychothérapeutes débutants peuvent établir un lien et écouter de manière empathique l'histoire de leur patient. Puis ils commencent à se poser deux questions essentielles : que dois-je dire, et que dois-je faire ? Les représentations du thérapeute silencieux au visage impassible les hantent généralement. La plupart des débutants ont tendance à penser qu'ils réagissent trop spontanément, qu'ils en disent trop et qu'ils sont trop engagés avec le patient. Évidemment, toutes ces situations sont possibles, mais le scénario le plus courant est que le jeune thérapeute – craignant la spontanéité, l'implication affective et le caractère trop naturel de ses réponses – est trop rigide et formel.

Neutralité, anonymat, abstinence

Trois principes de la technique qui sont souvent attribués à Freud – neutralité, anonymat et abstinence – ont suscité des incompréhensions chez les nouveaux thérapeutes durant des décennies. Freud lui-même n'a pas complètement appliqué ces principes dans son travail clinique (Lohser et Newton, 1996) et il a probablement voulu cadrer ses disciples de crainte qu'ils ne s'engagent dans des analyses sauvages et qu'ils entachent la réputation de sa science nouvelle. Ces deux dernières décennies, les psychanalystes et les thérapeutes psychodynamiques ont entamé un changement important dans la manière de définir la participation du thérapeute. Peu d'entre eux trouvent souhaitable l'image dépassée du thérapeute au visage de pierre, impassible. Ces trois termes sont utiles à un certain degré, mais dans un sens *relatif*. Aucun d'entre eux ne doit conduire le jeune thérapeute à être froid, distant ou lointain du patient.

La *neutralité* n'a jamais eu la vocation d'induire de la froideur ou de la distance. La perception la plus généralement admise de ce terme a été de maintenir une distance équivalente entre le Ça, le Moi, le Surmoi et la

réalité externe. Ces élaborations métapsychologiques sont souvent difficiles à localiser pour le thérapeute et mettre ces définitions en pratique est un défi considérable. Il existe un principe sous-jacent toujours valide. Pour comprendre les souhaits du patient, ses attentes et même son comportement, le thérapeute psychodynamique essaie de rester dans une attitude de non-jugement. Les patients ont beaucoup plus tendance à se confier à un thérapeute s'ils se sentent compris plus que jugés.

Le fait que les thérapeutes aient tout le temps un jugement intérieur sur le patient est l'une des difficultés majeures à établir une relation sans jugement dans la psychothérapie. Comment l'un d'entre nous pourrait constamment ne pas montrer ses émotions, ses réactions et ses opinions ? Nous effectuons une quantité de jugements à chaque séance avec le patient. Nous avons des opinions sur l'habillement des patients, sur ce qu'ils disent, ceux qu'ils choisissent comme partenaires amoureux, leurs pratiques sexuelles, comment ils dépensent leur argent et comment ils choisissent d'utiliser leur temps en psychothérapie. Cependant, en même temps, un thérapeute psychodynamique cautionne le principe que les patients doivent être autonomes dans les prises de décision concernant leur vie. Par-dessus tout, la thérapie ne doit pas être coercitive.

Sur beaucoup de questions importantes pour le patient, le thérapeute doit également être capable de maintenir une attitude raisonnablement sans jugement. Par exemple, un patient ayant des problèmes conjugaux complexes peut être obnubilé par le pour et le contre d'un divorce. Un thérapeute doit être capable de considérer les deux aspects du dilemme du patient et de maintenir une position neutre raisonnable quand le patient prendra finalement sa décision. Concernant d'autres sujets, comme l'abus sexuel d'un enfant, le fait d'avoir commis un délit, ou le refus de payer les honoraires de la thérapie, le thérapeute aura des réactions non équivoques et claires vis-à-vis du patient. À certains moments, il est même utile de faire part de ces sentiments aux patients. Les thérapeutes ne réagissant pas à l'évocation de crimes crapuleux ou de cruauté peuvent être perçus comme approuvant tacitement le comportement du patient, comme étant de connivence avec la rationalisation du patient considérant que son comportement est d'une certaine manière acceptable.

Cette discussion sur la neutralité mène directement au concept d'*anonymat*. Il est maintenant largement entendu que les thérapeutes se dévoilent continuellement par une multitude de manières. Le choix des œuvres et des photographies dans le cabinet, la manière dont les expressions faciales changent en fonction des commentaires du patient, et même le choix du moment où le praticien prend la parole dans la séance en disent beaucoup sur le thérapeute. À cause de l'asymétrie inhérente à leur relation voulant que le sujet principal soit les problèmes

du patient, les thérapeutes ne parlent pas de leur vie privée, de leur famille ou de leurs problèmes personnels. Partager des problématiques personnelles peut peser sur les patients au point qu'ils se sentent en charge du thérapeute.

L'idée originale de l'anonymat est qu'il est nécessaire de dissimuler au patient les « caractéristiques réelles » du thérapeute pour éviter la « contamination » du transfert du patient au praticien. Ce point de vue n'est plus approuvé par la plupart des thérapeutes psychodynamiques car il est actuellement largement admis qu'il existe un impact continu sur la perception qu'a le patient de son thérapeute quoi que ce dernier fasse ; il est donc virtuellement impossible d'éviter une influence sur le transfert du patient. Par exemple, si les thérapeutes choisissent d'assumer un silence, un retrait, une attitude impassible, le patient va percevoir le thérapeute comme distant, silencieux, avec peu d'implication émotionnelle. Le transfert va être une perception réaliste du comportement du thérapeute plus qu'un reflet des relations passées du patient.

Le principe de l'*abstinence* est une exhortation à éviter une gratification excessive des désirs transférentiels du patient. Une absence totale de gratification aura comme conséquence l'arrêt de la thérapie. À moins que le patient n'obtienne quelque chose du praticien, la thérapie va vraisemblablement s'arrêter. Pire, le patient pourrait se soumettre de manière masochiste à un thérapeute « froid », pensant recevoir finalement une gratification pour sa soumission. Les thérapeutes apportent une satisfaction implicite en écoutant simplement d'une manière humaine et chaleureuse les préoccupations du patient. Ils peuvent rire à une blague. Ils peuvent avoir la larme à l'œil en entendant une histoire triste. Ils peuvent manifester sur leur visage de la joie lorsqu'ils voient le patient au début des séances. Ils doivent maintenir une forme d'abstinence concernant les souhaits de gratification sexuelle et tout autre forme d'exploitation potentielle du patient à des fins personnelles.

Une attitude de *réserve* est vraisemblablement l'évolution actuelle de cette tradition psychanalytique fondée sur l'anonymat, la neutralité et l'abstinence. Généralement, les thérapeutes souhaitent voir leur patient dans une position de décision de ce qui est le mieux pour eux, indépendamment des attitudes du thérapeute. En même temps, un certain degré de spontanéité est également souhaitable. Les thérapeutes doivent pouvoir se permettre d'entrer dans la « danse » du patient et laisser cours dans une certaine mesure à leur contre-transfert pour appréhender le monde intérieur du patient. Si un thérapeute est complètement réticent à suivre le patient le guidant sur la piste de danse, la musique s'arrêtera. Comme Gabbard et Wilkinson (1994) l'ont noté, « l'état d'esprit optimal pour les thérapeutes est présent quand ils se permettent d'être "aspirés" dans le monde du patient tout en conservant leur capacité d'observer ce qui se passe en face d'eux. Dans cette situation,

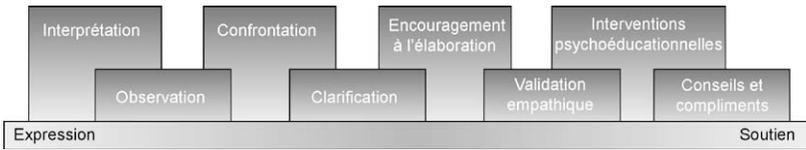


FIGURE 4.1. Continuum action–soutien des interventions.

les thérapeutes vivent réellement leurs propres pensées même s'ils sont dans une certaine mesure sous l'influence du patient » (p. 82).

Interventions du thérapeute

Les commentaires faits par le thérapeute au patient sont souvent regroupés dans les catégories consacrées des interventions psychothérapeutiques. Cependant, certains commentaires ne font partie d'aucune de ces catégories et la préoccupation concernant l'utilisation de ses propres interventions ne doit pas interférer avec la conversation spontanée se déroulant dans le dialogue thérapeutique. Les interventions peuvent être présentées sur un continuum action–soutien, comme indiqué sur la figure 4.1.

Sur la partie gauche de la figure 4.1, l'intervention la plus active est l'interprétation. Cette intervention est souvent considérée comme l'outil essentiel du thérapeute psychodynamique pour permettre au patient de comprendre et de favoriser une prise de conscience. L'intention est de donner accès au patient à des contenus étant préalablement hors du champ de sa conscience. Alors que cela sous-entend qu'à certains moments on rend conscient quelque chose qui était précédemment dans le champ de l'inconscient, cela implique à d'autres moments de signaler des liens entre des événements quand le patient ne les perçoit pas. On trouve également un aspect explicatif à l'interprétation. Les thérapeutes essaient d'aider leurs patients à acquérir une capacité de prise de conscience (renforcée) en expliquant certains ressorts et leur signification. Le cas clinique suivant donne un exemple du travail interprétatif.

Un jeune homme de 22 ans qui présente des difficultés à s'ancrer dans le monde dit à sa psychiatre que sa mère est en colère contre lui car il vit toujours chez ses parents et qu'il ne trouve pas un travail intéressant le satisfaisant. Il s'en plaint à sa thérapeute.

– *Patient*. Ma mère est tout le temps en train de me harceler. Je déteste vivre selon ses règles. Je voudrais qu'elle me laisse tranquille.

– *Thérapeute*. Pour l'instant, vous ne recherchez pas de travail qui pourrait vous permettre d'être indépendant.

– *Patient*. C'est parce que je ne trouve rien d'intéressant dans les offres d'emploi.

- *Thérapeute*. Parfois, il faut accepter un emploi que vous n'appréciez pas vraiment pour être autonome et indépendant vis-à-vis de vos parents.
- *Patient*. Croyez-moi, j'ai épluché toutes les offres d'emploi et il n'y a rien de disponible dans la situation actuelle de chômage. C'est la crise économique.
- *Thérapeute*. Vous savez, j'ai l'impression que vous créez en fait une situation de conflit à la fois avec votre mère et moi-même en adoptant une attitude d'opposition par rapport à votre recherche d'emploi. Je me demande si le conflit ne vous donne pas l'impression que quelqu'un s'occupe de vous.

Dans cette interprétation, la thérapeute fait un lien entre la relation avec la mère du patient et la relation dans le transfert avec elle. Dans les deux situations, le patient rejoue un schéma d'opposition avec la personne qui le pousse à trouver un travail. Selon sa perspective, considérant que le patient est clairement ambivalent face à un changement dans la situation, la thérapeute déduit qu'il investit cette situation de statu quo pour des raisons dont il n'est pas conscient. Elle lui signifie qu'il a l'impression qu'on est attentionné avec lui, que l'on prend soin de lui et qu'il ne veut pas perdre cette protection. Elle présente son interprétation comme une possibilité – « Je me demande si... » – pour éviter une position autoritaire et permettre au patient d'avoir un point de vue différent. Les désirs inconscients, les fantasmes ou les croyances sont souvent au centre du travail d'interprétation, car ils sont présents dans les relations infantiles, les relations actuelles en dehors de la thérapie et dans le transfert.

Les thérapeutes débutants font souvent l'erreur de confondre le transfert avec ce que les patients disent ressentir à propos du thérapeute. Le transfert peut certainement comporter ces sentiments exprimés oralement, mais il est plus manifeste quand un patient parle ou entre en relation avec le thérapeute. Les sentiments se développant dans le transfert sont d'abord inconscients. Dans la plupart des cas, on déduit les désirs, les peurs et les sentiments du transfert avant qu'ils ne soient réellement dans le champ de la conscience du patient et qu'ils soient verbalisés. Comme principe général, on doit différer l'interprétation du transfert jusqu'à ce qu'il s'approche de la conscience du patient. Si le transfert est interprété prématurément, le patient peut se trouver dans l'incapacité totale de faire des liens avec ce que le thérapeute dit et il se sentira incompris. Un adage utile suggère de formuler l'interprétation et d'y réfléchir quatre fois avant de l'exprimer. Parfois, différer l'interprétation du transfert fournit du temps aux patients pour qu'ils prennent eux-mêmes conscience de leurs sentiments dans le transfert.

M. C., un juriste d'environ 35 ans, est en thérapie avec le Dr D., une psychiatre d'approximativement le même âge. Il a beaucoup de difficultés à trouver une intimité satisfaisante dans ses relations amoureuses, et après le début de la thérapie, il commence à sortir avec une femme pasteur célibataire de sa paroisse. Il ne paraît pas comprendre que cela pose un problème à cette dernière d'être placée dans un rôle double avec un de ses paroissiens. Dans un sens plus large, il s'agit d'un problème de limites pour elle. Ils se séparent bientôt et il commence à sortir avec une femme médecin. Il exprime de la frustration à sa thérapeute en évoquant une situation au domicile de cette femme où il s'est assis sur le canapé mais où elle a choisi de s'asseoir sur une chaise en face de lui. Quand il a essayé de l'embrasser, elle a détourné son visage avant que leurs lèvres ne se touchent.

En entendant cela, le Dr D. note en silence qu'il est sorti avec deux femmes exerçant des professions libérales, l'une d'entre elles exerçant la même profession qu'elle-même. Elle prend également conscience que la disposition qu'il a décrite dans la maison de cette femme est exactement la même que dans son cabinet : elle est assise sur une chaise et il est assis à côté d'elle sur un divan. Cependant, elle sait que le patient ne peut pas encore faire ce lien, et elle garde donc simplement cette interprétation pour elle, à savoir qu'il est probablement en train de jouer dans le transfert des désirs d'autres relations.

Quand M. C. quitte le bureau, il demande au Dr D. si elle souhaite un billet pour un prochain concert, car il travaille pour un organisme qui a facilement accès à des places. Le Dr D. décline son offre, en expliquant qu'accepter des cadeaux de sa part pourrait affecter la relation thérapeutique de manière imprévisible.

Après avoir rompu avec la femme médecin, le patient entame rapidement une relation amoureuse avec une autre femme médecin, et la thérapeute est de plus en plus convaincue que ce schéma reflète le déplacement d'un transfert érotique sur d'autres femmes. Jusque-là, le patient est incapable de verbaliser la dimension de ces enjeux amoureux.

Une semaine plus tard, M. C. arrive à la séance avec un souci important concernant l'annulation de son vol à cause du mauvais temps. Il demande à la thérapeute s'il peut emprunter son téléphone pour contacter la compagnie aérienne. Elle dit rapidement oui, le patient appelle, apprenant que son vol est finalement maintenu. Quand il revient s'asseoir, il dit : « C'est gentil de votre part de me laisser emprunter votre téléphone. » Il dit ensuite qu'il souhaite lui dire deux choses avant que la séance ne prenne fin. Il évoque la première chose qui ne paraît finalement pas si importante. L'esprit de la thérapeute est flottant pendant qu'elle se demande pourquoi elle lui a permis d'utiliser son téléphone, alors qu'il a sûrement un téléphone portable et qu'il y a une cabine téléphonique à la sortie de son immeuble. Soudain, son attention revient et elle l'entend

prononcer les mots suivants : « Je veux dire que se trouve ici cette magnifique femme, attentive, que Dieu a mis sur mon chemin. Je sais que je ne peux vraiment pas l'avoir – ce n'est pas bien de sortir avec sa thérapeute, mais j'aimerais tellement... »

Soudain, la thérapeute vire au rouge et se dit : « Mon Dieu, il est en train de parler de moi ! » Elle se recentre et fait le commentaire suivant : « Je suis contente que vous vous sentiez suffisamment à l'aise ici pour exprimer ce genre de sentiments dans la thérapie. Il est très classique de développer une variété de sentiments à l'égard de son thérapeute, notamment des sentiments amoureux. » Elle opine de la tête de manière rassurante mais elle sent bien qu'elle est rouge comme une pivoine. Cet échange a eu lieu en fin de séance, et le patient rappelle tout à coup qu'il doit se rendre à l'aéroport. Tous les deux se ruent vers la porte, en trébuchant presque l'un sur l'autre. Quand M. C. vient à la séance suivante, il commence en disant : « J'espère que cela ne pose pas de problème que j'ai exprimé mes sentiments lors de la séance passée. » Il ne donne pas l'impression d'avoir remarqué qu'elle avait rougi, mais il paraît réellement préoccupé du fait qu'il n'aurait pas dû évoquer le sujet.

La Dr D. répond : « Bien sûr que cela ne pose pas de problème. La thérapie est un lieu où vous pouvez tout dire sans avoir à censurer vos pensées. De plus, en explorant les sentiments que vous avez à mon égard, vous devriez mieux comprendre vos relations en général. »

À ce moment, c'est le patient qui rougit : « Cela ressemble à un schéma qui se reproduit, n'est-ce pas ? »

La thérapeute dit : « Eh bien, vous êtes sorti avec des médecins, des femmes exerçant la même discipline que moi, et vous avez trouvé qu'elles ne répondaient pas suffisamment à vos avances. Ce qui se passe ici est peut-être analogue au schéma extérieur à ce cabinet. Vous tombez amoureux de femmes actives mais qui ne peuvent vraiment pas vous répondre de la manière que vous souhaiteriez. »

Dans ce cas, la thérapeute diffère l'interprétation du transfert érotique jusqu'à ce qu'il soit suffisamment proche de la conscience du patient pour qu'elle n'ait pas à délivrer cette interprétation ; le patient en prend conscience par lui-même. Quand il a exprimé ses sentiments, le Dr D. a été perturbée à leur évocation et manifestement gênée au point que le patient a sûrement remarqué qu'elle a rougi – inconsciemment si ce n'est consciemment. Beaucoup de thérapeutes sont troublés quand un patient dit : « Je vous aime », ou « Vous m'attirez ». Le Dr D. s'est très bien sortie de son embarras et a été capable d'utiliser correctement le transfert érotique lors de la séance suivante. Elle n'a pas eu besoin de l'interpréter, puisqu'il était déjà conscient, mais elle a effectivement interprété le lien entre ces rencontres avec des femmes non disponibles en dehors de la thérapie et son désir ardent pour elle.

L'interprétation peut également renseigner l'architecture de la résistance. Les thérapeutes rendent leurs patients conscients de la manière dont ils utilisent leurs défenses et ce contre quoi ils se défendent. En d'autres termes, ils peuvent attirer l'attention sur des peurs ou des fantasmes qui se répandent dans la thérapie et qui s'appliquent souvent dans le transfert en cours.

Le degré selon lequel le processus thérapeutique psychodynamique est plus interventionniste ou exploratoire que de l'ordre du soutien se fonde non seulement sur le nombre d'interventions interprétatives, mais aussi sur l'attention portée aux éléments du transfert.

Le fait que l'accent soit davantage porté sur l'intervention active ou le soutien dans la thérapie est également lié à la fréquence des séances. En général, une thérapie destinée à être plus active met davantage l'accent sur le transfert et aura lieu deux ou trois fois par semaine, là où la thérapie de soutien a lieu une fois par semaine ou moins. En augmentant le nombre de séances, le transfert s'intensifie, et il devient ainsi une cible d'interventions du thérapeute. Il est très difficile d'effectuer une psychothérapie psychodynamique à une fréquence inférieure à une fois par semaine, sinon la continuité entre les séances est rompue et parce qu'il est difficile de rester centré sur les questions du transfert à une fréquence moindre.

À certains moments, il est judicieux d'éviter d'interpréter le transfert. Si le transfert du patient est essentiellement positif et facilite le travail, certains thérapeutes choisiront de ne pas l'interpréter ou de l'explorer selon ce principe fondamental « ce n'est pas la peine de réparer quelque chose qui marche bien. » Une ligne directrice utile est que le *transfert doit être interprété quand il devient une résistance pour le processus thérapeutique*. Le transfert négatif en est un des exemples les plus évidents. Si un patient est en retard aux séances, refuse de réfléchir aux observations du thérapeute et ne fait pas de progrès, le thérapeute peut fournir un élément d'introspection avec une interprétation comme : « Je me demande si votre tendance à venir ici en retard et à ne pas vouloir réfléchir aux observations que je propose peut être liée au fait que vous me considérez comme si j'étais votre père. Vous m'avez dit si souvent que vous n'écoutez pas ce qu'il dit. » Si cette intervention est juste, le patient commence à comprendre qu'il perçoit son thérapeute comme son père et qu'ainsi il ne permet pas à la thérapie de l'aider.

Certains thérapeutes vont dans un premier temps se concentrer sur les situations extratransférentielles parce que le patient se sent très gêné de parler de ses sentiments pour le thérapeute. Beaucoup de conflits similaires se manifestant dans la relation avec le thérapeute se produisent également dans les relations à l'extérieur. Les psychanalystes et les thérapeutes analytiques tendent souvent à enjoliver le travail sur le transfert, comme si l'exploration des relations en dehors du transfert n'était

pas aussi intéressante. Ce biais peut conduire des thérapeutes à forcer leurs patients à s'intéresser à la question de leur transfert alors qu'ils n'y sont pas prêts. Certains patients trouvent trop honteux et embarrassant de parler des sentiments de « l'ici et maintenant » directement en face du thérapeute. De plus, les thérapeutes devraient toujours garder à l'esprit que le transfert n'est pas une fin en soi mais plutôt un moyen pour arriver à une fin. Nous utilisons le transfert pour aider le patient à comprendre des relations significatives *en dehors* de la thérapie.

Les interprétations extratransférentielles peuvent être extrêmement utiles pour permettre une certaine introspection dans les relations avec des partenaires amoureux, des enfants, des parents et d'autres personnes importantes. Un jeune homme constamment animé par des ressentiments concernant la manière dont son patron le traitait décrivait cette relation et celle avec son père avec une étrange similarité. Cependant, il ne faisait pas le lien entre les deux, et le thérapeute lui fit donc remarquer : « À chaque fois que vous dites ne plus supporter le contrôle que votre patron exerce sur vous, cela me rappelle beaucoup la façon dont vous parlez de la relation avec votre père. »

Les transferts varient au cours de la psychothérapie. Alors que dans la pensée psychanalytique classique, un accent important était mis sur *le* transfert névrotique, ce modèle conceptuel a considérablement changé. Le transfert névrotique était une élaboration considérant que tous les conflits du patient, les défenses et les schémas relationnels de l'enfance allaient se cristalliser sur la personne de l'analyste en un seul paradigme transférentiel prédominant. En fait, la plupart des patients manifestent plusieurs transferts au cours de la thérapie. Dans une thérapie longue, les patients vont percevoir le thérapeute comme un père, une mère, un frère ou une sœur, ou – dans le cas d'un patient plus âgé – même un enfant. De plus, au sein de ces transferts, la charge affective peut varier d'un moment à l'autre. Des sentiments d'amour peuvent alterner avec des sentiments de haine, de jalousie, d'indifférence ou de colère. Les patients peuvent aussi traverser différents types de transferts positifs ou négatifs.

Interventions non interprétatives

Beaucoup d'interventions du thérapeute en psychothérapie psychodynamique sont non interprétatives. En observant le continuum représenté sur la [figure 4.1](#), l'intervention active suivant de plus près l'interprétation est l'observation.

L'*observation* s'arrête juste avant l'interprétation dans le sens où elle n'inclut pas la tentative d'explication ou de recherche de lien. Le thérapeute remarque simplement un comportement, la succession d'un commentaire, du flash d'un affect ou d'un schéma au sein de la thérapie.

Les raisons ou les explications sont peu abordées, avec l'espoir que le patient va réfléchir au sens des observations du thérapeute. Un thérapeute peut par exemple faire remarquer : « Vous avez les larmes aux yeux quand je vous demande de parler de votre sœur », ou « J'ai remarqué que vous évitez toujours de me regarder quand vous partez », ou « Je ne sais pas si vous en êtes conscient, mais vous changez toujours de sujet quand je fais des liens avec l'abandon par votre père ».

La *confrontation* implique généralement la tentative d'attirer l'attention d'un patient sur quelque chose qu'il évite. Contrairement à l'observation soulignant habituellement un élément hors du champ de la conscience du patient, la confrontation pointe souvent l'évitement d'un matériel *conscient*. Comme la confrontation peut être chargée d'agressivité, certains thérapeutes débutants sont réticents à utiliser ce genre d'interventions, pensant que cela peut aboutir à l'arrêt de la thérapie par le patient. Parler des honoraires est un bon exemple de confrontation : « Je remarque que vous n'avez pas payé les consultations depuis 3 mois. Que pensez-vous faire à propos de cela ? » Quoi qu'il en soit, la confrontation peut aussi attirer l'attention du patient sur un sujet évité, mais avec douceur et empathie. Un patient venant récemment de perdre sa mère arrive en thérapie le lendemain de la fête des mères et paraît déprimé. Le thérapeute fait l'observation chaleureuse : « Je remarque que vous ne m'avez pas parlé de cette première fête des mères depuis le décès de votre mère. » Le patient s'effondre en larmes et parle longuement de cette douloureuse expérience. La confrontation peut aussi appeler à poser des limites, surtout quand les patients sont organisés sur un mode borderline. Par exemple, un thérapeute peut dire : « Si vous souhaitez poursuivre cette séance avec moi, il faudra baisser le ton de votre voix, car je ne peux pas penser quand vous criez. »

La *clarification* est l'intervention suivante sur le continuum. Cette intervention est un moyen de clarifier des questions qui restent vagues, diffuses ou décousues. Cela peut être un moyen d'aider le patient à reconnaître un schéma de fonctionnement ou de confirmer la justesse de la compréhension du thérapeute. Un thérapeute peut dire : « Si je vous comprends bien, à chaque fois que vous êtes avec un homme, vous avez le sentiment d'être utilisée et vous voulez arrêter la relation avant que cela n'empire, est-ce bien cela ? » La clarification peut également être une façon de résumer les points importants de ce qu'aborde le patient en remettant en forme ce qu'il a dit (Gabbard, 2000). Par exemple, le thérapeute peut clarifier le discours d'un patient : « Si j'ai bien compris ce que vous dites, à chaque fois que vous avez essayé d'engager la conversation avec une femme à cette fête, vous vous êtes senti indésirable et aviez l'impression qu'elles étaient plus intéressées par d'autres hommes. » Une autre forme de clarification pourrait simplement être la vérification de détails d'une histoire ou du récit d'un

événement récent : « Excusez-moi de vous interrompre, mais j'ai besoin de clarifier quelque chose : est-ce que votre mère et votre père boivent toujours autant au dîner ou est-ce qu'il s'agissait d'une situation inhabituelle ? »

Vers la fin du continuum du côté du soutien, on trouve des interventions du type *encouragement à l'élaboration* ou *validation empathique*. Toutes deux peuvent être largement utilisées pour recueillir des informations et consolider l'alliance thérapeutique. L'encouragement à l'élaboration fait référence à de simples commentaires comme : « Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ? » Cela peut également se présenter quand le patient devient silencieux tout à coup : « J'ai remarqué que vous vous êtes arrêté au milieu de votre phrase. Je suis curieux de savoir ce qui vous a arrêté. Pouvez-vous m'en dire plus ? » La validation empathique provient de la perspective dans laquelle le thérapeute essaie de s'imprégner de l'état interne du patient. Cela permet au patient de se sentir compris et soutenu avec des commentaires comme : « Je comprends pourquoi vous vous sentiez si mal quand votre mère refusait de faire un commentaire sur votre très bon bulletin scolaire. » La validation empathique est particulièrement importante au début de la thérapie car elle aide le patient à se sentir compris et à poser les jalons d'une alliance thérapeutique solide.

Une autre forme de validation empathique est de dire au patient : « Vous avez tous les droits de vous sentir blessé quand quelqu'un vous traite comme ça. » Ces interventions étayantes sont particulièrement utiles avec des patients ayant vécu des traumatismes infantiles mais dont les sentiments concernant ce traumatisme n'ont pas été pris en compte. *Killingmo (1995)* définit une intervention étayante comme « une communication qui ôte le doute à propos de l'expérience de la réalité et qui réinstalle ainsi un sentiment d'identité » (p. 503).

Une patiente de 29 ans, victime d'inceste par son beau-père, disait de manière répétée à sa mère ce qui se passait et sa mère persistait à dire que sa fille mentait. Depuis lors, quand elle se sentait désespérée face à cette situation d'inceste, elle avait l'impression qu'elle ne pouvait pas aller vers sa mère car ses sentiments ne seraient pas reconnus. Il est très important dans la psychothérapie que le thérapeute répète que les sentiments de la patiente ont du sens et qu'ils sont complètement compréhensibles à la lumière de ce qu'elle a vécu.

Bien que la validation empathique soit fréquemment associée à la psychologie du self depuis que *Kohut (1971)* a mis l'accent sur l'empathie comme pierre angulaire de la technique, tous les modèles théoriques en psychothérapie psychodynamique font appel à un certain degré de validation empathique pour permettre au patient de se sentir compris et aidé.

Les thérapeutes apprennent à leurs dépens qu'il ne faut pas se précipiter dans l'interprétation et la confrontation avec le matériel du transfert. Beaucoup de patients ont besoin de préparation, avec des interventions au préalable pour travailler sur le transfert. L'interprétation concernant le transfert est une intervention très risquée mais très productive, particulièrement avec les patients présentant des troubles de la personnalité d'ordre borderline ou pour ceux présentant différents types de fragilité du Moi (Gabbard et al., 1994). Si le moment est approprié, les patients peuvent utiliser l'interprétation sur le transfert pour comprendre comment le schéma observable en thérapie est identique aux schémas dans d'autres relations. Cependant, l'interprétation sur le transfert peut être perçue comme une attaque si un environnement suffisamment porteur n'a pas été établi au préalable avec une série de commentaires étayants de manière empathique permettant au patient de se sentir compris. Quand cela arrive à l'improviste et que le patient ne se sent pas préparé, il se sent critiqué et persécuté par le thérapeute. Une bonne manière d'évaluer l'utilité de l'interprétation sur le transfert est de mesurer la variation de l'intensité de l'alliance thérapeutique en réponse au travail sur le transfert (Horwitz et al., 1996). Les patients apportant du nouveau matériel ou collaborant avec le thérapeute au travers de leur introspection répondent avec une alliance thérapeutique renforcée. Ceux qui se taisent ou se mettent en colère répondent probablement au travers d'une détérioration de l'alliance thérapeutique.

À l'extrémité du continuum du côté du soutien, on trouve les *interventions psychoéducatives*, le fait de donner des *conseils* et de faire des *compliments*. Ces interventions sont beaucoup plus communes en psychothérapie de soutien, mais certains patients ont besoin d'entendre ces interventions verbalisées de temps à autre en psychothérapie. Une intervention psychoéducatrice consiste à apporter au patient une information que le thérapeute possède grâce à son expérience professionnelle. Par exemple, un clinicien peut expliquer à un patient que la dépression est un trouble avec des épisodes récurrents. Le compliment est destiné à renforcer des comportements ou des attitudes constructives et positives. Le conseil implique que le thérapeute donne son opinion à propos d'un sujet qui préoccupe le patient ou le thérapeute.

Une des façons de prédire l'évolution du transfert est d'être attentif aux expériences préalables du patient avec d'autres praticiens. Même la perception des figures d'autorité n'étant pas thérapeutes peut donner des indications fortes sur ce qui est à venir. Les patients parlant de l'intensité de leur douleur chez le dentiste et de la manière dont celui-ci y était insensible pourront en arriver à percevoir le thérapeute de manière similaire. Le transfert varie également selon les caractéristiques réelles du professionnel, et il serait prématuré et maladroit de se lancer

immédiatement dans un commentaire tel que : « Je me demande si vous ressentez également que j'induis ici de la douleur et que je suis insensible. » Les thérapeutes doivent laisser du temps pour que le transfert puisse se construire, laisser les éléments s'accumuler en écoutant le récit d'autres relations et en observant des données directes dans la relation thérapeutique, avant d'établir ce genre de liens. Les thérapeutes débutants sont souvent trop zélés dans leur envie de se précipiter dans l'analyse du transfert.

Constellation des sexes et le transfert

Quatre types de constellation des sexes sont possibles en psychothérapie psychodynamique : un thérapeute–une patiente, une thérapeute–un patient, un thérapeute–un patient, une thérapeute–une patiente. Même si l'on pensait auparavant que le sexe du thérapeute faisait peu de différence – puisque tous les paradigmes relationnels doivent émerger au fil du temps quelle que soit la constellation des sexes –, un consensus plus récent considère que le genre établit une différence considérable dans la poursuite de la thérapie. Le transfert se fonde sur les relations d'objet interne inscrites dans des réseaux neuronaux précocement dans la vie (Westen et Gabbard, 2002). Cela implique un Moi, un objet, et un affect reliant les deux. Les caractéristiques réelles du thérapeute vont activer un réseau neuronal de représentations plutôt qu'un autre. Les caractéristiques de l'analyste – comme son sexe, son âge, son apparence, ses manières, sa façon de parler, de s'habiller, sa couleur de cheveux – vont activer des associations conscientes et inconscientes dans les réseaux neuronaux du patient. Le fait que le patient soit une femme ou un homme va faire une grande différence dans le développement du transfert parce que le sexe est l'un des facteurs majeurs déclenchant un réseau neuronal spécifique à l'origine d'une représentation d'objet (Westen et Gabbard, 2002).

Une thérapeute peut déclencher une réponse transférentielle négative immédiate si le patient a eu une relation conflictuelle particulière avec sa mère durant son enfance. Dans ces cas-là, il est préférable pour le patient d'être suivi par un thérapeute, car ses caractéristiques d'homme auront moins tendance à générer une perturbation émotionnelle associée au réseau neuronal des représentations concernant la mère. Beaucoup de patients demandent spécifiquement un homme ou une femme car ils savent intuitivement qu'ils obtiendront de meilleurs résultats avec ce choix de thérapeute. Certains transferts peuvent éventuellement émerger sans lien avec la constellation des sexes, mais toutes les relations d'objet imprégnées dans les réseaux neuronaux ne seront pas forcément activées par chaque thérapeute. Ces considérations doivent être prises en compte dans le choix du thérapeute.

Quand la psychothérapie psychodynamique s'approfondit, les thérapeutes doivent également garder à l'esprit que le genre et même l'orientation sexuelle deviennent vraiment plus souples dans la relation thérapeutique. Une patiente peut percevoir sa thérapeute comme son père à certains moments et peut réagir comme si la thérapeute *était* son père. Un patient hétérosexuel peut ressentir une attirance sexuelle pour son thérapeute. La contrepartie de cette souplesse des genres est le contre-transfert. Par exemple, une thérapeute se considérant elle-même comme hétérosexuelle peut se sentir attirée par une patiente.

Les stéréotypes face au genre sont également activés dans la thérapie car ils existent dans la culture au sens large. Un patient peut se sentir dans une « position inférieure » avec une thérapeute et être profondément en souffrance face à cette différence de pouvoir. Il peut devenir séducteur et considérer sa thérapeute comme un objet sexuel afin d'inverser le rapport de force et de restaurer le stéréotype culturel de l'homme comme acteur dominant de la dyade homme-femme. Des transferts érotiques peuvent être beaucoup plus difficiles pour les thérapeutes femmes à cause de leur plus grande vulnérabilité face aux agressions des hommes. Une thérapeute peut se sentir vraiment en insécurité dans une pièce avec un homme instable attiré sexuellement par elle. L'exemple suivant illustre le potentiel des problèmes dans la constellation des sexes.

M. E., un homme de 28 ans, est adressé au Dr F., une interne en psychiatrie de 29 ans. M. E. est suivi de manière hebdomadaire en thérapie pour des problèmes de labilité émotionnelle, de crises de colère, et de possibles troubles du sommeil. Après 4 mois de thérapie, M. E. demande s'il peut enregistrer les séances avec un dictaphone. Bien que le Dr F. ressente quelque chose de désagréable, elle l'autorise à enregistrer. M. E. devient alors de plus en plus suspicieux au cours du temps et il dit au Dr F. que sa chef et ses collègues parlent de lui dans son dos. Il est très en colère contre sa chef, une femme mariée pour laquelle il ressent une attirance très prononcée. Il lui fait par la suite des avances, elle refuse cette approche et lui dit qu'ils sont « juste de bons amis ».

Dans le même temps où M. E. essaie de se rapprocher de sa chef, il dit au Dr F. qu'il ressent des sentiments forts à son égard qui le distraient dans la thérapie. Bien que le Dr F. soit troublée par la déclaration de son attirance, elle lui fait savoir qu'elle apprécie son honnêteté et lui dit qu'ils devraient continuer d'en discuter. Entre cette séance et la suivante, elle comprend qu'il a souvent fait des commentaires sur ses cheveux ou ses habits et l'a interrogée sur ce qu'elle faisait les week-ends.

À la séance suivante, M. E. dit au Dr F., après avoir cherché ses mots quelques minutes : « Si je vous révèle mes sentiments, vous devez répondre. Je dois savoir si j'ai à oublier ces sentiments. » Le Dr F. répond : « Votre frustration doit être importante en ce moment. » Plusieurs moments de

silence passent, puis M. E. raconte l'histoire de son attirance pour des femmes inaccessibles, notamment une professeur du lycée dont il était amoureux. Le Dr F. ressent une certaine menace dans son insistance à une réciprocité de ses sentiments et elle lui demande s'il a remarqué son alliance. Elle comprend rétrospectivement qu'elle a fait une erreur, mais elle se sentait coincée par son insistance.

M. E. devient colérique et accuse le Dr F. d'avoir laissé grandir ses sentiments alors qu'elle était déjà engagée avec quelqu'un d'autre. Il la regarde de manière menaçante et dit : « N'êtes-vous pas censée gérer ce genre de choses ? » Elle répond maladroitement qu'elle n'a jamais eu affaire à cette circonstance précédemment. Comprenant son erreur, elle exprime sa confiance dans le fait qu'ils arriveront tous les deux à gérer les questions compliquées. Elle lui dit que la déclaration de ses sentiments est une preuve de l'avancée du travail. Il continue la thérapie avec elle et continue de parler de son attirance dans la thérapie. Le Dr F. pointe que son attirance pour elle l'a incité à ne pas dévoiler certaines informations afin d'essayer d'apparaître plus attrayant pour elle.

M. E. commence à laisser des messages sur le répondeur du Dr F. Il parle d'une urgence sur un de ses messages, dans lequel il demande au Dr F. de le rappeler. En le rappelant, elle se rend compte qu'il a rompu les liens avec sa famille plus tôt dans la journée. Elle ressent de l'empathie pour sa souffrance mais lui dit que ce n'était pas une urgence justifiant un contact entre deux séances. M. E. se plaint à la séance suivante qu'il se sent abandonné et qu'il souhaite passer plus de temps avec elle. Elle refuse de prolonger le temps d'entretien mais dit qu'ils pourraient consacrer la séance suivante à ses préoccupations. Il laisse ensuite un autre message plein de colère en lui demandant de s'excuser de ne pas faire son travail. Il l'accuse également de ne pas respecter la confidentialité des entretiens et d'avoir parlé de lui à ses parents. Le Dr F. se sent de plus en plus menacée et parle à son superviseur. Elle annule même la séance suivante car elle est effrayée à l'idée de le voir seule, et elle fait appeler M. E. par le directeur du centre à côté d'elle pour qu'elle se sente plus sûre pour les contacts à venir. Le directeur comprend que M. E. se comporte de manière menaçante pour le Dr F. et il l'encourage à en parler lors de la séance suivante.

Avant l'entretien suivant, le Dr F. fait un rêve poignant : elle est poursuivie autour de sa maison par une entité sombre qui la rattrape finalement. Avant de partir au travail le lendemain matin, elle met une bombe lacrymogène dans son sac à main à cause de cette sensation de menace. En saisissant à quel point sa peur devient intense, elle rappelle encore M. E. et organise un entretien téléphonique à la place d'un entretien à la clinique car elle se sent terrorisée.

Après l'intervention du directeur du centre et après que le Dr F. a clairement exprimé à M. E. qu'elle se sent menacée et terrorisée par lui, il

se calme un peu et accepte des médicaments pour traiter sa pensée paranoïaque et sa mauvaise interprétation du réel. Cependant, le Dr F. organise les rendez-vous avec lui en milieu d'après-midi plutôt qu'en début de soirée ; elle se sent ainsi plus en sécurité et plus à l'aise avec lui.

Cette illustration clinique reflète la difficulté du travail d'interprétation à propos de certaines formes de transfert. Le Dr F. a eu besoin d'établir des limites claires et même de faire intervenir le directeur du centre pour mettre M. E. face à ce qui se passait. Ces interventions non interprétatives, particulièrement la confrontation aux limites, ont placé le transfert sous contrôle, permettant ainsi au patient de parler en thérapie sans présenter une menace pour la thérapeute. Cette dernière a aussi révélé de façon limitée des informations personnelles en faisant savoir au patient qu'elle avait peur de lui. Alors que la révélation d'informations personnelles n'est pas généralement considérée comme une intervention formelle, elle est valable dans ces cas-là. Ce cas illustre également de quelle manière les transferts sont composés de plusieurs couches. Quand on parle de transfert positif, il s'agit rarement de la situation complète. On trouve régulièrement une quantité importante de colère ou d'agressivité sous-jacente au transfert érotique, en particulier quand les avances érotiques paraissent repoussées. Un présupposé fondamental de la thérapie psychodynamique stipule que le thérapeute doit rester un tant soit peu sceptique face à l'apparence des sentiments, des transferts et des perceptions. On doit toujours chercher au-delà des apparences la complexité et l'ambivalence.

Résumé

Neutralité, anonymat et abstinence sont aujourd'hui des principes remis en question, et la plupart des thérapeutes psychodynamiques contemporains adoptent une attitude de réserve alors qu'ils reconnaissent également qu'il est impossible de laisser complètement sa subjectivité hors du processus thérapeutique. Bien qu'il soit important de créer le sentiment d'un dialogue spontané entre le thérapeute et le patient, les thérapeutes débutants peuvent également trouver utile d'avoir un modèle conceptuel d'interventions servant de fil directeur pour ce que l'on dit et le moment où on le dit.

Les interventions les plus actives sur le continuum action-soutien sont l'interprétation, l'observation et la confrontation. Le soutien empathique et l'encouragement à élaborer sont à mi-chemin du continuum et sont utiles pour promouvoir l'alliance thérapeutique. L'intervention la plus étayante utilise le conseil et les compliments ; ces commentaires sont parfois nécessaires pour faciliter le travail de verbalisation. Le degré d'expressivité d'une thérapie peut être défini par l'importance

du transfert comme point de focalisation des interventions du thérapeute. Cependant, les interprétations n'étant pas en rapport avec le transfert peuvent constituer une part très utile de la thérapie fondée sur des interventions actives pour les patients trouvant difficile de travailler avec le transfert.

La constellation des sexes du thérapeute et du patient peut être un facteur important pour déterminer l'adéquation d'un homme face à une thérapeute. De plus, les transferts érotiques ou érotisés peuvent poser de graves problèmes si le patient est un homme et le thérapeute une femme, et ce à cause de la vulnérabilité de la thérapeute face à l'agression de l'homme.

Références

- Gabbard GO: *Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000
- Gabbard GO, Wilkinson S: *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994
- Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, et al: Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. *Harv Rev Psychiatry* 2:59-69, 1994
- Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG, et al: *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 1996
- Killingmo B: Affirmation in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 76:503-518, 1995
- Kohut H: *The Analysis of the Self*. New York, International Universities Press, 1971
- Lohser B, Newton PM: *Unorthodox Freud: The View From the Couch*. New York, Guilford, 1996
- Westen D, Gabbard GO: Developments in cognitive neuroscience, II: implications for theories of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 50:99-134, 2002

CHAPITRE 5

Buts et action thérapeutique

On ne peut pas formuler des interventions et suivre les progrès du patient sans savoir comment fonctionne la thérapie psychodynamique. Pourtant, déterminer les mécanismes de l'action thérapeutique est un défi redoutable. Où commençons-nous ? Nous pouvons utiliser les données des résultats pour démontrer que les patients s'améliorent dans une large étendue de domaines sémiologiques et dans leur fonctionnement général, mais que savons-nous de la manière dont ces changements s'opèrent ?

L'idée de poser ces questions au thérapeute entraîne des problèmes. Nous, les thérapeutes, avons tendance à surestimer nos théories et à considérer nos résultats thérapeutiques en fonction de nos perspectives théoriques de référence. Nous préférons penser que nos interventions formulées de manière pertinente conduisent le patient à de profondes prises de conscience. Cependant, des recherches sur les résultats en psychothérapie montrent que, généralement, les patients ne placent pas tant d'importance dans les interventions interprétatives voire ne se souviennent pas des interventions données (Mitchell, 1997). Ces résultats sont un peu humiliants pour les thérapeutes. Quand ils voient d'anciens patients en consultation, ils remarquent souvent que les souvenirs les plus marquants de la prise en charge pour les patients sont des événements anodins, comme une fois où le thérapeute a raconté une blague.

Il peut également être problématique de chercher des réponses aux questions des patients sur l'action thérapeutique. Les patients ne sont certainement pas plus aptes que les thérapeutes à fournir des éléments d'évaluation fiable sur ce qui apporte de l'aide. Une grande partie du changement s'effectue probablement de manière inconsciente ; ainsi, les souvenirs conscients des moments importants ne sont que la partie émergée de l'iceberg.

Un chercheur aura la tâche d'autant plus difficile s'il essaie d'isoler les interventions spécifiques ou les interactions émotionnelles déterminantes dans le processus du changement au cours de 50 à 100 séances. Le chercheur a également le désavantage d'observer *de l'extérieur* le lien intersubjectif de la dyade thérapeutique. Des situations où le lien est chargé de sens et de résonances émotionnelles fortes ne peuvent être retranscrites sur un enregistrement audio.

Malgré les difficultés inhérentes à se représenter comment fonctionne la thérapie psychodynamique, nous acquérons de plus en plus de connaissances sur ces mécanismes au travers de la recherche empirique à la fois en psychothérapie et en neurosciences ainsi qu'au travers d'une étude minutieuse du processus thérapeutique. Pendant de longues années, permettre une prise de conscience au travers de l'interprétation a été considéré comme la meilleure flèche dans le carquois du thérapeute. Maintenant, la plupart des cliniciens et chercheurs pensent que, historiquement, on a idéalisé le rôle de la prise de conscience provoquée par l'interprétation et que ce changement s'opère également au travers de l'expérience d'un autre mode relationnel dans la psychothérapie.

Cette impression qu'il fallait choisir de manière exclusive soit la prise de conscience, soit la relation a ouvert la voie ces dernières années à la reconnaissance de l'action synergique de ces deux mécanismes dans la plupart des cas (Cooper, 1989 ; Gabbard, 2000b ; Jacobs, 1990 ; Pine, 1998 ; Pulver, 1992). Le champ de la recherche ne repose plus sur une démarcation nette entre les aspects relationnels et interprétatifs de l'action thérapeutique. La prise de conscience de certains aspects correcteurs de la relation elle-même peut favoriser la poursuite du changement, et le contenu des commentaires interprétatifs est parfois moins important que leur signification relationnelle exprimée au cours de l'interprétation (Pulver, 1992 ; Stern et al., 1998). Désormais, un consensus général dans ce domaine considère que la recherche d'un seul mode d'action thérapeutique dans la thérapie dynamique n'est plus utile, car les mécanismes de changement resteront toujours individualisés et fondés sur les caractéristiques à la fois du patient et du thérapeute (Pine, 1998).

Buts

Essayer de déterminer les mécanismes spécifiques d'action nous plonge en eaux troubles, car définir l'action thérapeutique nécessite une certaine uniformité dans la conceptualisation des buts et objectifs de la thérapie psychodynamique. Les objectifs sont à l'action thérapeutique ce qu'est la destination d'un voyage pour le véhicule qui doit nous y mener. Pour certaines destinations, une automobile suffira, là où, pour d'autres destinations, un avion ou un bateau sera nécessaire. Ici, nous rencontrons immédiatement un problème : le voyage psychothérapeutique présente une multitude de destinations, dépendant du patient et de la perspective théorique du thérapeute (Gabbard, 2001).

Les objectifs sont modelés par la théorie du psychothérapeute sur le fonctionnement de la thérapie. Certaines théories relèvent plus du modèle médical de guérison des symptômes, alors que d'autres sont plus en rapport avec la recherche de sens et l'amélioration de la connaissance

du Moi. La tentative de cataloguer les divers objectifs dans le champ de la thérapie psychanalytique nécessiterait un ouvrage complet, mais il peut être utile d'en présenter un aperçu illustrant la manière dont les objectifs de traitement sont généralement compris.

Certains objectifs de la psychothérapie psychodynamique

- *La résolution de conflit.* Pour les psychologues de l'égo, les conflits et les symptômes proviennent de la formation de compromis. Le but de la thérapie psychodynamique sera d'explorer la nature de ces conflits inconscients et de résoudre les symptômes qu'ils produisent. Ainsi, un jeune écrivain peut présenter l'angoisse de la page blanche car il craint que son succès ne le place en compétition dangereuse avec son père. Quand ce conflit a été exploré et compris, le jeune homme sera à nouveau capable d'écrire car son anxiété a été diminuée grâce à la compréhension de son origine. Les conflits n'ont pas complètement disparu dans cet exemple, mais une formation de compromis plus efficace et permettant l'adaptation a été mise en place (Brenner, 1976).
- *La recherche de la vérité.* Certains thérapeutes psychodynamiques perçoivent le but du processus thérapeutique au travers de la connaissance de soi. Poussés par l'adage séculaire « Connais-toi toi-même », les thérapeutes de cette obédience incitent leurs patients à adopter un regard résolu sur eux-mêmes et à reconnaître qui ils sont, et non qui ils aimeraient être. Cela peut prendre la forme de l'identification de la distinction que Winnicott (1962/1976) opère entre le *vrai self* et le *faux self*. L'issue de la thérapie sera le sentiment de « vivre dans sa propre peau » et d'être authentique (Gabbard, 1996).
- *Une capacité renforcée de trouver des selfobjects appropriés.* Selon la perspective psychologique du self, Kohut (1984) soutient que nous ne grandissons jamais suffisamment pour dépasser le besoin que d'autres assurent certaines fonctions pour nous, comme nous servir de miroir, nous permettre d'accéder à l'affirmation, la validation et l'idéalisation. Comme cela est précisé dans le chapitre 1 (« Concepts clés »), Kohut les a appelées les *fonctions selfobject*, et il maintient qu'elles sont nécessaires pour survivre comme l'oxygène dans l'atmosphère. Le but de la thérapie psychanalytique sera d'aider le patient à bouger de cette position où il utilise les *selfobjects* de façon immature ou inadaptée vers une position où il les utilise de manière mûrie et plus appropriée.
- *Des relations approfondies comme résultat d'une meilleure compréhension des relations d'objet interne.* L'objectif premier dans la thérapie pour les thérapeutes travaillant sur les relations d'objet ou sur le relationnel est de permettre la compréhension de la manière dont le self interne d'une personne et ses autres représentations façonnent ses

relations avec son entourage dans le monde extérieur. Une partie de ces objectifs sera d'aider les patients à réintégrer des aspects d'eux-mêmes projetés de manière répétée sur les autres. Par exemple, une patiente réagissant envers sa thérapeute comme si cette dernière pouvait être envieuse de toute forme de son succès peut apprendre que cet aspect imaginaire est profondément inscrit dans la représentation interne de sa mère manquant apparemment de reconnaissance quand la patiente réussissait dans ses études. Au fur et à mesure, la patiente se rend compte que sa perception de la thérapeute comme étant envieuse est la projection d'une représentation maternelle provenant d'elle-même. Le processus de réintégration ou de « ré-appropriation » prend place, de telle sorte que la patiente reconnaît ce qui lui appartient et ce qui appartient aux autres (Steiner, 1989). Le résultat prend la forme de relations approfondies. On pourra observer cette transformation car la patiente sera plus apte à vivre dans le monde réel que dans l'imaginaire.

- *La production de sens dans le dialogue thérapeutique.* De nouvelles significations émergent à l'issue de l'exploration psychothérapeutique. Les thérapeutes psychodynamiques ont moins tendance actuellement à chercher *le sens*, c'est-à-dire l'unique interprétation des événements et des expériences. Au contraire, les deux participants dans la psychothérapie travaillent pour élaborer ensemble des sens au cours du processus (Mitchell, 1997). On observe une tension dialectique entre *découvrir* les significations inconscientes présentes depuis un long moment et *créer* le sens au travers du discours thérapeutique auquel contribuent le thérapeute et le patient. Cet objectif est une variation autour de rendre l'inconscient conscient, dans le sens où le résultat sera une personne ayant une meilleure prise sur les significations précédemment insaisissables et hors du champ de la conscience.

- *Un fonctionnement réflexif renforcé.* Avec les patients ayant une capacité de mentalisation altérée par des traumatismes précoces ou des expériences de carences, renforcer le fonctionnement réflexif est un but majeur. À la fin de la thérapie, le patient devrait être capable de différencier sa représentation interne d'une personne de la personne qu'elle est en réalité. De plus, le patient devrait être capable de percevoir le monde intérieur d'une autre personne et de reconnaître que celui-ci est différent du sien. Cette conscience de deux esprits distincts interagissant l'un avec l'autre est également en lien avec la réalisation de l'intersubjectivité (Benjamin, 1990). Une capacité renforcée de mentalisation permet aux patients de reconnaître que leurs comportements sont générés au travers de sentiments internes, croyances, conflits et motivations plus qu'ils n'apparaissent au hasard.

Ce bref aperçu des différents buts de la thérapie psychanalytique reflète les conceptualisations théoriques conscientes de ce qui se passe dans le traitement. Nous devons aussi prendre en compte le fait que les

thérapeutes ne sont jamais libres de leurs propres instances inconscientes. Nous entrons dans cette discipline avec les souhaits conscients et altruistes d'aider les autres. Cependant, comme nos patients, des facteurs dont nous ne sommes pas conscients influencent nos décisions. Nous pouvons essayer inconsciemment de réparer nos propres objets internes ou nos parents ; nous pouvons chercher une relation particulière exclusive avec un patient qui fournit quelque chose nous ayant manqué dans notre enfance ; nous pouvons essayer de nous faire aimer par nos patients ou qu'ils nous idéalisent pour combler certains manques vécus avec nos parents ; ou nous pouvons essayer de placer le patient sous notre contrôle tout-puissant pour des raisons n'étant pas forcément dans le meilleur intérêt du patient (Gabbard, 1995). Ceux qui ont choisi de consacrer une grande partie de leur carrière à exercer la thérapie psychodynamique devraient suivre leur propre traitement pour mettre au jour certaines de ces motivations peu claires et pour avoir une meilleure prise sur le rôle qu'elles vont jouer auprès de leurs patients. Nous ne pouvons jamais être entièrement sûrs de ce que nous jouons dans le processus thérapeutique, et il n'y a aucun autre substitut pour une analyse de soi et une introspection continues. Les thérapeutes psychodynamiques peuvent avoir le fantasme inconscient d'établir un genre particulier de dyade qui les rend satisfaits à la fin de la journée. Par exemple, certains thérapeutes vont avoir à l'esprit une relation d'objet spécifique où ils sont désintéressés, dévoués auprès d'un patient reconnaissant d'avoir été aidé (Gabbard, 2000a).

Les objectifs du patient face aux objectifs du thérapeute

Les patients arrivent en thérapie avec leurs propres théories de leur étiologie et de leur pathogenèse. Ils peuvent avoir certains objectifs spécifiques en tête complètement irréalistes du point de vue du thérapeute. Un patient homosexuel vient en thérapie en se plaignant d'avoir vécu une série de relations amoureuses douloureuses avec des partenaires qui l'ont trahi et maltraité. Quand son thérapeute lui demande ses objectifs pour la thérapie, il dit qu'il est fatigué d'être maltraité. Le thérapeute lui répond que tous deux seront incapables d'influencer la manière dont ses partenaires se comportent avec lui, mais qu'un objectif raisonnable serait d'explorer pourquoi il choisit un certain type de partenaires qui finissent par lui briser le cœur.

Les buts du patient peuvent être en conflit avec ceux du thérapeute, car les deux individus conceptualisent le processus différemment. Beaucoup de patients abordent la psychothérapie avec l'attente d'être « réparés » par des interventions actives du thérapeute. Le thérapeute doit démentir cette notion et les aider à saisir que leurs objectifs doivent être

définis conjointement et poursuivis de manière collaborative. De plus, là où les thérapeutes pencheraient plus à penser les objectifs intrapsychiques, comme le « renforcement du Moi » et des « modifications du Surmoi », les patients ont davantage tendance à penser des objectifs en terme de changement de vie. Des compromis doivent être trouvés dans la formulation des objectifs. Une patiente disant que son objectif est d'établir une relation amoureuse satisfaisante la conduisant au mariage a tous les droits de rechercher cela dans sa vie. Cependant, le thérapeute ne peut pas promettre de manière réaliste qu'elle va trouver le bon compagnon et qu'elle sera mariée et heureuse à la fin de la thérapie. Néanmoins, le thérapeute *peut* proposer la possibilité d'explorer les conflits de la patiente à propos de son intimité, ses inhibitions sur le fait de se donner complètement à une autre personne et tous les types de problèmes relationnels pouvant interférer avec une relation amoureuse.

Alors que la thérapie progresse, le thérapeute et le patient doivent réévaluer les objectifs au fur et à mesure. Les patients peuvent débiter avec un ensemble de préoccupations et d'attentes pour se rendre compte que celles-ci ont été graduellement modifiées par une meilleure compréhension permise grâce au thérapeute. Un jeune homme présentant des difficultés à trouver un travail épanouissant pourrait avoir comme objectif initial d'être capable de trouver une activité gratifiante pour lui. Alors que la prise de conscience s'intensifie dans le processus thérapeutique, il peut se rendre compte qu'il se sent très en conflit quant à quitter le domicile familial et à grandir, ce qui le conduit à la redéfinition de son objectif comme celui de la séparation psychologique d'avec sa famille d'origine. Certains conflits sont pleinement inconscients et ne sont donc pas abordables dans la discussion initiale sur l'élaboration des objectifs.

Une note d'avertissement qu'il faut souligner à propos des objectifs en psychothérapie est que trop d'accent placé sur la poursuite des objectifs peut pousser le patient à se rebeller contre ce qu'il perçoit comme le programme que le thérapeute a fixé pour lui. Pire, un thérapeute insistant sur la réalisation d'objectifs spécifiques peut entraîner un « faux self » de conformité où le patient prétend avoir changé pour satisfaire le thérapeute. Paradoxalement, le thérapeute trop préoccupé par la réalisation des objectifs peut entraîner une impasse transféro-contre-transférentielle dans laquelle le patient met en échec les efforts du thérapeute, et de cette manière, il gagne en perdant (Gabbard, 2000a).

Ainsi, il serait intéressant de permettre des périodes de temps significatives où le patient évolue d'une certaine manière sans objectif et sans but au cours de la thérapie (Holmes, 1998 ; Mitchell, 1997). Certains patients rongés par la jalousie et incapables de reconnaître l'aide du thérapeute peuvent avoir besoin pendant un temps d'affirmer leur liberté face aux attentes du thérapeute en étant sans objectif et simplement

TABLEAU 5.1. Caractéristiques de la pathologie introjective face à la pathologie anaclitique

Source : d'après Blatt, 1992.

Caractéristiques	Patients introjectifs	Patients anaclitiques
Motivation	Préoccupés essentiellement par le développement du Moi ; relations intimes considérées comme secondaires	Préoccupés essentiellement par le développement et le maintien des relations ; développement du Moi perçu comme secondaire
Mécanismes de défenses principaux	Intellectualisation, formation réactionnelle, rationalisation	Déni, déplacement, refoulement
Mode d'action thérapeutique	Introspection au travers de l'interprétation	La relation thérapeutique elle-même

engagés dans une exploration personnelle. D'autres patients se permettent de changer seulement *après* la fin de la thérapie pour priver le thérapeute de la satisfaction de les voir changer (Gabbard, 2000a). Pour beaucoup de patients, un équilibre entre la poursuite des objectifs et l'absence d'objectifs est donc nécessaire pour un climat thérapeutique optimal.

Des modes multiples d'action thérapeutique

Dans une ère où il est largement reconnu qu'il existe de multiples modes d'action thérapeutique, nous devrions sûrement parler en termes d'« actions thérapeutiques » plutôt que d'« action thérapeutique » (Gabbard et Westen, 2003). Nous savons maintenant que chaque patient utilise des aspects différents du traitement pour opérer du changement. Un thérapeute qualifié est suffisamment souple pour être capable de modifier son approche en se fondant sur les besoins d'un patient en particulier dans un processus thérapeutique donné. Wallerstein (1986) étudia 42 patients dans le Menninger Psychotherapy Research Project (Projet de recherche sur la psychothérapie de Menninger) sur une période de 30 ans. Il conclut que, dans un grand nombre de cas présentant de bons résultats, les thérapeutes avaient modifié leur approche d'un mode très expressif à une stratégie davantage fondée sur le soutien. Il a noté que la prise de conscience est souvent idéalisée, mais que le traitement fondé sur le soutien paraît produire autant de changement durable que le font des thérapies plus expressives ou exploratoires.

Au cours du retest du même groupe de patients, Blatt (1992) constata que l'approche psychothérapeutique auprès de ces patients devait être diversifiée et fondée sur la nature de la psychopathologie du patient (tableau 5.1). Il divisa les patients en deux groupes : 1) patients

présentant une pathologie *introjective*, qui sont plus dans l'idéation, concernés principalement par le maintien et le développement du concept de Moi et percevant les relations intimes comme secondaires et périphériques ; et 2) patients présentant une pathologie *anaclitique*, qui sont plus préoccupés par les questions relationnelles que par le développement du Moi. Ce dernier groupe utilise des défenses d'évitement – comme le déni, le déplacement et le refoulement –, là où le groupe introjectif a tendance à utiliser des défenses comme l'intellectualisation, la formation réactionnelle et la rationalisation. En examinant les traitements des deux groupes, Blatt nota que le groupe anaclitique semblait moins répondre à l'introspection au travers de l'interprétation mais qu'il obtenait de bons bénéfices de la relation thérapeutique elle-même. Les patients introjectifs, d'un autre côté, paraissaient avoir de meilleurs résultats à l'introspection et à l'interprétation.

La distinction effectuée par Blatt est utile, mais les thérapeutes doivent garder à l'esprit que beaucoup de patients présentent un amalgame de ces caractéristiques et vont tirer bénéfice à la fois de l'introspection et de la relation. Dans beaucoup de cas, les patients vont développer un sens accru de maîtrise et d'action aussi bien qu'une capacité renforcée pour des relations intimes avec les autres. Jones (1997, 2000) a développé un modèle intégré d'action thérapeutique prenant en compte à la fois l'interprétation et l'interaction apparaissant dans la relation, qu'il a nommé la *structure d'interaction répétitive*. Dans ce modèle, l'action thérapeutique se traduit par la reconnaissance, la compréhension et l'expérience d'un modèle répétitif d'interactions pour les deux membres de la dyade thérapeutique.

Contributions des neurosciences

Les développements récents en neurosciences cognitives nous aident à comprendre la manière dont le changement se manifeste et ce que le thérapeute doit faire pour le faciliter. Bien que les objectifs diffèrent chez les thérapeutes présentant diverses orientations théoriques, la quasi-totalité de ces objectifs peuvent être partiellement compris en terme de modification des réseaux associatifs inconscients (Gabbard et Westen, 2003). Parmi ces derniers, on trouve ceux qui déclenchent les stratégies défensives problématiques, ceux qui déclenchent les schémas interpersonnels problématiques et ceux qui sous-tendent les réactions émotionnelles problématiques. Une cible évidente du changement des associations serait la connexion inconsciente entre un état émotionnel et une représentation d'objet. Par exemple, quelqu'un peut craindre que les figures d'autorité soient toujours en colère et dans des formes de représailles. Un deuxième type de réseau d'associations concerne les souhaits inconscients portant sur les comportements d'autrui. Un troisième

type concerne les croyances pathogènes inconscientes contrôlant ce que le patient fait. Par exemple, une patiente peut penser que si elle se permet d'exprimer de la colère, plus personne ne l'aimera. Le style de défenses qu'une personne utilise pour réguler ses états émotionnels est encore une autre cible du changement des associations.

Que l'objectif soit de modifier les fantasmes inconscients, les défenses, les croyances pathogènes ou les liens problématiques entre les sentiments et les représentations d'objet, le changement de fonctionnement dans les réseaux d'associations implique généralement des processus spécifiques (Gabbard et Westen, 2003). Le premier se traduit par un affaiblissement des liens entre les points centraux d'un réseau activés ensemble depuis des années ou des dizaines d'années, et consiste aussi en une réduction générale de leur niveau d'activation chronique. Les représentations ne sont pas des « choses » conservées dans la mémoire mais sont des connexions entre des unités mentales (idées, souvenirs, sensations et affects) qui « s'activent ensemble ». Les représentations *n* peuvent être considérées comme des *potentiels de réactivation* – c'est-à-dire des schémas d'activation neuronale se manifestant dans certaines conditions selon leur niveau d'activation préalable. Une représentation de soi ou d'un objet joue un rôle important et récurrent dans la vie interne d'un patient. C'est un potentiel activé plusieurs fois auparavant et existant à un haut niveau de potentiel. Ainsi, les changements d'association signifient un affaiblissement des liens entre des processus mentaux liés par des associations. Le deuxième processus implique des changements structurels dans les réseaux d'associations créant de *nouveaux* liens d'associations, ou renforçant des liens qui étaient précédemment faibles. Ici, le traitement aboutissant à un changement structurel ne fait pas disparaître ou ne remplace pas complètement les réseaux anciens. Le changement durable nécessite plutôt une désactivation *relative* des liens problématiques dans les réseaux activés et une activation renforcée de nouvelles connexions plus adaptées pour que le patient puisse trouver de nouvelles solutions plus efficaces.

Un patient peut entamer la thérapie avec la conviction que le thérapeute, un homme bien plus âgé, est ennuyé et inintéressé par ce qu'il dit. Au cours du temps, le patient peut prendre conscience qu'il perçoit ces caractéristiques chez son thérapeute parce que son propre père – la plus importante des figures d'autorité – se comportait toujours comme s'il était ennuyé et inintéressé quand il essayait de discuter avec lui. C'est un réseau d'associations puissamment actif dans la vie de tous les jours du patient. Avec le temps, l'intérêt, la préoccupation et la persistance prononcés du thérapeute à vouloir aider le patient aboutissent à une relative désactivation de l'ancien réseau tout en renforçant le nouveau réseau dans lequel la figure d'autorité incarnée par un homme âgé est considérée comme pouvant s'intéresser au patient.

Pendant de nombreuses années, les psychanalystes et les thérapeutes psychanalytiques ont affirmé que les interventions les plus significatives étaient celles qui ciblaient les processus « les plus profonds », c'est-à-dire les plus profondément inconscients (Wachtel, 1997). D'une certaine manière, cette façon de penser a du sens, car l'expérience clinique suggère souvent que la focalisation uniquement sur les pensées ou les sentiments conscients ne produit que des changements de relativement courte durée. Les processus implicites sont psychologiquement et neurologiquement distincts des processus explicites, et cibler uniquement les processus conscients a tendance à laisser les réseaux d'associations intacts.

Pendant, les processus de pensée conscients peuvent être source de tourments considérables. Par exemple, une patiente est obnubilée dans ses pensées par un homme dont elle espère qu'il l'invitera à sortir et qui finalement la repousse. Elle passe la plupart de ses moments éveillés (conscients) l'année suivante à ressasser ce qu'elle aurait dû dire, ce qu'il voulait dire en exprimant certaines choses, et ainsi de suite. Au fur et à mesure, la patiente découvre et comprend que cette tendance à la rumination est une attitude défensive lui ayant permis un moment de faire face à l'incertitude d'avoir eu un parent abusif par périodes durant son enfance. Ce travail d'introspection vise à l'examen de la fonction inconsciente de sa rumination, celle-ci étant liée à l'origine de ses troubles. De plus, en même temps, le thérapeute l'a aidée à distinguer les modes conscients de réflexion personnelle : l'*introspection*, qui vise à examiner ses expériences dans le passé et le présent en adoptant une attitude de curiosité, d'exploration intérieure et de possibilité de changement dans le futur, et la *rumination*, qui consiste à considérer le passé avec une attitude de regrets. La première a finalement tendance à favoriser un sens de la liberté face aux contraintes émotionnelles antérieures, alors que la seconde a tendance à continuer d'emprisonner le patient dans ces contraintes et de maintenir l'angoisse et la dépression. En fait, concernant la patiente mentionnée ci-dessus, la distinction s'est montrée très utile dans la régulation de cette spirale d'affects négatifs. Quand elle a commencé à se rendre compte de ses ruminations, elle a changé d'attitudes en se posant des questions sur les fonctions de cette rumination. Par exemple, elle a pu se dire : « Qu'est-ce que je tire de tout ça ? », ou « Qu'est-ce que je ressentirais si je *n'étais pas* en train de ruminer ? » En effet, l'exploration de cette dynamique consciente la conduit à une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles elle utilisait initialement la prise en charge plus dans le sens de la rumination (et de l'auto-flagellation) que du changement.

Les pensées conscientes peuvent amplifier les sentiments, qui peuvent à leur tour pousser les personnes soit à entreprendre soit à éviter des actions modifiant profondément leur vie, particulièrement chez des

TABLEAU 5.2. Cibles de l'action thérapeutique

Inconscient	Conscient
Modification des réseaux d'associations déclenchant des stratégies défensives problématiques Modification des réseaux d'associations engendrant des modèles interpersonnels problématiques Modification des réseaux d'associations à la base de réactions émotionnelles problématiques	Distinction entre les différents modes conscients de réflexion sur soi Aborder les attitudes conscientes par soi-même Modification de la fréquence ou de l'intensité des états émotionnels conscients Aider le patient à tolérer les sentiments ou à acquérir une plus grande conscience de ces sentiments Examen du mode conscient de coping du patient

patients à personnalité à conduite d'échecs dont les attitudes conscientes vis-à-vis d'eux-mêmes, comme leurs attitudes inconscientes, contribuent à leurs difficultés d'obtenir et de conserver un travail, de maintenir des relations ou d'autres satisfactions. La plupart des thérapeutes psychodynamiques attirent classiquement l'attention des patients dépressifs sur la manière dont ils se dénigrent, dont ils s'attendent au pire et dévalorisent leurs capacités. Bien que ces attitudes n'aient pas tendance en tant que telles à modifier les réseaux inconscients, il peut être vraiment utile d'arrêter la spirale de la conduite d'échecs et de permettre aux patients de prendre de meilleures décisions pour leur vie, qui à leur tour pourront entraîner des satisfactions ultérieures.

Les états affectifs conscients sont une autre cible thérapeutique. Se focaliser sur les sentiments conscients peut nécessiter des efforts afin de modifier la fréquence et l'intensité d'états émotionnels particuliers, et ainsi d'aider le patient à reconnaître et tolérer des sentiments contradictoires (par exemple l'amour et la haine envers une même personne). Le thérapeute peut aussi aider un patient à supporter des sentiments pénibles au lieu d'y faire face en adoptant des comportements autodestructeurs. Les patients arrivent souvent avec l'objectif explicite de réduire des états émotionnels indésirables comme l'anxiété et la dépression. Cependant, à d'autres moments, le thérapeute peut chercher à aider un patient à accroître sa capacité de prise de conscience d'émotions particulières. Le Menninger Psychotherapy Research Project a mis en évidence que les patients présentant de bons résultats rapportent souvent une augmentation d'anxiété. Ils ont suffisamment appris à tolérer l'anxiété pour que cela puisse être utilisé comme le signal de quelque chose de mal vécu intrapsychiquement (Siegel et Rosen, 1962).

Une troisième stratégie consciente peut être l'étude des modes d'adaptation du patient face à une situation problématique (ou coping).

Les patients peuvent être aidés à utiliser l'humour pour faire face à une réalité désagréable ou à l'autocritique. On peut enseigner des stratégies d'adaptation conscientes permettant de contenir l'affect à des patients présentant de graves troubles de la personnalité et ayant des difficultés dans la régulation des affects de base.

Le point principal de toute forme d'action thérapeutique est que les réseaux d'associations tant conscients qu'inconscients ont besoin d'être modifiés dans le cadre du processus thérapeutique (voir le tableau 5.2 pour le résumé des cibles de l'action thérapeutique).

Intéressons-nous maintenant à certaines techniques spécifiques permettant le changement dans la thérapie.

Stratégies techniques favorisant le changement dans la thérapie

Les méthodes favorisant le changement sont nombreuses et variées, mais la plupart se résument en trois classes d'interventions : celles qui visent à favoriser la prise de conscience, celles qui proviennent d'aspects de la relation thérapeutique, et des « stratégies secondaires » comme la révélation d'informations personnelles, l'exposition et l'affirmation.

Favoriser la prise de conscience

Dans la pratique psychanalytique traditionnelle, deux techniques principales sont préconisées : l'association libre et l'interprétation. Toutes deux présentent des applications dans la thérapie psychodynamique. L'association libre permet d'observer les défenses à l'œuvre et permet parfois d'entrevoir furtivement au-delà de ces défenses. Étant donné que les défenses se manifestent comme des résistances dans le processus psychothérapeutique, le thérapeute obtiendra beaucoup d'informations en explorant les thèmes particuliers où le patient change de sujet de discussion ou se bloque dans un entretien. Par exemple, un patient parle librement de sa situation professionnelle jusqu'à ce qu'il fasse mention de sa chef. Il change alors brutalement de sujet en parlant de ce qu'il a fait le soir précédent. Le thérapeute perçoit la mise à distance défensive d'une personne importante dans sa vie, comprenant que cette chef crée de l'anxiété chez le patient. L'association libre permet également au patient et au thérapeute d'élaborer une représentation des réseaux d'associations implicites du patient, aussi bien qu'un cartographe de l'esprit pourrait créer le modèle de réseaux amenant le patient à penser, à ressentir et à agir de manière spécifique. Une patiente parle de son rendez-vous avec son nouveau petit ami, au cours duquel elle a vraiment été humiliée. Au milieu du récit de l'événement, elle dit qu'une image de son père lui est soudainement venue à l'esprit sous forme de

flash. Le thérapeute repère que quelque chose à propos d'une expérience humiliante avec son petit ami a été associé à des situations avec son père et il lui signale.

L'interprétation, comme cela est décrit dans le chapitre 4 (« Les interventions thérapeutiques »), peut s'appliquer de manière large aux événements mentaux interconnectés : peurs, fantasmes, désirs, attentes, défenses, conflits, transfert et modèles relationnels observés dans la description des éléments extérieurs faite par le patient. On peut aussi interpréter l'évitement par le patient de certains sentiments ou pensées, tout comme les liens non perçus effectués entre les pensées et les sentiments ou entre les pensées et les éléments de réseaux. L'interprétation du transfert met en lien classiquement la relation au thérapeute avec les relations passées et les relations en dehors du transfert. Bien que l'interprétation de ce transfert soit un point central de la psychanalyse, elle varie considérablement en thérapie psychodynamique, et dépend de la capacité du patient de travailler sur le transfert et du degré de soutien nécessaire pour rendre la thérapie possible.

Parallèlement à l'association libre et à l'interprétation, l'observation provenant d'un positionnement extérieur favorise également la prise de conscience. Comme cela est décrit dans le chapitre 4 (« Les interventions thérapeutiques »), l'observation s'arrête juste avant l'explication mais peut néanmoins favoriser la compréhension. Une des raisons principales pour lesquelles la psychothérapie psychodynamique est utile réside dans la *perspective extérieure* qu'a le thérapeute par rapport au patient. En bref, les patients ne peuvent pas savoir comment ils sont perçus car ils vivent les choses à l'*intérieur* d'eux-mêmes. Les thérapeutes ont la perspective d'un *objet*, et ils peuvent donc faire des observations sur le patient depuis un référentiel *externe*. Une bonne analogie peut être faite avec l'éprouvé commun que l'on ressent quand on se voit sur un enregistrement vidéo. Typiquement, les réactions sont : « Est-ce que je ressemble vraiment à ça ? Est-ce que j'ai vraiment cette voix ? » Nous n'avons pas une idée précise de la manière dont nous sommes perçus et le thérapeute peut faire des observations utiles fondées sur le fait que sa perspective est différente de celle du patient (Gabbard, 1997).

Comme cela est décrit dans le chapitre 1 (« Concepts clés »), le « comment faire » de la relation est inscrit dans la mémoire procédurale implicite. Les thérapeutes ont la possibilité d'observer ces modèles automatiques et inconscients à l'œuvre. Un thérapeute peut dire : « Vous avez l'air si triste quand vous parlez de votre ex-mari », ou « J'ai remarqué que vous êtes en désaccord avec presque tout ce que je dis sur votre mère, et vous vous crispez souvent quand je parle d'elle ». De cette manière, le thérapeute rend plus accessibles au champ de conscience du patient des réactions défensives inconscientes automatiques ainsi que les relations d'objet interne. Ces interventions n'expliquent pas le sens

des observations mais évoquent leur existence. Fonagy (1999) insiste sur une voie cruciale vers le changement thérapeutique résidant dans la capacité grandissante du patient de « se trouver lui-même » dans l'esprit du thérapeute (p. 51). Au travers des commentaires sur les sentiments et la communication non verbale qui peuvent uniquement être observés par le thérapeute, le patient peut commencer à ébaucher un portrait de lui-même grâce aux observations du thérapeute. Les modèles implicites deviennent ainsi plus accessibles à la réflexion consciente.

Aspects de l'action thérapeutique provenant de la relation thérapeute-patient

La relation thérapeutique est vectrice de changement à plusieurs titres. Premièrement, une notion centrale des perspectives relationnelles contemporaines est d'expérimenter un genre différent de relation, ce qui peut être une source importante de l'action thérapeutique. En associant la perspective des neurosciences, nous pouvons dire que l'expérience d'une nouvelle relation modifie les réseaux d'associations, incluant les peurs, les désirs, les motivations et les stratégies défensives qui sont liés par association aux représentations d'objet et aux états affectifs.

Le changement thérapeutique ne se manifeste pas simplement en jouant un rôle. Si un thérapeute se comporte simplement différemment des objets du monde interne du patient, aucun changement durable n'est envisageable. Ce qui apparaît comme crucial n'est pas seulement le fait que le thérapeute soit différent d'un objet du passé du patient mais qu'il y soit *similaire* à certains égards. Les caractéristiques du thérapeute ou de la situation thérapeutique doivent présenter suffisamment de ressemblance avec les prototypes du passé pour activer les réseaux centraux nécessitant un remodelage. Parfois, les réseaux activés du patient vont à leur tour pousser le thérapeute à adopter des modèles de comportement ressemblant aux objets du passé du patient. Il peut être crucial pour le thérapeute et le patient de comprendre et de transformer ces modèles. En écrivant à propos de la psychanalyse, Greenberg (1986) notait astucieusement : « Si l'analyste ne peut être vécu comme un nouvel objet, l'analyse ne débutera jamais ; s'il ne peut être vécu comme un ancien objet, elle ne prendra jamais fin » (p. 98). Par conséquent, le thérapeute doit évoluer dans une zone intermédiaire entre être un ancien objet et un nouvel objet pour interrompre le « scénario » complexe du patient et réfléchir à ce qui émane dans la relation.

Une deuxième contribution de la relation au changement se manifeste au travers de l'intériorisation des fonctions du thérapeute. Par exemple, une expérience apaisante du soin et de l'attention du thérapeute peut aider le patient à s'apaiser lui-même (Adler et Buie, 1979). À certains moments, cela peut débiter au travers de l'élaboration d'une

représentation du thérapeute que le patient utilise consciemment quand il est perturbé. Au cours du temps, la représentation peut être activée automatiquement et inconsciemment. Dans ce contexte, il est important d'insister sur le fait que l'intériorisation de ces fonctions ne nécessite pas l'utilisation d'une représentation déclarative consciente. La relation thérapeutique elle-même s'accompagne de connexions affectives inconscientes qui ont été désignées par Lyons-Ruth et al. (1998) comme le « savoir relationnel implicite ». Ce phénomène se rapporte aux situations spécifiques de rencontre entre un thérapeute et un patient qui ne sont pas représentées symboliquement ou qui ne sont pas dynamiquement inconscientes au sens ordinaire. Cette notion se fonde sur les ressorts de régulation mutuelle dans les relations de l'enfant à la personne qui prend soin de lui, comme cela a été décrit par Tronick (1989). En d'autres termes, un certain degré de changement apparaissant en thérapie psychodynamique relève du domaine de la connaissance procédurale impliquant la manière de se comporter, de ressentir, et de penser dans un contexte relationnel particulier (Stern et al., 1998). Cette conceptualisation comporte un point important implicite, à savoir que beaucoup de changements survenant sont *indépendants* de toute stratégie technique planifiée. Une larme à l'œil, un rire partagé, ou un regard complice à la fin d'une séance peut engendrer un changement, même si l'échange est complètement spontané et ne relève pas d'une « technique » dans le référentiel théorique du thérapeute. Au travers des interactions avec le thérapeute, les schémas de relations d'objet stockés dans la mémoire procédurale implicite peuvent être modifiés par les nouvelles expériences. La psychothérapie peut ainsi être considérée comme un nouvel attachement relationnel ayant le potentiel de restructurer le lien d'attachement dans la mémoire procédurale implicite (Amini et al., 1996).

La troisième manière selon laquelle la relation peut être thérapeutique réside dans l'intériorisation des attitudes émotionnelles du thérapeute. Pour certains patients, cela sous-entend de tempérer un Surmoi très autoritaire. Le patient commence à intérioriser l'absence de jugement du thérapeute, sa curiosité, son attitude exploratoire face aux éléments que le patient présente comme honteux ou « mauvais ». Ce processus d'intériorisation peut concerner les commentaires explicites du thérapeute, mais des gestes, l'intonation ou d'autres formes de communication non verbale peuvent également être enregistrés explicitement ou implicitement.

Des patients peuvent également intérioriser des stratégies conscientes concernant la réflexion sur eux-mêmes. De cette manière, les patients deviennent leur propre thérapeute en pouvant analyser leur expérience interne de la même façon que le thérapeute. On observe fréquemment cette stratégie durant les congés du thérapeute, quand le patient commence

TABLEAU 5.3. Les modes d'action thérapeutique en psychothérapie psychodynamique

Techniques visant à favoriser la prise de conscience	Aspects d'action thérapeutique provenant de la relation thérapeutique	Stratégies secondaires
Association libre Interprétation Observation d'un point de vue extérieur	Expérimenter un autre genre de relation Intériorisation de la fonction du thérapeute Intériorisation des attitudes émotionnelles du thérapeute Intériorisation de stratégies conscientes concernant la réflexion sur soi-même Identification des thèmes récurrents dans le transfert et le contre-transfert	Usage implicite ou explicite de la suggestion Confrontation aux croyances dysfonctionnelles Aborder les méthodes conscientes de résolution de problèmes du patient Exposition Révélation d'informations personnelles Techniques facilitatrices

à imaginer un dialogue avec le thérapeute alors que celui-ci est absent et que le patient s'identifie à sa fonction d'analyse. Une autre variation sur ce thème présentée précédemment (voir « Favoriser la prise de conscience ») se trouve dans la capacité du patient de se trouver dans l'esprit du thérapeute (Fonagy, 1999).

Un dernier mode d'action thérapeutique lié à la relation est la simple identification des thèmes récurrents dans le transfert et le contre-transfert. Des interactions répétées peuvent en fin de compte devenir évidentes pour le patient, même sans interprétation par le thérapeute. Le thérapeute pourra simplement attirer l'attention sur celles-ci ou les mentionner sans comprendre ou expliquer leur origine sous-jacente.

Stratégies secondaires

Dans la catégorie des stratégies secondaires sont comprises un certain nombre d'interventions non considérées classiquement comme étant réellement psychanalytiques. Cependant, tous les thérapeutes psychanalystes utilisent à chaque rencontre avec un patient une multitude d'interventions permettant le changement (voir [tableau 5.3](#)). Aider un patient est bien plus important que d'être parfaitement fidèle à une théorie.

La première classe de stratégies secondaires est l'utilisation explicite ou implicite de la *suggestion*, souvent dans une variation autour de la confrontation. Freud voulait distinguer l'interprétation de la suggestion comme une façon de se tenir à distance de l'hypnose. Maintenant, la plupart des penseurs actuels considèrent la suggestion comme une

partie intégrante de l'autorité du thérapeute que l'on ne doit pas renier (Levy et Inderbitzin, 1997). Par exemple, même les interprétations peuvent attirer l'attention du patient sur des modèles de comportement en suggérant explicitement ou implicitement que ces modèles sont problématiques et peuvent nécessiter du changement (Raphling, 1995). Diriger l'attention du patient sur un ensemble d'associations ou de liens peut, par induction, suggérer au patient que certains aspects de la vie mentale ou du comportement méritent plus d'attention que d'autres.

Une autre stratégie secondaire conduisant au changement est la *confrontation aux croyances dysfonctionnelles*. Les thérapeutes cognitifs utilisent régulièrement ce genre d'interventions, de manière explicite ou implicite, tout comme la plupart des thérapeutes psychodynamiques. L'analyse et la confrontation de croyances irrationnelles ou dysfonctionnelles sont les composantes inévitables d'une bonne thérapie pour la dépression et l'anxiété. Sans prêter attention aux fondements théoriques de la prise en charge, les thérapeutes doivent aider les patients à constater que les états d'humeur anxieux et dépressifs entraînent des modes de pensée maintenant la dysphorie et nécessitent ainsi d'être directement abordés.

Une troisième classe de stratégies secondaires implique les efforts pour aborder la *prise de décision consciente* ou les *méthodes de résolution de problèmes* du patient. Bien que la psychothérapie psychodynamique soit souvent considérée comme « non directive », cet adjectif est une généralisation qui présente beaucoup, beaucoup d'exceptions. Les thérapeutes psychodynamiques dirigent fréquemment l'attention du patient sur les modes problématiques de pensée ou de comportement. Même les patients présentant un fonctionnement bien structuré et étant de bons candidats à la thérapie exploratoire peuvent tirer bénéfice de l'attention explicite portée sur la résolution de problèmes. Ces approches peuvent aider une personne à faire des choix de vie plus adaptés, qui à leur tour influenceront des décisions ultérieures. Par exemple, une patiente travaillant en milieu universitaire est furieuse contre son chef de département pour des raisons à la fois réalistes et provenant de déformations du transfert (Gabbard et Westen, 2003). Elle projette d'aller le trouver dans son bureau immédiatement après sa séance de psychothérapie afin de le confronter d'une manière qui risquerait d'être désastreuse pour sa carrière. Le thérapeute met fin à son projet grâce à deux approches : en pointant ce mode autodestructeur avec lequel elle projette de soulager sa colère et en explorant d'autres moyens pour aborder ces soucis avec son chef de département afin d'atteindre ses objectifs conscients sans se mettre en péril. La patiente réussit à rencontrer son chef en exprimant ses besoins tout en évitant de se tirer une balle dans le pied.

Comme cet exemple le suggère, aider les patients à résoudre des problèmes est particulièrement utile en présence d'affects forts, car leur raisonnement peut être (temporairement) compromis dans ces circonstances.

L'*exposition* est un mode essentiel d'action thérapeutique dans les traitements comportementaux, notamment dans les états anxieux. Néanmoins, différents modes d'exposition sont également présents dans la thérapie psychodynamique. Fondamentalement, l'exposition consiste à confronter un patient à un stimulus ou une situation provoquant de l'anxiété tout en le forçant à se confronter à cette situation jusqu'à ce que l'anxiété se dissipe. Cette approche modifie les liens associatifs. Dans le traitement des troubles paniques, les chercheurs cognitivo-comportementaux ont connu d'incroyables succès en abordant la *peur de la peur* que les patients angoissés développent. L'hypervigilance de ces patients amplifie l'anxiété et peut engendrer d'autres attaques de panique (Barlow, 2002). Des données expérimentales suggèrent que l'association entre des états internes (comme la dyspnée) et l'angoisse d'une potentielle attaque de panique peut au fur et à mesure s'inscrire dans des structures sous-corticales comme le thalamus et l'amygdale. Ces liens associatifs ne répondent pas facilement aux traitements par la parole ou intellectuels comme la psychothérapie psychodynamique, sauf dans la mesure où la prise de conscience du patient face à ses problèmes le pousse à la confrontation aux situations redoutées. Depuis Freud, les analystes ont remarqué que les patients phobiques ne progresseront que s'ils se confrontent à la situation anxiogène (Gabbard et Bartlett, 1998).

Les patients bénéficiant d'une prise en charge psychodynamique font preuve d'évitement dans beaucoup de domaines de leur vie, et cet évitement se renforce lui-même. Cela maintient l'anxiété à distance, ce qui renforce en retour l'évitement de souvenirs, de pensées ou de situations associés à de l'anxiété ou à d'autres états affectifs désagréables. Un modèle d'exposition peut être utile pour penser en termes de relations d'objet à propos d'affects associés à des représentations bloquées, comme quand un patient déprimé écarte activement les représentations positives de lui-même. Beaucoup de patients dans une posture dépressive craignent le sentiment de fierté et de réussite, et ils écartent activement la reconnaissance d'autrui et par eux-mêmes. Il reste encore à déterminer quelle est la meilleure approche : cela sera abordé judicieusement en explorant le sens de cette défense ; en proposant au patient d'examiner et de se laisser imprégner par des représentations de lui-même positives qu'il avait bloquées ; ou par la combinaison de ces deux approches. Pour certains patients, il est impossible, quelle que soit l'énergie mise à analyser les défenses, de surmonter la tendance naturelle à éviter ce qui

fait peur. Aucun progrès ne peut être fait sans une confrontation active à la situation redoutée.

Beaucoup d'interventions en thérapie psychanalytique reposent en réalité fortement sur l'exposition (Wachtel, 1997). La baisse des angoisses liées au transfert au cours du temps est en partie liée à l'exposition, le patient prenant conscience que sa crainte d'être critiqué et humilié par le thérapeute n'est pas réaliste. Le patient s'habitue à cette angoisse au cours des visites répétées chez le thérapeute qui ne réagit pas comme il s'y attend. Ainsi que Fonagy et Target (2000) l'ont souligné, aider les patients à différencier la pensée du fait, et le fait du fantasme, est une partie de l'exposition dans laquelle le thérapeute reconnaît la réalité psychique de l'angoisse du patient pendant qu'il fournit simultanément une perspective alternative rassurante.

Une cinquième classe de stratégies secondaires fait référence aux formes de *révélation d'informations personnelles sur soi*. Des confidences sur soi limitées et judicieuses peuvent être utiles pour aider les patients à apprendre à comprendre le monde interne d'autrui. (La révélation judicieuse d'informations sur soi est abordée plus longuement dans le chapitre 8, « Identifier et travailler avec le contre-transfert »). Dans cette perspective, cela favorise la mentalisation (Gabbard et Westen, 2003), permettant le renforcement de la fonction réflexive du patient. Par exemple, en partageant un sentiment avec un patient, l'analyste peut l'aider à réaliser que sa perception du ressenti de l'analyste n'est qu'une *représentation* – que l'on peut travailler et comprendre.

Un sixième mode d'intervention secondaire est l'*affirmation*, comme cela est décrit dans le chapitre 4 (« Les interventions thérapeutiques »). Les patients ayant vécu de graves traumatismes dans leur enfance peuvent considérer l'interprétation comme invalidant leur expérience subjective, de la même manière que les parents refusaient de croire les paroles de l'enfant à propos de son trauma. Les notions de validation et d'acceptation ont longtemps été centrales dans les théories d'action thérapeutique en dehors de la psychanalyse (Rogers, 1959), et elles ont commencé à acquérir une validation dans la littérature psychanalytique avec leur introduction grâce à Kohut (1971).

Une dernière classe de stratégies secondaires comprend ce que l'on pourrait appeler les techniques *facilitatrices*. Il s'agit d'interventions aidant le patient à être plus à l'aise dans la collaboration avec le thérapeute pour comprendre le fonctionnement de l'esprit. Elles vont de l'utilisation de l'humour ou de commentaires éducationnels à des formes diverses de réassurance ou d'apaisement pouvant être utiles pour encourager le patient à se confronter à des éléments difficiles ou suscitant de la honte.

Résumé

Les objectifs en thérapie psychodynamique diffèrent selon la préférence théorique du thérapeute, les propres motivations inconscientes du thérapeute, et les problèmes et les intérêts du patient. Les objectifs peuvent fonder le mode préférentiel d'action thérapeutique. Les caractéristiques individuelles du patient influencent également les stratégies thérapeutiques, et aucune voie de changement thérapeutique ne s'applique de manière générale. Certains principes de changement et des techniques provoquant le changement ont tendance à être utiles pour la plupart des patients, alors que d'autres ne sont utiles que pour certains. Les thérapeutes psychodynamiques devraient toujours essayer d'adapter scrupuleusement la stratégie thérapeutique à l'individualité de chaque patient. De plus, rien ne garantit que la diversité des objectifs de traitement et les techniques utiles pour faciliter les changements ébauchés ici soient dépourvues d'éléments conflictuels ou ne créent des malentendus, pas plus que nous ne pourrions attendre des ressorts d'une personne d'être dépourvus de conflit. Moins actives, les techniques exploratoires peuvent à certains moments empêcher les modifications dans les réseaux d'associations qui pourraient se produire si le patient était encouragé à se confronter plus directement à une situation redoutée. D'un autre côté, les techniques plus actives favorisant les changements dans les réseaux d'associations peuvent à certains moments interférer avec l'exploration en entravant le sens de l'autonomie du patient et en activant sûrement des dynamiques d'opposition.

Références

- Adler G, Buie D: Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child developmental issues. *Int J Psychoanal* 60:83-94, 1979
- Amini F, Lewis T, Lannon R, et al: Affect, attachment, memory: contributions towards psychobiologic integration. *Psychiatry* 59:213-239, 1996
- Barlow DH: *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, 2nd Edition. New York, Guilford, 2002
- Benjamin J: An outline of intersubjectivity: the development of recognition. *Psychoanalytic Psychology* 7(suppl):33-46, 1990
- Blatt SJ: The differential effects of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assoc* 40:691-724, 1992
- Brenner C: *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict*. New York, International Universities Press, 1976
- Cooper AM: Concepts of therapeutic effectiveness in psychoanalysis: a historical review. *Psychoanalytic Inquiry* 9:4-25, 1989
- Fonagy P: The process of change, and the change of processes: what can change in a "good" analysis? Keynote address to the spring meeting of Division 39 of the American Psychological Association, New York, April 16, 1999.
- Fonagy P, Target M: Playing with reality, III: the persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int J Psychoanal* 81:853-873, 2000

- Gabbard GO: When the patient is a therapist: special challenges in the analysis of mental health professionals. *Psychoanal Rev* 82:709–725, 1995
- Gabbard GO: *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northfield, NJ, Jason Aronson, 1996
- Gabbard GO: A reconsideration of objectivity in the analyst. *Int J Psychoanal* 78:15–26, 1997
- Gabbard GO: On gratitude and gratification. *J Am Psychoanal Assoc* 48:697–716, 2000a
- Gabbard GO: *Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000b
- Gabbard GO: Overview and commentary. *Psychoanal Q* 70:287–296, 2001
- Gabbard GO, Barlett AB: Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. *Psychoanalytic Inquiry* 18:657–672, 1998
- Gabbard GO, Westen D: Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84(pt 4):823–841, 2003
- Greenberg JR: The problem of analytic neutrality. *Contemp Psychoanal* 22:76–86, 1986
- Holmes J: The changing aims of psychoanalytic therapy: an integrated perspective. *Int J Psychoanal* 79:227–240, 1998
- Jacobs TJ: The corrective emotional experience—its place in current technique. *Psychoanalytic Inquiry* 10:433–454, 1990
- Jones EE: Modes of therapeutic interaction. *Int J Psychoanal* 78:1135–1150, 1997
- Jones EE: *Therapeutic Action*. Northfield, NJ, Jason Aronson, 2000
- Kohut H: *The Analysis of the Self*. New York, International Universities Press, 1971
- Kohut H. In Goldberg A, editor: *How Does Analysis Cure?*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984
- Levy S, Inderbitzin L: Safety, danger, and the analyst's authority. *J Am Psychoanal Assoc* 45:377–394, 1997
- Lyons-Ruth K and members of the Change Process Study Group: Implicit relational knowing: its role and development in psychoanalytic treatment. *Infant Ment Health J* 19:282–289, 1998.
- Mitchell SA: *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997
- Pine F: *Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique*. New Haven, CT, Yale University Press, 1998
- Pulver SE: Psychic change: insight or relationship? *Int J Psychoanal* 73:199–208, 1992
- Raphling DL: Interpretation and expectations: the anxiety of influence. *J Am Psychoanal Assoc* 43:95–111, 1995
- Rogers C: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch S, editor: *Psychology: A Study of a Science*, Vol 3: Formulations of the Personal in the Social Context. New York, McGraw-Hill, 1959, pp 184–255
- Siegel RS, Rosen IC: Character style and anxiety tolerance: a study of intrapsychic change. In Strupp H, Luborsky L, editors. *Research in Psychotherapy Vol 2*, Washington, DC, American Psychological Association, 1962, pp 206–217
- Steiner J: The aim of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychotherapy* 4:109–120, 1989
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, et al: Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the “something more” than interpretation. *Int J Psychoanal* 79:903–921, 1998

- Tronick EZ: Emotions and emotional communication in infants. *Am Psychol* 44:112–119, 1989
- Watchel P: *Psychoanalysis, Behaviour Therapy, and the Relational World*. Washington, DC, American Psychological Association, 1997
- Wallerstein RS: *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Guilford, 1986
- Winnicott DW: The aims of psychoanalytic treatment (1962), in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, London, Hogarth Press, 1976, pp 166–170

CHAPITRE 6

Travailler avec les résistances

Travailler avec les résistances est le lot quotidien du thérapeute psychodynamique. Freud écrivait en 1912 : « La résistance accompagne le traitement à chaque pas ; chacune des idées incidentes, chaque acte de l'individu traité doit forcément prendre en compte la résistance, et se présente comme un compromis issu de forces visant à la guérison et de celles, indiquées ici, qui s'y opposent¹ » (Freud 1912/1958, p. 103). Comme cela est décrit dans le chapitre 1 (« Concepts clés »), les défenses caractéristiques du patient s'expriment comme des résistances dans le cadre interpersonnel de la thérapie. Ainsi, la manière dont s'oppose le patient au thérapeute apporte des informations importantes sur sa vie intrapsychique.

Même si les patients sont vraiment désespérés, ils se sont attachés à leur manière de s'adapter au monde (coping). Ils ont atteint un équilibre interne qui se trouve menacé au début de la thérapie. Le changement peut être la perspective la plus effrayante pour les personnes installées dans des modèles spécifiques de comportement, de pensée, de sentiment et de relation à l'autre. Se protéger derrière une barricade contre l'intrusion potentielle du thérapeute pourrait sembler être le mode d'action le plus sûr. Les patients peuvent résister à la thérapie d'une multitude de manières : ils peuvent arriver en retard, garder secrets certains éléments, oublier de payer la séance, oublier la séance, rester silencieux, restreindre les sujets de discussion abordés à des émissions de télévision qu'ils ont vues pendant la semaine, ou rester focalisés sur des faits d'actualité pendant 30 minutes sur les 50 minutes de la séance. Une des formes les plus communes de résistance est d'éviter de poursuivre les liens entre les sujets abordés d'une séance à l'autre, comme si chaque séance de thérapie était un nouveau commencement.

Le concept de résistance comporte la notion d'obstacle devant être écarté et évoque ainsi une métaphore militaire. Le thérapeute peut sentir qu'une attaque frontale contre la résistance est nécessaire pour avancer dans la thérapie, mais la confrontation directe à la résistance ne

1. Sigmund Freud, « Sur la dynamique du transfert », in *Œuvres complètes*, vol. XI, Paris, PUF, 2005, p. 111 [NdT].

fait habituellement que la renforcer. Les thérapeutes psychodynamiques doivent considérer la résistance comme une possibilité de révélation éclairante et informative sur qui est le patient.

Quand Freud commença son travail psychanalytique, il demandait à ses patients de lui dire ce qui leur passait par la tête. Fréquemment, ses patients se taisaient et se montraient incapables d'effectuer des associations libres. Il découvrit au fur et à mesure que leur silence était souvent lié à des sentiments envers le thérapeute. Ainsi, le transfert fonctionne comme une résistance qui empêche l'analyse. En même temps, le transfert révèle beaucoup des relations d'objet interne du patient et de la manière dont le passé se répète dans le présent. Friedman (1991) caractérisait le transfert comme « la résistance parfaite dans la mesure où elle entraîne l'arrêt de la narration, mais il s'agit également du vecteur nécessaire et (gênant) apportant le matériel inconscient dans le champ du travail analytique » (p. 576).

Freud a rapidement effectué ces découvertes dans sa carrière alors qu'il percevait l'analyse essentiellement comme un processus permettant de se remémorer des souvenirs expliquant la névrose du patient. Alors qu'il changeait de point de vue sur le modèle de remémoration des souvenirs, il reconnut que la résistance ne peut être considérée comme un frein. Il était beaucoup plus impressionné par le désir positif propre à la résistance (Friedman, 1991). Les attentes du patient envers le thérapeute dépassent le désir de compréhension. Freud en vint progressivement à penser que le travail clinique n'est pas de lever les résistances pour permettre aux souvenirs de remonter à la surface. Le travail consiste à aider les patients à développer une conscience partagée afin qu'ils puissent observer et réfléchir sur leur désir actif envers le thérapeute. L'opposition ou la résistance fut donc redéfinie comme la *préférence pour un agir non réfléchi plutôt que cet état désiré de conscience duelle* (Friedman, 1991). Comme Friedman l'introduit : « le patient doit à la fois ressentir "Je veux..." et "c'est une caractéristique (inquiétante) de mon esprit et de ma vie que je veuille (de manière conflictuelle)..." » (p. 590).

Les thérapeutes psychodynamiques agissent souvent de manière contraire à leur intuition dans leur cabinet. Travailler avec les résistances ne fait pas exception. Ils doivent plutôt entrer en profondeur dans l'analyse de la résistance que d'essayer de la lever. Le thérapeute invite le patient à s'intéresser à cette résistance car une exploration détaillée de ce qui entrave la thérapie éclaire les envies, les fantasmes, les conflits et les désirs.

Pour illustrer cette approche, considérons un patient s'exprimant librement dans la séance et qui devient soudainement silencieux. Comme la thérapie psychodynamique est fondamentalement non coercitive, il n'est pas nécessaire d'insister pour que le patient dise ce qu'il garde

pour lui. La plupart des thérapeutes restent assis tranquillement pendant un temps pour voir si le patient souhaite reprendre son discours. Si le silence persiste, le thérapeute a plusieurs options. L'une est de dire : « J'ai constaté que vous avez arrêté de parler après avoir mentionné le dîner que vous avez passé hier avec votre mère. Qu'en pensez-vous ? »

En faisant ce commentaire, le thérapeute invite le patient à s'intéresser à l'émergence du silence/de la résistance juste après la narration d'un événement spécifique au thérapeute. Un autre thérapeute pourrait être moins enclin à faire ce lien et simplement poser la question : « Avez-vous une idée de ce qui vous a fait arrêter de parler ? » Le transfert et la résistance sont inévitablement liés dans le processus clinique, mais les thérapeutes psychodynamiques auraient probablement différé l'introduction d'une interprétation sur le transfert dans ce cas, car il serait prématuré de penser que ce silence est relié à des fantasmes sur le thérapeute. On devra accumuler des éléments au cours du temps suggérant qu'un élément particulier de transfert est relié au silence soudain du patient. Celui-ci pense-t-il que le thérapeute est critique ? Qu'il suscite de la honte ? Qu'il est jaloux ? Méprisant ? En colère ? Ces questions trouveront finalement réponse mais pas avant que n'émerge un schéma clair des moments qui occasionnent le silence.

Chacun doit évoluer de manière confortable avec la résistance. On va plutôt l'attendre et la comprendre de manière empathique que de décréter qu'elle doit disparaître. Le silence a de nombreuses significations et seul le temps permet de les éclaircir. Avec certains patients, le silence peut être nécessaire pendant certaines périodes de temps, et le thérapeute peut montrer son acceptation du silence. Si un questionnement attentionné sur les origines du silence du patient empêche de réengager la conversation, le thérapeute pourrait dire : « Vous préférez peut-être que nous restions assis silencieux pendant un moment. » Le thérapeute non seulement fait preuve d'acceptation du silence, mais fait également passer le message que le patient n'est pas seul pendant ce silence.

Acting out/acting in

Le sens original de l'*acting out* provient de l'ouvrage de référence de Freud, datant de 1914, *Remémoration, répétition et perlaboration*, où il fait l'observation suivante : « Nous sommes en droit de dire que l'analysé ne se *remémore* absolument rien de ce qui est oublié et refoulé mais qu'il *agit*. Il ne le reproduit pas sous forme de souvenir mais sous forme d'acte, il le *répète*, naturellement sans savoir qu'il le *répète*² » (Freud, 1914/1958, p. 150). Ainsi, le sens original faisait référence aux

2. Sigmund Freud, « Répétition, remémoration et perlaboration », in *Œuvres complètes*, vol. XII, Paris, PUF, 2005, p. 190 [NdT].

répétitions inconscientes dans le cabinet de consultation qui servaient de substituts à la remémoration et à la verbalisation.

Dans le langage de la psychodynamique contemporaine, ce phénomène fait référence à l'*acting in*, car il se manifeste dans le cadre du traitement. Le terme *acting out* est désormais utilisé pour décrire les événements qui se produisent en dehors du cadre du traitement. Par exemple, comme cela a été décrit dans le chapitre 4 (« Les interventions thérapeutiques »), M. C. commençait à fréquenter une femme médecin qu'il avait rencontrée et cela représentait un *acting out* de ses sentiments transférentiels à l'égard de sa thérapeute. L'*acting out* revêt une fonction de résistance car le patient met ici quelque chose en action plutôt que de le verbaliser et de le comprendre avec sa thérapeute. Le terme *acting out* est également utilisé pour décrire un style général de mode défensif que l'on trouve chez les personnes présentant des troubles de la personnalité du groupe B. Ces patients transforment en actes des sentiments pouvant être destructeurs pour eux ou autrui, plutôt que de réfléchir sur ces sentiments et de les travailler avec le thérapeute.

Comme dans l'exemple du patient qui commençait à fréquenter une femme médecin, l'*acting out* en thérapie est souvent lié à des questions de transfert. En d'autres termes, il est considéré comme un déplacement des sentiments présents dans le transfert sur une autre personne dans la vie du patient. Toutefois, les thérapeutes débutants font souvent la supposition erronée et insuffisamment élaborée que les comportements se manifestant à l'extérieur du cadre clinique reflètent toujours l'*acting out* de questions liées au transfert. En fait, les comportements peuvent ou non être liés au transfert, et le thérapeute sera bien avisé de les explorer ouvertement avec le patient plutôt que de conclure immédiatement que les deux sont liés. Un tel comportement d'*acting out* a souvent une longue histoire précédant l'entrée du patient en thérapie.

L'*acting in* est défini au mieux par trois caractéristiques (Paniagua, 1998) : 1) c'est une forme non verbale d'action impliquant le corps ; 2) on trouve une intentionnalité consciente et inconsciente ainsi que du sens propices à l'exploration ; et 3) le comportement ou ses conséquences se manifestent pendant la séance et sont directement observables par le thérapeute.

Des exemples courants d'*acting in* sont d'être partiellement déshabillé au milieu d'une séance, de quitter la séance avant la fin, de s'endormir, d'enregistrer secrètement la séance, de faire un chèque pour payer la séance mais d'oublier de le signer, ou de refuser de regarder le thérapeute. Une patiente apporte un lecteur CD à la séance et demande à son thérapeute s'il veut bien danser avec elle. Le thérapeute lui répond calmement qu'il ne danse pas avec ses patients mais qu'il souhaite discuter avec elle de son envie de danser.

Une autre patiente bondit de sa chaise pendant la séance, tourne sur elle-même à 360° et dit à son thérapeute : « Vous n'avez rien dit sur ma nouvelle jupe. Vous l'aimez ? » Le thérapeute répond en demandant à la patiente si elle a été blessée par son absence de commentaires.

Ces exemples montrent que les comportements d'acting in ou d'acting out doivent être compris de manière empathique plus que d'être perçus de manière péjorative ou critique par le thérapeute. Ils sont grandement porteurs de sens, comme le sont toutes les résistances, et le thérapeute doit essayer d'adopter une attitude d'acceptation et de réflexion face à eux.

Kohut (1984) considère les résistances dans un sens complètement différent que les psychologues de l'ego. Il pense qu'un thérapeute peut considérer à tort les résistances comme des dérivés des pulsions sexuelles et agressives et des défenses face à elles. Au lieu d'interpréter ou de s'opposer aux défenses, les psychologues du self, inspirés par Kohut, considèrent les résistances en termes d'activités entreprises « au service de la survie psychique, c'est-à-dire une tentative du patient de sauver au moins ce secteur du Moi Nucléaire » (p. 115). Ces psychologues soutiennent que nous devrions être empathiques et respecter le besoin du patient d'avoir ces défenses à l'œuvre, et ne pas le pousser à analyser son mode de défense.

En raison de la grande variabilité de nature des comportements d'acting in ou d'acting out, on ne peut généraliser sur une stratégie optimale pour faire face aux résistances. Certains acting out, comme avoir des relations sexuelles non protégées ou être alcoolisé au volant, doivent être vigoureusement combattus car ces comportements mettent en danger la vie du patient. On doit dire aux patients manquant régulièrement les séances que la thérapie est impossible s'ils sont absents. Les patients se scarifiant ou consommant des drogues avant une séance doivent également être confrontés et être placés face à un ensemble de limites relatives à ces comportements.

D'un autre côté, beaucoup de formes d'acting in doivent être tolérées, explorées et observées pendant un certain temps avant que leur sens ne soit perceptible. Beaucoup de résistances accompagnant le phénomène d'acting in se rapportent au transfert. En d'autres termes, le patient élabore et vit un fantasme spécifique avec le thérapeute sans observer ni réfléchir au sens de ce comportement. Une illustration clinique fournit un exemple utile de ce phénomène.

Mme G., une femme de 36 ans, est suivie en psychothérapie par le Dr H., une interne en psychiatrie, pour des « problèmes de caractère ». Elle décrit des difficultés importantes dans divers domaines de sa vie. Elle a vécu plusieurs relations avec des hommes maltraitants et elle a divorcé deux fois. Elle a peur d'être seule et, à plusieurs occasions, elle a pris la

décision de vivre avec des hommes qu'elle ne connaissait que depuis 2 ou 3 semaines. Mme G. a des relations très tendues et difficiles avec sa mère, ressentant qu'elle n'a jamais reçu aucun soutien de sa part. Mme G. a éprouvé de manière répétée le retrait d'affection de sa mère quand elle faisait quelque chose qui déplaisait à cette dernière.

Mme G. a subi des attouchements sexuels dans son très jeune âge par son beau-père. Elle avait parlé à sa mère de ces attouchements et sa mère confronta le beau-père, qui promit de ne plus recommencer. Pourtant, les attouchements continuèrent de la même manière pendant 3 à 4 ans. Il menaçait Mme G. d'abuser sa sœur si elle en parlait à quelqu'un. Après le divorce de la mère et du beau-père à ses 13 ans, Mme G. parla avec sa mère des attouchements continuels. La mère fut scandalisée à ce moment-là. Cependant, quand elles eurent des problèmes financiers par la suite, sa mère décida de réemménager avec le beau-père.

Mme G. a quitté le domicile à 15 ans et elle a fini par aller à l'Université où elle a commencé à boire de l'alcool de façon excessive et à avoir des relations sexuelles avec de multiples partenaires. Elle dit à sa thérapeute qu'elle a établi un fichier avec le nom de tous les hommes avec qui elle a couché. Elle a abandonné ses études et a changé de région pour suivre un homme qu'elle avait rencontré récemment. Puis elle a travaillé comme danseuse top-less et a fréquenté un homme physiquement et sexuellement maltraitant l'ayant menacée de mort à plusieurs reprises. Elle a fui cette personne en épousant un autre homme qu'elle avait rencontré 2 mois auparavant. Au cours de ce mariage, elle a eu une courte aventure avec un homme qu'elle avait rencontré sur Internet et qui avait 10 ans de moins qu'elle. Quand son mari s'en est rendu compte, il ne lui a pas pardonné et a demandé le divorce.

Au cours de la psychothérapie, son histoire se dévoile par étapes successives. Elle est souvent sur la défensive quand le Dr H. essaie de déterminer plus exactement les détails de ce qui lui est arrivé. Un modèle se met en place dans la thérapie chaque semaine où Mme G. décrit un événement extraordinaire dont la thérapeute ne connaît rien. Par exemple, elle arrive un jour à une séance et dit d'une voix enjouée : « Je suis allée à une rencontre PEP cette semaine. » Le Dr H. demande à quoi correspond l'abréviation PEP. Mme G. répond : « C'est un groupe local appelé Personne explorant des personnes. »

Le Dr H. précise qu'elle ne connaît pas ce mouvement. Mme G. explique que c'est un groupe de personnes pratiquant l'asservissement, la domination et le sadomasochisme (SM). Elle explique qu'avec son petit ami actuel, ils pratiquent également le SM : il l'attache, lui bande les yeux et l'étrangle. Elle dit qu'elle ne se sent pas en danger face à ce comportement car elle est sûre de contrôler jusqu'où son petit ami l'étrangle. Elle dit de manière tout à fait neutre à sa thérapeute qu'elle ne ressent pleinement du plaisir sexuel qu'en pratiquant une forme de SM, en étant

toujours dans un rôle de soumission. Sa thérapeute a été surprise pour ne pas dire choquée d'entendre le récit de ces ébats, alors qu'il n'y avait jamais été fait référence précédemment.

Au cours de la séance suivante, Mme G. révèle qu'elle a été dépendante au crack et à la cocaïne quelques années auparavant et qu'elle s'est prostituée pour pouvoir acheter la drogue. Elle se vante d'avoir effectué une fois des fellations à cinq hommes alignés devant elle pour 500 dollars, et qu'une autre fois, elle a couché avec 17 hommes au cours d'une nuit. Elle déclare fièrement à sa thérapeute : « C'est mon record. »

À chaque fois que Mme G. dévoile une autre histoire, le Dr H. se sent de plus en plus détachée émotionnellement et incroyablement. Elle commence à sentir qu'elle n'arrive pas à être en lien avec Mme G. et à donner du sens. En fait, la thérapeute se rend compte qu'elle perçoit Mme G. comme un objet et qu'elle a de plus en plus l'impression d'être face à un « musée des horreurs ». En analysant son contre-transfert, elle identifie qu'elle commence à considérer Mme G. comme un objet, et ce de la même manière dont Mme G. a été considérée comme un objet sexuel par son entourage au cours de sa vie. En parlant au Dr H. d'une rencontre PEP, Mme G. explique que certains membres du groupe ont des relations sexuelles en public. Mme G. décrit comme elle a été attachée en public à une des rencontres pendant qu'une autre femme utilisait un vibromasseur sur elle. Le Dr H. essaie d'obtenir des détails sur la manière dont cela s'est passé exactement, en tentant de se créer une image mentale de la scène dans sa tête. À cause du manque de précision de Mme G., la thérapeute met au moins 10 minutes à essayer d'obtenir des détails précis. À ce moment, Mme G. dit : « Ces situations concernent principalement les personnes exhibitionnistes. »

À la fin de la séance, le Dr H. ressent le sentiment désagréable que quelque chose va de travers. En travaillant avec son superviseur, elle se souvient que Mme G. a souri tout le temps, comme si elle se réjouissait de l'évolution des choses avec sa thérapeute. En considérant ce qui se passe, le Dr H. comprend qu'il n'était absolument pas indispensable pour elle d'obtenir des détails de la scène avec le groupe PEP. Son superviseur lui pointe qu'elle est devenue voyeuse de l'exhibitionnisme de Mme G.

Mme G. a reporté dans le transfert avec sa thérapeute des éléments se produisant couramment dans sa vie en dehors de la prise en charge. Elle s'est engagée dans une exhibition sexualisée choquante et fascinante pour le Dr H., afin de s'assurer de l'attention de sa thérapeute. De plus, cela revêt également une fonction de résistance, car cela n'est accompagné d'aucune observation et analyse sur son sens, ses origines, ou la manière dont cela pourrait représenter un conflit psychologique ou émotionnel chez la patiente. Elle n'exprime aucune volonté de changement, et le Dr H. se demande même pourquoi elle l'a abordé en thérapie.

Cet exemple illustre également comment le comportement d'acting en suscite la réponse désirée par le patient chez le thérapeute. Le Dr H. note comme le « show » créé par l'acting in de Mme G. a produit un scénario voyeur-exhibitionniste similaire à ce qui se passait dans le groupe PEP. De plus, cette prise de conscience vient après un certain temps d'observation de l'acting in où elle s'est permise d'être « aspirée » dans ce qui se passe. Dans cette perspective, cette forme de résistance est extrêmement utile en tant que *révélation* d'un scénario de relations d'objet interne puissant présent dans la vie sociale de la patiente, conduisant à de nombreuses difficultés dans les relations, sans mentionner le danger encouru dans ses relations amoureuses avec ses partenaires. La thérapeute pointe ce modèle de fonctionnement à Mme G. et suggère qu'il serait utile d'explorer ce qui s'y passe et pourquoi ce modèle répétitif de relations est aussi attirant pour elle. De plus, le Dr H. a également perçu que la résistance a été dans une certaine mesure un phénomène impliquant deux personnes, car elle a également participé au travers de sa propre *contre-résistance*. Ces distractions transféro-contre-transférentielles sont inévitables, sont utiles pour les processus thérapeutiques et sont finalement abordables avec le patient.

Résistance à la prise de conscience du transfert

Certains patients présentent une forme de résistance où l'importance du thérapeute est déniée constamment (Gill, 1982). Avant de prendre 3 semaines de congés, un thérapeute dit à sa patiente : « Je me demande ce que vous ressentez à propos de mes 3 semaines d'absence. » La patiente répond qu'elle n'y a pas pensé. Elle dit au thérapeute qu'elle ne le considère que comme un comptable, un dentiste ou tout autre professionnel et n'a pas de sentiments particuliers à son égard. Pour des patients organisés sur un mode narcissique, l'absence apparente de transfert *est* le transfert. Ces patients présentent des difficultés chroniques à établir des relations significatives avec les autres et ce problème sérieux dans les relations d'objet se manifeste de la même manière dans le processus thérapeutique. Dans la perspective de la théorie de l'attachement, ces patients présentent un mode d'attachement dénigrant. La dépendance pouvant être terrifiante pour ces patients, le thérapeute peut alors décider que seul un travail hors transfert est possible, identifiant que l'insistance sur le manque d'importance du thérapeute représente une protection essentielle du Moi, prévenant d'une atteinte narcissique chez le patient. Dans d'autres cas, le thérapeute peut interpréter la résistance du patient face à la prise de conscience du transfert et peut aider le patient à surmonter ses angoisses de dépendance. Il faut cependant être judicieux en confrontant la réticence du patient à reconnaître son attachement au thérapeute. Les thérapeutes trop pressés d'attirer

l'attention sur les implications transférentielles dans les commentaires du patient peuvent être vécus comme excessivement égocentriques par le patient. Paradoxalement, un tel thérapeute peut intensifier le degré de défense du patient qui insistera de manière toujours plus véhémement sur son absence de sentiments à l'égard du thérapeute.

Avec des patients de cette nature, les thérapeutes sont bien avisés d'attendre le bon moment et d'observer l'émergence de sentiments transférentiels indéniables soit dans les rêves, soit dans les commentaires spontanés en début ou en fin de séance. On observe souvent un transfert particulièrement intense associé à un « commentaire sur le pas de la porte », quand le patient s'est levé de sa chaise et se dirige vers la sortie (Gabbard, 1982). Parfois, le commentaire sur le pas de la porte peut être l'élément de discussion le plus important de toute une séance, faisant passer le message que les sentiments du patient ne peuvent être exprimés pendant qu'il est assis sur sa chaise durant la partie formelle de la séance. Le patient peut avoir en tête un cloisonnement entre ce qui est dit assis sur la chaise et ce qui est dit sur le chemin vers la porte. Ces commentaires méritent une attention particulière car le patient ne les abordera en général pas lors de la séance suivante. Ce commentaire sur le pas de la porte est énoncé en partant car le patient souhaite le garder *hors* de la séance. Plus précisément, le patient est *ambivalent* quant à apporter ce matériel dans la séance. Le déposer en partant est un compromis entre le dire et ne pas le dire. En faire part peut être si chargé émotionnellement qu'il ne peut être apporté qu'en fin de séance, quand le thérapeute n'a pas la possibilité de répondre.

M. I. est un homme de 28 ans en psychothérapie psychodynamique deux fois par semaine avec une thérapeute. Il parle fréquemment de sa précédente thérapeute, qu'il évoque par son prénom et avec qui il avait une relation proche et affectueuse. Sa thérapeute lui suggère régulièrement de parler du type de relations qu'il souhaite avoir avec elle. M. I. dément ressentir un quelconque intérêt pour sa nouvelle thérapeute et se dit satisfait de la manière dont fonctionnent les choses. Il dément également être curieux sur sa vie privée. Cependant, lors de la première séance suivant les 2 semaines de congés de la thérapeute, il marche à grands pas vers la porte en fin de séance et demande : « On dirait que vous avez bronzé pendant vos vacances. Vous êtes allée au ski avec votre petit ami ? » La thérapeute de M. I. est prise au dépourvu mais a la présence d'esprit de dire : « Nous en parlerons la fois prochaine. » Comme on peut s'y attendre, M. I. ne reparle pas de ce commentaire à la séance suivante. Après environ 15 ou 20 minutes de séance, la thérapeute lui signale que bien qu'ils aient convenu de parler de ce commentaire sur le pas de la porte à cette séance, il n'y a pas encore fait référence. Il dit rapidement qu'il l'a oublié et qu'il s'agit vraiment d'un commentaire sans importance de

toute façon. Toutefois, la thérapeute persiste à en explorer le sens, et en fin de compte, M. I. reconnaît être curieux de la vie privée de sa thérapeute et espère développer une relation particulière comme celle qu'il avait avec sa précédente thérapeute en obtenant des informations personnelles sur elle.

Dans beaucoup de circonstances, les commentaires sur le pas de la porte occupent une place privilégiée (Gabbard, 1982). Alors que l'horloge tourne, un sentiment de « maintenant ou jamais » entre en jeu et le patient peut finalement dire quelque chose qu'il a gardé pendant longtemps. Les mots exprimés à la fin d'une séance de thérapie sont fortement investis car ils sont porteurs des sentiments provenant des séparations précédentes. En psychothérapie, le temps est notre maître. À la fin de chaque heure, les limites de la relation sont rappelées au patient. Les commentaires sur le pas de la porte peuvent être d'émouvants efforts pour prolonger le temps avec le thérapeute ou pour redéfinir la relation sous un angle plus personnel que professionnel.

Une des manières de comprendre pourquoi ces mots sont conservés pour la fin de la séance est que le thérapeute n'a alors plus le temps de rejeter le patient. Un sentiment de sécurité émane en apportant ces commentaires à la fin de la séance. Cette explication nous permet également de comprendre pourquoi les patients ne souhaitent pas revenir sur le thème de ces commentaires sur le pas de la porte à la séance suivante. Les thérapeutes doivent être prêts à aborder la question si le patient « oublie ».

L'agressivité et la colère peuvent aussi être exprimées en commentaire sur le pas de la porte, même s'il n'y a pas eu d'évocation de transfert négatif pendant la séance.

Un homme de 31 ans ayant été suicidaire par intermittence parle à son thérapeute au cours de la dernière séance avant l'absence d'une semaine de ce dernier. Bien que le patient n'exprime aucune préoccupation concernant cette absence au cours de la séance, les choses changent à la fin. Alors qu'il atteint la poignée de la porte, il se tourne vers le thérapeute et dit : « Bon, je vous vois dans 2 semaines si je ne me suis pas suicidé. »

Ce commentaire sur le pas de la porte a pour but de créer chez le thérapeute de l'anxiété et de la culpabilité quant au fait de partir une semaine et d'abandonner le patient. Une autre manière de comprendre comment le patient gère sa colère est qu'il essaie de gâcher les congés de son thérapeute en introduisant l'idée de son suicide potentiel pendant le moment d'absence. Il s'assure d'être dans l'esprit du thérapeute pendant sa semaine d'absence. En fait, le thérapeute ne pouvant pas penser suffisamment rapidement pour réagir, il regarde simplement le patient partir et s'en préoccupe ensuite pendant toute la durée de ses congés. Dans ce sens, on trouve à la fois une expression d'hostilité et de

défense face à la séparation d'avec le thérapeute pendant une semaine. Le patient s'imagine qu'une représentation de lui-même va tourmenter le thérapeute pendant tout le temps où ils seront éloignés.

Résistances de caractère

Les thérapeutes apprennent à connaître leur patient en grande partie par la manière dont ils résistent à la prise en charge thérapeutique. Comme cela a été décrit dans le [chapitre 2](#) (« Évaluation, indications et formulation »), les défenses caractéristiques du patient deviennent des résistances quand il entre en thérapie. Les défenses et les résistances sont gravées dans le mode de relation à l'autre, et les angoisses générées par la présence du thérapeute deviennent évidentes quand le patient commence la prise en charge. Les défenses de caractère spécifiques et les relations d'objet interne inscrites dans les réseaux neuronaux spécifiques tout au long de sa vie vont se mettre en évidence dans chaque situation, de sorte que la personnalité fondamentale du patient ressort vigoureusement quand la menace d'être découvert par quelqu'un (par exemple le thérapeute) se fait sentir.

Le thérapeute psychodynamique peut trouver utile de rester vigilant aux états émotionnels du patient. La manière dont le patient fait face à des affects perturbants apporte beaucoup d'informations sur ses défenses de caractère. Les sentiments de honte et d'humiliation peuvent empêcher le patient d'avoir à assimiler les observations faites par le thérapeute. Un conflit intrapsychique particulier peut être annoncé par l'émergence d'un certain état émotionnel. Quand une bouffée de colère, de tristesse ou d'anxiété apparaît dans une séance, que doit en faire le patient ? Des changements brusques d'un sujet à un autre peuvent être représentatifs de la mise à distance défensive d'un sujet induisant de la colère par exemple. Le thérapeute souhaitera peut-être attirer l'attention sur le conflit du patient à propos de la colère et de la stratégie défensive utilisée pour y faire face (Gray, 1990). Un exemple clinique va illustrer l'émergence des résistances de caractère et la manière dont elles peuvent être abordées en thérapie psychodynamique.

M. J. est un homme de 38 ans qui bénéficie d'une prise en charge pour des préoccupations relationnelles et professionnelles. Il s'assied sur le bord de sa chaise et parle très longuement de ses soucis. Il informe le Dr K. qu'il a pu identifier huit sources de problèmes. Il apporte des notes écrites et y fait référence en permanence. Le problème 1 est une relation ambiguë et conflictuelle avec une collègue. Sous la rubrique de son nom, M. J. a créé une liste de 12 pensées et de descriptions de leurs rencontres antérieures. Un de ces points, intitulé « Info sur elle », contient sa propre liste de 12 points qui lui paraissent importants pour comprendre leur

relation. Malgré l'importance évidente de cette relation, M. J. parle de ces éléments d'une façon où aucun affect n'est vraiment exprimé.

Le Dr K. perçoit rapidement le style de caractère obsessionnel-compulsif du patient dans la thérapie. Le patient utilise un grand nombre de défenses associées à ce trouble de la personnalité, comme l'annulation rétroactive, l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle et l'intellectualisation. M. J. contrôle clairement ses émotions en compilant les faits et les « données ». Sa liste de problèmes et ses listes au sein de la liste sont une manière de garder l'illusion du contrôle sur les sentiments douloureux. De cette manière, il peut éviter de « perdre le contrôle », une situation qu'il craint par-dessus tout. Il est également clair qu'il essaie de contrôler la situation thérapeutique de la même manière qu'il essaie de contrôler la relation avec sa collègue. Il utilise le temps dans les séances de thérapie pour décrire avec beaucoup de détails les faits associés à son éprouvé de faiblesse et d'être submergé. Il identifie tous les aspects de la relation conflictuelle avec cette femme et passe en revue tous les détails de la situation, à la fois pendant et à l'extérieur de la séance.

Par exemple, M. J. arrive à une séance en déclarant : « Je ne sais plus quoi faire. Je ne fais que penser à cette fille. » Il rapporte qu'elle l'a appelé il y a peu à 4 heures 30 du matin en lui demandant de se réveiller car elle voulait parler de quelque chose d'important. M. J. dit : « Je me suis moquée d'elle et lui ai dit qu'elle devait retourner se coucher. Je crois qu'elle m'a trouvé dur car elle a raccroché. » Après avoir décrit cette situation, M. J. rapporte qu'il s'est demandé pourquoi elle appelait et qu'il savait maintenant ce dont elle voulait parler. Il fait référence à un moment où elle lui a fait penser qu'ils dîneraient tous les deux à son appartement. Quand il est arrivé, il a trouvé trois autres invités déjà présents. M. J. déclare : « Je pense qu'elle s'est finalement sentie coupable à propos de cette soirée. Elle sait qu'elle m'a blessé, et maintenant elle veut savoir ce que je vais en dire. » Il décrit alors en détail que, malgré sa culpabilité, elle ne peut pas s'empêcher de réaborder ce sujet par désir d'être punitive et méchante. Le Dr K. constate que la plupart des informations et des faits que M. J. dit connaître sont en grande partie des extrapolations provenant d'un vague appel téléphonique de 30 secondes. Il constate également que, dans le compte-rendu détaillé mais décousu de M. J., une tendance obsessionnelle à s'arrêter sur tous les détails cache la forêt en attirant l'attention sur les arbres. Ce style cognitif et cette attitude défensive dans l'approche du matériel chargé affectivement, typique de plusieurs troubles de la personnalité d'ordre obsessionnel-compulsif, contrôlent l'ensemble de la séance à tel point que le thérapeute de M. J. trouve difficile de pouvoir placer un mot. Quand le thérapeute essaie de parler, M. J. répond souvent en disant : « Laissez-moi juste finir mon histoire. » Les 50 minutes de la séance sont souvent entièrement consacrées à diverses extrapolations que M. J. développe à partir de brèves rencontres avec cette femme, ne

laissant aucune place à des remarques de la part du thérapeute. De cette façon, M. J. contrôle le Dr K., contrôle sa propre anxiété, mais se prive de l'aide de son thérapeute.

Une autre difficulté survenant dans la thérapie concerne le besoin impérieux de M. J. de trouver la solution parfaite avant d'agir. Ce perfectionnisme se manifeste dans les séances où M. J. est paralysé par l'indécision après avoir balancé entre le pour et le contre de plans d'actions contradictoires. Il entreprend ensuite une étude approfondie des pour et des contre et conclut qu'un mode d'action spécifique est meilleur que les autres. Au moment où il semble s'être décidé sur le meilleur plan, il revient en arrière à une solution alternative, pensant que ce qu'il a choisi ne sera pas la bonne décision à long terme.

Comme beaucoup de personnes présentant une structure de caractère obsessionnelle-compulsive, M. J. est tourmenté par le doute dans chaque prise de décision par peur d'un résultat imparfait. Ici, le schéma de prendre une décision puis de revenir sur celle-ci, ou annulation rétroactive, est récurrent au sein de la psychothérapie. L'annulation rétroactive s'applique aussi aux conflits concernant l'expression de sa colère et de son agressivité. Dans cet exemple, il ne dit pas « Bonjour » à la personne à l'accueil de l'immeuble où il voit le Dr K., et il se sent terriblement préoccupé par le fait d'avoir pu blesser la secrétaire. Il quitte alors la salle d'attente, reprend l'ascenseur et dit « Bonjour » au réceptionniste avant que sa séance ne commence.

Parfois, l'indécision paralysant M. J. le conduit à demander au Dr K. de lui fournir la solution parfaite à son dilemme afin que son choix soit le « bon ». Par exemple, il dit à son thérapeute au cours d'une séance : « Ma mère veut venir à notre prochaine séance et veut nous rencontrer. Je pense que c'est une bonne idée pour qu'elle puisse vous dire ce qu'elle a pu observer sur moi. Qu'en pensez-vous ? » Le thérapeute demande à M. J. pourquoi il pense que ce serait utile et constate également l'urgence avec laquelle il aborde cette question. M. J. dit avoir pensé à l'utilité d'une telle rencontre depuis longtemps et sent une pression de sa famille quant à ces arrangements. Il ébauche un pour et un contre potentiels, mais accepte finalement l'idée qu'il serait mieux de reporter une rencontre avec sa mère jusqu'à ce qu'il ait une idée plus claire des enjeux spécifiques de cette rencontre. Arrivés à la conclusion que l'idée de reporter cette rencontre est la meilleure, M. J. et le Dr K. terminent la séance et le patient s'en va vers la porte. Le commentaire sur le pas de la porte de M. J. inverse la décision : « Bon, je crois que je vais voir si ma mère peut venir la prochaine fois. Je pense que c'est le mieux. »

Après le départ de M. J., le Dr K. ressent que le travail harassant qu'ils ont fourni pendant l'heure n'a servi à rien. C'est comme si un contrat âprement négocié tombait à l'eau au dernier moment. Le Dr K. se sent furieux par rapport à ce qui vient de se passer et il sent qu'il doit en parler

avec le patient lors de la prochaine rencontre. En début de séance suivante, le Dr K. fait cette observation : « Je sais que vous voulez mon opinion sur le comportement à adopter, mais j'ai souvent l'impression que je sais trop peu de choses sur ce que vous ressentez pour faire ce genre de suggestions. Nous avons travaillé ensemble la dernière fois pour prendre une décision que j'ai fortement appuyée, jusqu'à ce que vous changiez d'idée au moment de quitter le bureau. Je pense qu'une des manières que vous avez de créer des conflits dans vos relations est de pousser les gens à vous aider, mais pour rejeter ensuite leur aide quand vous décidez finalement quoi faire. C'est une des manières dont votre agressivité s'échappe de vous, même si vous essayez de la contrôler autant que vous le pouvez. »

Dans cette illustration clinique, le Dr K. utilise un processus d'ici et maintenant pour tenter d'expliquer comment M. J. essaie de se défendre en vain contre sa colère et son agressivité. Sa tendance à contrôler les séances et à s'arrêter sur tous les détails, son insistance pour obtenir l'opinion du thérapeute seulement pour l'annuler, et son indécision qui le paralyse poussent les autres à se sentir exaspérés par lui, notamment son thérapeute. Au cours du temps, le thérapeute réussit à aider le patient à identifier ses propres préoccupations concernant la colère et l'agressivité et le mode défensif avec lequel il résiste face à son aide.

Le Dr K. travaille également pour aider M. J. à reconnaître qu'il agit selon le postulat qu'il n'existe qu'un seul bon choix pour chaque décision. Cette croyance le pousse à chercher la « bonne réponse » avant d'agir. Le Dr K. l'aide enfin à comprendre que toute décision peut en finalité fonctionner quand il est face à un choix, et cela dépend de la manière dont il réagit face à ce choix quand il s'y engage.

Comme les résistances de son caractère prennent la forme de rigidité et d'isolation de l'affect, M. J. utilise peu souvent l'humour. Le thérapeute essaie aussi d'introduire de l'humour dans le processus de prise de décision quand cela paraît approprié. M. J. peut finalement rire et reconnaître le caractère absurde inhérent à son objectif de perfection.

Fuite dans l'illusion de la guérison

Un autre mode courant de résistance est observé quand les patients prétendent qu'ils ont été « guéris » rapidement en thérapie avant que les choses n'aient été complètement explorées. Cette fuite dans l'illusion de la guérison est un mode défensif visant à éviter des discussions sur les conflits douloureux et les états affectifs. Le thérapeute peut souhaiter aider le patient à déterminer combien d'objectifs établis en début de thérapie ont été réellement atteints. Il peut également être utile pour le thérapeute d'être empathique avec l'anxiété sous-jacente du patient provenant de sa réflexion sur ce qui se passe en lui.

Ces fuites dans l'illusion de la guérison conduisent parfois à la fin rapide ou prématurée de la prise en charge. Une règle générale simple stipule que la première fois que le patient évoque la fin de la thérapie, la décision revêt probablement une fonction de résistance. Bien que cette règle ne soit pas absolue, il est tout à fait intéressant de s'interroger quand le patient souhaite terminer la thérapie avant qu'un grand nombre de questions n'aient été examinées. Néanmoins, on se retrouvera parfois face à un patient insistant pour arrêter la thérapie, même si le thérapeute pense que c'est peu judicieux. Dans ce genre de cas, il sera probablement sage que le thérapeute accepte la décision tout en préparant le terrain au retour du patient. L'évaluation du moment où arrêter la thérapie est abordée plus en détail dans le chapitre 9 (« Perlaboration et fin de la prise en charge »).

Retard et rendez-vous manqué

Deux des formes les plus communes de résistance sont le retard et le rendez-vous manqué. Certains patients ne sont pratiquement jamais à l'heure parce que c'est un trait de caractère chez eux, alors que d'autres ne sont en retard que lorsque quelque chose les perturbe dans la thérapie. Certains patients sont extrêmement préoccupés par la ponctualité et trouvent irresponsable d'arriver avec quelques minutes de retard. D'autres ne se sentent nullement préoccupés de faire attendre des personnes et ne font pas mention de leur retard.

Les thérapeutes doivent évaluer attentivement le sens particulier du retard pour chaque patient ainsi que sa réaction vis-à-vis de ce retard. La manière dont le thérapeute intervient dépend des caractéristiques individuelles du patient et de la situation spécifique. Par exemple, pour quelqu'un ne manifestant aucune anxiété à arriver en retard et à faire attendre le thérapeute, ce dernier peut encourager la mentalisation. À un moment opportun, le thérapeute peut demander : « Que pensez-vous de ce que j'ai pu ressentir pendant que je vous attendais aujourd'hui ? » Le patient peut ne pas avoir considéré l'état interne du thérapeute et ne pas envisager l'impact de son retard sur celui-ci. Aider le patient à commencer à mentaliser sur les réactions internes du thérapeute nécessite un certain nombre de ce genre d'interventions jusqu'à ce que le patient devienne plus curieux du monde interne du thérapeute. Celui-ci peut ensuite généraliser la situation de transfert aux relations extérieures où le patient fait attendre les personnes. Considère-t-il que les autres doivent adapter leur planning au sien ? Le patient s'énerve-t-il quand les autres le font attendre ? Le patient devait-il attendre ses parents ou ses frères et sœurs quand il était enfant, ce pour quoi il cherche à se venger en faisant attendre les autres ?

Dans tous les cas, le thérapeute devra maintenir le créneau horaire comme prévu initialement. Si la séance doit commencer à 2 heures et finir à 2 heures 45, la séance finira à 2 heures 45 même si le patient n'est pas arrivé avant 2 heures 20. Si le thérapeute prolonge la séance, le patient reçoit le message inconscient qu'il est possible d'exiger des autres qu'il s'adapte à son planning. Si le patient s'énerve parce que le thérapeute maintient le créneau horaire, cette colère pourra conduire à une exploration utile de l'habitude du patient d'être en retard.

Quand les patients d'ordinaire ponctuels arrivent en retard aux séances, les thérapeutes pourraient être enclins à aborder immédiatement le retard, mais cela déclenche souvent une réaction défensive. Une meilleure stratégie consiste à attendre de voir comment le patient explique son retard et s'il y perçoit un sens pour la thérapie, ou s'il s'agit simplement d'un problème de circulation ou de tout autre problème extérieur. Bien que des facteurs réels concourent à faire arriver les gens en retard à des rendez-vous, les thérapeutes doivent toujours garder à l'esprit que la résistance trouve les meilleures places cachées. Même si la circulation est particulièrement chargée, la circonstance d'être retardé par la circulation peut fournir une raison cachée commode pour les angoisses d'un patient quant à aborder des questions difficiles avec le thérapeute. En même temps, le thérapeute ne forcera pas l'analyse de la résistance si le patient n'est simplement pas enclin à le faire. Les préoccupations sous-jacentes du patient réapparaîtront sans aucun doute dans les séances suivantes et pourront être examinées à ce moment-là. Il est également important d'explorer si le patient arrive en retard afin d'éviter de revenir sur une question ou une discussion perturbante abordée lors de la séance précédente.

Les séances manquées sont une autre forme de résistance commune, et une des raisons pour lesquelles les thérapeutes font payer les séances manquées en psychothérapie est que cette pratique entraîne une plus grande présence. Les patients ne payant pas quand ils ratent une séance de thérapie peuvent avoir une multitude de justifications pour leur absence. Quand ils savent qu'ils doivent payer, qu'ils soient présents ou non, les absences disparaissent mystérieusement avec leurs justifications. Pour cette raison, Freud (1913/1958) préconisait la « location » d'une heure au patient :

Quand la pratique est plus souple, les annulations « occasionnelles » sont si fréquentes que le médecin voit son existence matérielle mise en danger. Quand on respecte vigoureusement cette disposition, il s'avère par contre que les empêchements fortuits ne se présentent pas du tout et que les affections intercurrentes ne sont que très rares [...]. On n'acquiert une véritable conviction de la signification de la psychogenèse dans la

vie quotidienne des êtres humains, de la fréquence des « maladies de l'écolier » et de l'inanité du hasard qu'après avoir exercé la psychanalyse quelques années durant, en suivant rigoureusement le principe de la location des heures³.

Dans le climat actuel de la pratique clinique, appliquer les recommandations de Freud peut être difficile. Certains organismes de remboursement ou mutuelles ne vont pas payer pour des rendez-vous manqués. Ici, comme le patient paye de sa poche, de nombreux thérapeutes définissent avec les patients avant de commencer la prise en charge qu'ils devront payer pour les séances manquées (à moins, bien sûr, qu'ils ne réussissent à combler le créneau avec un autre patient). D'autres utilisent des variantes de cette règle pour permettre une certaine flexibilité. Par exemple, certains thérapeutes vont faire payer à *moins* que le patient ne les prévienne de leur absence 24 heures auparavant. D'autres vont autoriser un nombre limité de séances ratées au cours d'une année sans les faire payer. De véritables urgences ou une maladie sérieuse sont aussi considérées comme des exceptions par de nombreux thérapeutes.

Les thérapeutes débutants se demandent souvent s'il est conseillé de téléphoner aux patients ne s'étant pas présentés à une séance de psychothérapie. Si le risque suicidaire est présent, les thérapeutes doivent probablement téléphoner au patient pour vérifier qu'il va bien. D'un autre côté, les patients suicidaires chroniques présentant des troubles de la personnalité de type borderline peuvent profiter de l'angoisse du thérapeute face au risque suicidaire potentiel et commencer à attendre un appel du thérapeute comme réponse habituelle à leur absence à une séance. Si ce modèle se développe, le thérapeute devra évidemment le relever et analyser les motivations du patient.

La plupart des thérapeutes n'appelleront pas après une séance manquée quand il s'agit de patients ni suicidaires ni auto-agressifs. Toutefois, si deux séances consécutives sont ratées, il sera probablement judicieux de contacter le patient pour voir s'il est intéressé à poursuivre la thérapie ou si une circonstance extérieure s'est produite et l'a empêché de se présenter. Les patients ayant décidé d'arrêter la thérapie doivent être invités à venir pour une séance supplémentaire pour explorer les pour et les contre de cette décision, tout en précisant qu'en fin de compte, la thérapie est une démarche volontaire et qu'il dépend entièrement du patient de continuer ou non.

3. Sigmund Freud, « Sur l'engagement du traitement », in *Œuvres complètes*, vol. XII, *op. cit.*, p. 161 [NdT].

Résumé

La résistance est un aspect quotidien du travail du psychothérapeute psychodynamique. Alors que le terme s'appliquait à l'origine aux patients en analyse interrompant l'association libre, il a pris désormais un sens beaucoup plus large pour décrire presque tout ce qui s'oppose au travail de la psychothérapie. En particulier, cela se manifeste comme un agir non réfléchi plutôt qu'une conscience formulée et due où le patient participe au travail en thérapie tout en étant engagé simultanément dans un mouvement d'introspection. L'acting in se réfère à un comportement non verbal observable par le thérapeute ayant un sens significatif nécessitant un travail d'explication. L'acting out se réfère généralement à un comportement en dehors de la séance ayant du sens en terme de transfert.

Plusieurs formes de résistance impliquent le transfert, et le fantasme du patient sur les pensées et la personne du thérapeute interfère souvent avec la capacité du patient d'effectuer un travail productif dans la thérapie. Par ailleurs, les patients peuvent également résister à la prise de conscience du transfert et suivre la thérapie comme si le thérapeute n'était pas une personne importante pour eux. Parfois, ce n'est seulement qu'à la fin de la séance que le transfert envers le thérapeute émerge, quand le patient se dirige vers la porte, et lance une dernière salve, qu'on appelle un commentaire sur le pas de la porte. Dans ce cas, ces commentaires doivent être attentivement relevés. Beaucoup de patients présentent des résistances de caractère incrustées provenant de défenses anciennes et de relations d'objet interne servant à résister aux efforts du thérapeute. D'autres formes communes de résistance s'observent dans la fuite dans l'illusion de la guérison, le retard et les séances manquées.

Références

- Freud S: The dynamics of transference (1912), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 90–108
- Freud S: On beginning the treatment (1913), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, 123–144
- Freud S: Remembering, repeating, and working through (1914), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 147–156
- Friedman L: A reading of Freud's papers on technique. *Psychoanal Q* 60:564-595, 1991
- Gabbard GO: The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour. *J Am Psychoanal Assoc* 30:579-598, 1982

- Gill MM: Analysis of Transference, Vol 1: Theory and Technique. New York, International Universities Press, 1982
- Gray P: The nature of therapeutic action in psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 38:1083-1096, 1990
- Kohut H. In Goldberg A, editor: How Does Analysis Cure?, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984
- Paniagua C: Acting in revisited. Int J Psychoanal 79:499-512, 1998

CHAPITRE 7

Utilisation des rêves et des fantasmes en psychothérapie psychodynamique

L'étude des rêves a toujours représenté une part importante de la psychanalyse et de la thérapie psychodynamique. Freud (1900/1953) considérait l'interprétation des rêves comme la « voie royale » vers l'inconscient. Les conflits centraux peuvent être si perturbants pour un patient qu'ils sont bannis de son esprit à l'état de veille. Cependant, quand la vigilance défensive se dissipe au moment de l'apparition du sommeil, les conflits peuvent émerger dans le contenu du rêve. Certains demanderont si les rêves sont toujours *la* voie royale car nous connaissons maintenant le transfert, les résistances et le comportement non verbal comme autres possibilités d'accès aux questions de l'inconscient, mais la compréhension des rêves reste un outil majeur du thérapeute psychodynamique.

Les recherches en neurosciences sur les rêves et le sommeil paradoxal ou sommeil à mouvements oculaires rapides ont proliféré durant les 30 dernières années. Bien que certains chercheurs (Hobson, 1988) aient essayé de minimiser l'importance psychodynamique des rêves en insistant sur les découvertes neurophysiologiques, Reiser (2001) a souligné que les domaines neurophysiologique et psychodynamique ne sont pas interchangeables. Les découvertes en neurosciences ne peuvent réfuter la valeur psychodynamique des rêves. Esprit et cerveau utilisent des langages et des techniques différents, et l'esprit de la personne qui rêve s'approprie le processus physiologique du cerveau en phase de rêver pour y placer des contenus psychologiques significatifs. Par conséquent, les principes consacrés de l'interprétation psychanalytique des rêves continuent d'être appliqués dans le travail du thérapeute psychodynamique contemporain.

Les rêves

Compréhension des rêves

Le rêve comme version déguisée d'un désir est l'un des principes centraux de la psychanalyse. Freud affirmait avec insistance que les désirs

inconscients dans l'enfance sont transformés en symboles déguisés au travers d'un censeur s'assurant que le sommeil du rêveur ne sera pas perturbé. Freud distinguait deux niveaux de contenu de rêve. Le contenu *manifeste* est la surface du rêve perçue par le rêveur. Le contenu *latent* renvoie aux désirs inconscients et aux pensées menaçant de réveiller la personne en train de rêver et, ainsi, devant être déguisés. Un ensemble de mécanismes de défense opérant au sein du Moi du rêveur servent à déguiser le contenu latent et à le transformer en contenu manifeste. Aujourd'hui, nous savons que les rêves peuvent représenter d'autres processus internes au-delà des désirs inconscients infantiles. Ils représentent également les peurs, les conflits et (dans le cas de patients traumatisés) des efforts récurrents pour maîtriser et métaboliser les expériences traumatiques. Toutefois, les mécanismes de défense utilisés par le Moi de la personne qui rêve continuent d'être utiles pour essayer de déchiffrer le sens du rêve.

- *La condensation*. Ce mécanisme combine plus d'un désir, d'un sentiment ou d'une pulsion en une seule image manifeste de rêve. Par exemple, une personne présente dans un rêve peut à la fois être constituée par le crâne chauve d'une personne, la barbe d'une autre et les vêtements d'une troisième. Les sentiments associés à ces trois différents individus peuvent également être déguisés et ne devenir évidents qu'au travers d'un travail psychothérapeutique sur le rêve.
- *Le déplacement*. Dans ce mécanisme, l'intensité associée à une personne peut être détournée vers une personne distincte pour devenir plus acceptable pour le Moi de la personne qui rêve. Par exemple, la personne en train de rêver peut sentir qu'il est interdit de ressentir une attirance sexuelle pour un thérapeute, et le ressenti est donc déplacé sur une autre personne dans sa vie.
- *La représentation symbolique*. Ce type de transformation implique l'utilisation d'une image sensorielle simple et concrète pour représenter un ensemble complexe de sentiments pouvant être particulièrement chargés. Par exemple, Freud (1900/1953) suggérait qu'une fleur est une représentation commune de l'organe génital féminin. L'intérieur d'une maison peut être représentatif du fonctionnement de l'esprit de quelqu'un. Pourtant, Freud faisait également ressortir que la plupart des symboles dans les rêves sont utilisés de manière idiosyncrasique par chaque personne qui rêve, et leur contenu inconscient ne peut être perçu que grâce à l'écoute des associations du patient. L'attribution arbitraire de significations aux symboles du rêve, comme l'on peut en trouver dans des ouvrages vendus dans les présentoirs juste avant les caisses d'un supermarché, a peu de valeur. Un cas particulier de représentation symbolique est appelé *synecdoque*, quand une partie comprend un tout. Par exemple, en référence à un voilier, on peut dire : « J'ai vu au moins 15 voiles aujourd'hui », indiquant 15 voiliers. Cette

figure de style est régulièrement présente dans les rêves où un tout est représenté par une de ses parties.

- *L'élaboration secondaire*. Les mécanismes de déplacement, de condensation et de représentation symbolique sont caractéristiques d'un mode primaire d'activité cognitive auquel Freud faisait référence en tant que *processus primaire*. Des aspects plus évolués et raisonnables du Moi servent à organiser ces éléments primaires en réseau plus cohérent. Ce processus, connu comme *processus secondaire*, requiert un effort de la part du rêveur pour extraire les composantes irrationnelles et bizarres du rêve et les mettre en forme en une histoire plus rationnelle. Même après le réveil de la personne qui rêvait, quand elle commence à se souvenir ou à écrire son rêve pour le raconter en thérapie, d'autres changements peuvent apparaître à mesure qu'elle essaie de rendre le contenu du rêve plus cohérent. Par conséquent, le rêve présenté en thérapie peut être significativement différent du rêve original.

On doit à Freud un autre concept important qui est le *résidu diurne*. Un événement se produisant durant la journée peut apparaître sous forme détournée dans un rêve. Dans le rêve de Dorothy dans *Le Magicien d'Oz*, les trois ouvriers agricoles qu'elle rencontre avant la tornade apparaissent sous forme déguisée dans son rêve en épouvantail, en homme de fer blanc et en lion peureux. Mlle Gulch devient la méchante sorcière de l'Ouest. Un thérapeute psychodynamique est souvent à la recherche d'éléments résiduels diurnes en collaboration avec le patient pour comprendre et interpréter le rêve.

Technique d'interprétation du rêve

Un concept central en thérapie psychodynamique et en psychanalyse est que les associations du patient sur son rêve sont nécessaires pour en permettre sa compréhension. Les thérapeutes devraient éviter d'adopter une attitude omnisciente en disant au patient ce qu'un rêve veut dire sans avoir d'abord écouté ce que pense le patient de ce rêve. Ainsi, une façon utile d'aborder le processus de l'interprétation du rêve est de dire au patient après qu'il a fini de raconter son rêve : « Qu'est-ce qui vous vient en tête quand vous pensez à ce rêve ? » Parfois, le contenu manifeste représente un élément si évident de la vie de la personne que les associations ne sont pas nécessaires. Cependant, un thérapeute sera toujours prudent de reporter l'interprétation d'un rêve jusqu'à ce que le patient ait fait ses associations sur le contenu de son rêve. Souvent, les associations du rêveur emmènent le rêve dans une direction inattendue. Notamment, on espère toujours que les associations vont éclairer la façon dont le rêveur a transformé le contenu latent en contenu manifeste.

Dans le travail psychothérapeutique sur le rêve, de nombreuses résistances émergent. Des patients peuvent prendre le thérapeute pour un

devin pouvant percevoir la vraie signification d'un rêve sans leur aide. Certains patients peuvent dire qu'ils ne peuvent faire aucune association et attendent de la part de leur thérapeute qu'il explique le rêve comme dans une télévision psychique. Dans ce genre de cas, le thérapeute peut avoir besoin de rappeler au patient que la psychothérapie est un effort commun et qu'il est incapable d'interpréter le rêve sans son aide. Certains patients très compétitifs essaient de battre le thérapeute sur son propre terrain en interprétant le sens du rêve plutôt qu'en associant librement sur lui. Ils peuvent dire au thérapeute ce qu'ils pensent de la signification de chaque symbole de manière très contrôlée et très intellectualisée, et ce pour éviter de faire tomber leurs défenses et de laisser leur esprit errer comme dans l'association libre. Une troisième forme commune de résistance dans le travail sur les rêves se traduit par l'évitement dans les associations du patient de certaines images particulièrement chargées. Cet évitement se manifeste fréquemment autour de représentations du thérapeute dans le rêve et celui-ci aura à demander spécifiquement au patient ce qui lui vient à l'esprit à propos de l'image de rêve mise à l'écart. En effet, une stratégie technique courante est de poser des questions directement au patient sur certaines images de rêve paraissant pertinentes du point de vue du thérapeute.

Les rêves peuvent eux-mêmes être utilisés comme résistance puissante à la psychothérapie. On voit parfois un patient se sentant submergé pendant toute une séance par des éléments de rêve, ce qui ne laisse pas de temps pour travailler avec le thérapeute sur un des rêves. Ce genre de patient peut passer d'un rêve à l'autre sans arrêter d'associer sur le matériel, et ainsi le thérapeute est dépassé dans sa tentative de garder une trace des différents rêves et de ce qu'ils représentent. Un rêve peut également être amené en fin de séance comme un « commentaire sur le pas de la porte » afin qu'il ne reste plus de temps pour l'analyser. Les rêves d'une personne peuvent servir de *détour* royal éloignant de l'inconscient, tout comme de voie royale vers lui.

Des exemples cliniques de travail sur le rêve en psychothérapie illustrent certains des concepts précédents.

Mme L. est une femme de 27 ans suivant une psychothérapie bi-hebdomadaire avec le Dr M. Elle a une sœur plus âgée (32 ans) qui, selon elle, a toujours été la préférée de son père et avec laquelle elle a toujours été énormément en compétition. Sa sœur est médecin comme son père, mais Mme L. travaille dans un domaine complètement différent. Elle attend les attentions de son père mais elle a toujours ressenti qu'elle ne pouvait rivaliser avec sa sœur. Après un week-end de Thanksgiving à la maison familiale, elle revient en thérapie le lundi matin et rapporte un rêve qu'elle a fait dans la nuit de dimanche. La patiente est dans une maison et elle entend du bruit dans une autre pièce. Elle se rend dans cette pièce et trouve sa grande sœur au lit avec son père. Elle se réveille à ce moment-là.

Le thérapeute lui demande ce qui lui vient à l'esprit à propos de ce rêve. Mme L. reste d'abord silencieuse puis répond : « Rien ». Le Dr M. comprend l'embarras de la patiente et dit : « Il est très perturbant d'imaginer une relation incestueuse entre votre père et votre sœur, même dans un rêve. » Ce commentaire empathique permet à la patiente de se sentir comprise et elle commence ensuite à associer : « Oui, il est vraiment embarrassant de parler de cela avec vous. Pourtant, cela ne me surprend pas d'une certaine manière. » Le Dr M. demande : « Pourquoi pas ? » Mme L. explique : « Eh bien, mon père nous a amenées ma sœur et moi à l'aéroport pour que nous prenions notre vol de retour. Il m'a serrée dans ses bras et m'a embrassée sur la joue, puis il l'a serrée dans ses bras et l'a embrassée, et elle l'a embrassée carrément sur les lèvres. Je n'en croyais pas mes yeux. On aurait dit deux amoureux. » Ici, Mme L. associe avec les résidus de la journée ayant sans aucun doute déclenché le rêve. Le Dr M. dit : « Cela devait presque être comme s'ils étaient au lit ensemble. » Mme L. répond : « Mais dans le rêve, ils n'avaient *pas* de relations sexuelles au lit ». Là, les forces défensives du Moi éveillé arrivent à la rescousse pour s'assurer que quelque chose d'inacceptable représenté dans le rêve ne soit pas aussi terrible qu'il n'y paraît. Le Dr M. reprend cet élément un peu plus tard : « Oui, je comprends cela, mais à certains moments, vous vous êtes sentie exclue de leur relation, comme s'ils étaient dans la chambre parentale ensemble et que vous étiez à l'extérieur en train de les y regarder. » Mme L. continue ses associations : « Ils ont parlé de médecine non-stop pendant tout le week-end de Thanksgiving. J'avais l'impression que je ne faisais pas partie de leur relation et je pense qu'il en était de même pour ma mère. C'était presque comme si ces deux étaient un couple marié, et que les autres étaient exclus. Je déteste dire ça mais je suis toujours aussi jalouse d'elle. » Le Dr M. répond : « Il y a probablement une part de vous qui souhaiterait être dans la chambre parentale avec votre père à la place de votre sœur. » Mme L. acquiesce, en admettant à contrecœur qu'elle a toujours voulu être la préférée de son père.

Dans cette ébauche de travail sur le rêve, la personne déguise son désir d'avoir son père pour elle seule et de triompher sur sa sœur en utilisant le déplacement. C'est sa *sœur*, pas elle, qui est en fait au lit avec son père. Le résidu de la journée est un moyen utile pour déguiser ce désir. Comme le Dr M. et Mme L. ont développé une alliance thérapeutique solide au fil de plusieurs mois de thérapie, il a été capable de lui montrer le déplacement fondé sur le même thème qu'ils ont travaillé de manière récurrente dans la thérapie. La sœur pourrait également avoir servi dans le rêve comme un déplacement de la *mère* de Mme L., la rivale originelle de la patiente concernant l'attention de son père. Toutefois, cette référence est trop éloignée du champ de conscience de Mme L. pour être entendue, et le Dr M. choisit donc de la garder pour lui.

Un autre cas illustre le mécanisme de la représentation symbolique, et particulièrement de la synecdoque.

Mme N. est une femme de 42 ans venue en thérapie après la mort de son fils, décédé d'une myopathie. C'est une femme stoïque ayant fait face à sa douleur en devenant membre active de l'association régionale de lutte contre la myopathie, et en insistant sur le fait qu'aider les autres l'empêche d'être triste. Cependant, il lui arrive parfois de fondre en larmes en parlant de son fils pour immédiatement après fuir à nouveau ces sentiments qui deviennent pénibles.

Un jour, Mme N. arrive en thérapie et dit : « J'ai fait un rêve la nuit passée. Je ne sais pas quoi en faire. C'est un rêve très court. Je regardais mes ongles et ils étaient tous cassés. » Le thérapeute lui demande de dire ce qui lui vient à l'esprit en pensant à cette image d'ongles cassés. Elle hésite un moment puis elle dit que quand elle changeait les draps de son fils, ce qui était nécessaire fréquemment durant ses derniers jours de vie, elle se cassait souvent les ongles. Elle fait le commentaire qu'il est absolument ridicule de se soucier d'un fait aussi mineur qu'un ongle cassé alors que son fils était en train de mourir. Sa thérapeute entend le sens du rêve et lui dit : « D'une certaine manière, il serait bon d'avoir à nouveau les ongles cassés, car cela signifierait que votre fils serait toujours en vie. » La patiente pleure alors doucement.

Mme N. est une personne qui souhaitait éviter des sanglots incontrôlés et une douleur écrasante après la mort de son fils. Son rêve représente un désir déguisé. La représentation des ongles cassés est une représentation symbolique. En utilisant une synecdoque, l'image substitue une partie pour le tout. Des ongles cassés ont un sens particulier pour Mme N. – son fils est vivant, elle change les draps de son lit, elle satisfait son désir de l'avoir à nouveau dans sa vie afin de pouvoir se consacrer à lui et d'échapper à sa douleur. Le rêve exprime également un désir de revivre les dernières semaines de la vie de son fils de manière différente, c'est-à-dire de ne pas se préoccuper de soucis triviaux comme ses ongles cassés et de se consacrer à son fils de manière plus émotionnelle et complète.

Dans ces exemples, le thérapeute a interprété le contenu manifeste du rêve comme représentant une version déguisée du contenu latent. Cependant, ce travail correspond uniquement à la partie émergée de l'iceberg, car nous pouvons rarement sonder les profondeurs d'un rêve et examiner les déterminants multiples conduisant à l'élaboration de l'image du rêve. Dans *Le Songe d'une nuit d'été* de Shakespeare, après que Bottom s'est réveillé de son rêve extraordinaire, il dit : « On l'appellera "Le rêve de Bottom"¹ car c'est un rêve sans fond » (Wright, 1948, p. 56). Les rêves sont sans fond, et nous ne pouvons nous attendre

1. « *Bottom* » signifie le fond. (NdT)

à discerner toutes les couches multiples de signification des rêves de chacun. Nous devons généralement nous contenter du contenu le plus significatif pour le patient au moment où le rêve est fait.

Fantasme

L'écrivain américain Ursula K. Le Guin fit un jour l'observation suivante : « Nous aimons penser que nous vivons dans la lumière du jour mais la moitié du monde est toujours sombre ; et le fantasme, comme la poésie, parle le langage de la nuit » (Le Guin, 1979). Le langage de la nuit – les rêves – est en effet étroitement lié au langage du fantasme du jour. Les deux nous transportent de la réalité dans les régions profondes de la satisfaction du désir de la psyché où la vie est comme nous la souhaitons. Cependant, les rêves diurnes peuvent être plus embarrassants et honteux que ceux de la nuit. Beaucoup de patients vont préférer partager le rêve de la nuit précédente plutôt qu'un rêve diurne qu'ils ont fait quelques minutes avant le début de la séance. Les patients paraissent se sentir davantage responsables des rêves diurnes et ainsi, ils sentent que leurs peurs secrètes, leurs désirs, leurs faiblesses ou leurs conflits sont transparents quand ils partagent les rêves diurnes avec leur thérapeute.

Le fantasme est l'un de nos premiers modes d'adaptation aux déceptions de la réalité (Person, 1995). Les fantasmes fournissent souvent des gratifications de substitution pour les désirs douloureusement insatisfaits dans notre vie. Ils servent de consolations pour ce que nous n'avons pas et ils peuvent aussi guérir des plaies de notre passé.

Un garçon de 16 ans a traversé son adolescence avec des blessures narcissiques. En cours d'éducation physique, il était toujours le dernier à être choisi pour les sports d'équipe. Il se sent mal coordonné et faible en comparaison des autres garçons de sa classe. Il craint que les filles ne soient pas intéressées par lui du fait de ses qualités physiques faibles. Pour compenser cette réalité douloureuse et humiliante, il élabore des fantasmes riches en lisant des bandes dessinées de Superman. Il imagine qu'on lui a accordé tous les pouvoirs de Superman grâce à un contact magique avec une figure surnaturelle, comme un génie ou une fée. Dans ses fantasmes, il se présente aux épreuves olympiques et réalise des records du monde incroyables dans différentes disciplines, le conduisant à sa parution en couverture du magazine *Time*. Il imagine que les autres garçons de son cours d'éducation physique regardent la télévision dans un silence stupéfait alors qu'il reçoit les médailles d'or les unes après les autres dans la compétition olympique.

Les rêves diurnes et les rêveries sont souvent utilisés de manière équivalente aux fantasmes, mais ils en représentent probablement un

sous-ensemble. Les rêveries et les rêves diurnes sont conscients. Ils impliquent souvent des scénarios et servent de puissantes fonctions psychologiques. Dans le cas de l'adolescent ayant de faibles capacités physiques, son rêve éveillé l'aide à surmonter le traumatisme d'être le dernier à être choisi dans toutes les activités sportives et il se venge en contemplant avec joie comment son groupe de camarades réagirait à le voir aux Jeux olympiques à la télévision. Les fantasmes permettent aussi un sentiment de satisfaction et de gratification dans certains domaines de notre vie où nous nous sentons privés de plaisir. Même si les rêves diurnes et les rêveries sont intimes, ils sont souvent des forces puissantes influençant nos vies au-delà de notre compréhension. Ils peuvent faire partie d'un fantasme culturel commun ou peuvent être extrêmement idiosyncrasiques et privés (Person, 1995).

Cependant, d'autres fantasmes sont inconscients et ne peuvent émerger que grâce au travail psychothérapique. Parfois, ces fantasmes inconscients deviennent évidents dans la relation transférentielle avec le thérapeute, alors qu'à d'autres moments, ils commencent à émerger quand le patient et le thérapeute rassemblent en un tout cohérent des thèmes actuels de la vie du patient en dehors de la thérapie.

M. O. est un homme de 52 ans dont la femme a demandé le divorce environ 18 mois avant qu'il ne vienne en thérapie. Il dit à son thérapeute qu'il est enlisé dans sa douleur. Il est anxieux, déprimé et pratiquement impotent. Après avoir parlé de sa douleur pendant un certain temps en thérapie, son thérapeute prend conscience qu'il est plus ou moins « bloqué » et incapable de dépasser ce sentiment d'avoir été abandonné et lésé par son ex-femme. Il ne peut abandonner aucun élément matériel dans sa maison lui rappelant son mariage. Alors qu'elle s'est installée dans un appartement, il est resté dans la maison qu'ils partageaient. Il dort dans le même lit même si l'une des deux tables de chevet n'est plus là. Il conserve partout des photos et des souvenirs de sa femme. Un jour, son thérapeute lui suggère qu'il entretient peut-être le fantasme qu'elle reviendra réellement pour vivre avec lui à nouveau. M. O. répond qu'il n'a eu aucun contact avec son ex-femme et qu'elle n'a fait aucun effort dans le sens d'une réconciliation mais qu'il continue à se demander si cela sera possible. Avec l'aide de son thérapeute, un fantasme inconscient commence à remonter à la surface à propos d'une réconciliation possible. Une part de ce fantasme l'implique elle, ayant pitié de lui en le voyant souffrir autant et être tellement impotent. Si elle se sent suffisamment désolée pour lui, peut-être reviendra-t-elle pour s'occuper de lui. Il imagine également que la raison principale de son départ a été son manque de « pouvoir financier ». Il commence à penser que s'il pouvait gagner à la loterie nationale, il pourrait la séduire avec un chèque important à la main. Ainsi, sous l'impotence, est présent un

fantasme puissant alimentant son besoin de rester inerte. Si elle voit combien il souffre, peut-être reviendra-t-elle. Pendant ce temps, il gagnera peut-être à la loterie et il pourra la séduire avec des promesses de richesse.

M. O. présente un fantasme impliquant beaucoup une personne extérieure à la thérapie. Certains fantasmes inconscients n'émergent qu'au travers d'une compréhension attentive des désirs dans le transfert, ceux-ci n'étant pas évidents dans un premier temps. Certains fantasmes sur le thérapeute restent pendant longtemps de crainte qu'ils ne soient jamais satisfaits s'ils sont découverts. Sidney Smith (1977) décrivait le *fantasme idéal*, un fantasme commun si ce n'est universel émergeant dans certains cas de psychanalyse ou de psychothérapie psychodynamique. Brièvement, c'est un « désir d'avoir tous ses besoins réunis dans une relation consacrée par la perfection » (p. 311). Ce fantasme particulier peut se manifester comme une résistance puissante au travail psychothérapique. Certains patients peuvent investir leur thérapeute comme s'il pouvait résoudre tous leurs problèmes en les aimant et en prenant soin d'eux. Ils peuvent écouter avec attention les interprétations du thérapeute, mais ils ne les intériorisent que rarement et ils y réfléchissent rarement d'une manière se traduisant par des changements dans leur vie quotidienne. Par ailleurs, ils peuvent ne présenter aucun intérêt que ce soit aux interprétations et simplement faire ce qu'ils peuvent pour s'assurer que le thérapeute les aime.

Quand ce fantasme est découvert et analysé à la lumière du jour, une de ses caractéristiques majeures est que quelque part dans le monde se trouve une personne capable de satisfaire tous les besoins du patient. Le patient endosse une position de passivité en étant pris en charge de manière complète de telle sorte qu'aucun effort de sa part ne soit nécessaire. Souvent, les patients s'accrochent de manière tenace à ce fantasme et ils ressentent que sa perte reviendrait à renoncer à trouver du sens, et se retrouver dans un état horrible de désespoir existentiel. Quand le fantasme est exploré, on constate souvent que le patient pense qu'il représente un paradis perdu de son enfance. C'est comme si la prise en charge parfaite avait existé réellement à une époque (bien qu'il soit très peu probable que cela ait été le cas) et si le patient se comporte correctement, le paradis sera restauré. Quand le fantasme est identifié et élaboré, cela conduit souvent à un processus de deuil utile, qui est une conséquence fréquente de la psychothérapie psychodynamique. Beaucoup de rêves, de fantasmes et de désirs sont modérés avec réticence au cours de la thérapie quand le patient apprend à vivre plus dans la réalité que dans le fantasme. Cependant, la psychothérapie apprend également aux patients la valeur du fantasme et ses aspects adaptatifs et utiles tout au long de la vie.

Rôle du fantasme érotique

Quand on les questionne à propos de leurs fantasmes, beaucoup de patients pensent que le thérapeute fait référence à des fantasmes *sexuels*. Dans le langage commun, le terme *fantasme* revêt souvent cette connotation, et les patients peuvent se sentir particulièrement embarrassés quant à un fantasme lié au thérapeute. Parfois, une intervention informative est nécessaire pour clarifier ce que l'on entend par fantasme quand il est évoqué en psychothérapie.

Le fantasme érotique joue un rôle central dans la vie de la psyché humaine. Stoller (1979) soulignait que le fantasme sexuel est quelque chose que l'on explore en psychothérapie car les thèmes du fantasme érotique transcendent les questions de la sexualité. Le fantasme érotique est souvent une fenêtre sur les relations d'objet interne, les conflits inconscients, les blessures narcissiques, et les traumatismes dans le passé de la personne. Comme Stoller (1979) le soulignait, « la fonction des rêves diurnes est d'énoncer un problème ayant été déguisé et ensuite de le résoudre, le problème et la solution étant les pôles entre lesquels l'excitation circule » (p. XI).

Comme beaucoup d'autres rêves diurnes, les fantasmes érotiques, en particulier ceux qui accompagnent la masturbation ou les relations sexuelles, sont souvent générateurs de honte et d'embarras. Alors que les fantasmes érotiques varient très largement, chaque adulte a un modèle érotique spécifique que Person (1980) appelle l'*empreinte sexuelle*.

Les empreintes sexuelles peuvent s'adapter au style de personnalité de la personne et peuvent être en contradiction de manière surprenante avec le comportement habituel de la personne et son style de relation à l'autre. Les fantasmes peuvent être hétérosexuels, bisexuels ou homosexuels et peuvent impliquer des endroits particuliers ou des partenaires multiples. Une partie de l'excitation dans les fantasmes sexuels peut susciter de la honte chez la personne, et souvent ce qu'elle imagine pendant qu'elle a une relation sexuelle avec un partenaire amoureux est source d'une honte profonde car cela est trop différent de ce qui se passe en réalité au lit. L'empreinte sexuelle portée par chaque adulte trouve généralement son origine dans les thèmes de pouvoir et de plaisir liés aux expériences dans la vie précoce et aux conflits impliquant le genre sexuel et le plaisir (Person, 1995). Le fantasme peut être nécessaire à certaines personnes pour atteindre l'orgasme, ou il peut être au moins un accessoire pour d'autres activités sexuelles.

Les fantasmes érotiques peuvent être perçus comme inacceptables ou « politiquement incorrects ». Par conséquent, les patients peuvent espérer les cacher tout au long de la psychothérapie et s'épargner l'humiliation d'exposer leurs désirs secrets. Par exemple, dans une étude sur 193 étudiants à l'Université, 30 % des femmes et 31 % des hommes

reconnaissent qu'ils ont les fantasmes sexuels « d'être ligotés ou attachés pendant leurs relations sexuelles » (Person et al., 1989). Les patients sont souvent très réfractaires concernant ce genre de fantasmes et le thérapeute doit les aborder avec énormément de tact. Certains patients peuvent traverser une prise en charge psychothérapique entière sans jamais évoquer leur vie sexuelle ou leur fantasme à cause d'un sentiment de honte. Les thérapeutes peuvent inviter à travailler l'angoisse d'aborder ces sujets, mais certains patients seront réticents et ne parleront jamais de leur vie sexuelle avec le thérapeute de peur qu'ils ne se sentent humiliés d'avoir partagé leurs fantasmes les plus intimes et honteux.

Beaucoup d'autres patients parlent facilement de leur vie fantasmatique érotique et espèrent apprendre quelque chose d'eux-mêmes en explorant ces fantasmes. La vie fantasmatique érotique apporte souvent de l'espoir et une compensation du désespoir présent dans la relation intime actuelle de la personne. La sexualisation peut transformer les sentiments de destructivité, de besoin, ou de dysphorie en excitation et en euphorie (Coen, 1992 ; Gabbard, 1996).

Mme P. est une femme de 42 ans provenant d'une famille très pieuse, qui s'est toujours parfaitement comportée pendant son enfance, son adolescence, et son jeune âge adulte. Cependant, elle arrive en thérapie en expliquant que son mari ne manifeste plus d'intérêt sexuel pour elle depuis 10 ans, et que cela la désespère. Elle a subi de la chirurgie esthétique pour augmenter le volume de ses seins et a pris un entraîneur physique personnel pour tonifier son corps. Tout cela n'a servi à rien, car son mari a continué à lui porter peu d'attention. Au cours du travail avec son entraîneur physique personnel, elle a commencé à se sentir attirée par lui et à développer des fantasmes sexuels intenses sur lui. Elle aimait particulièrement l'idée qu'il soit « un genre de mauvais garçon ». Elle s'imaginait pouvoir être « cochonne » avec lui et faire des choses que son mari ne ferait jamais. Elle s'achète un 4x4 noir imposant et développe au fur et à mesure une identité associée à cette voiture et à son fantasme de vie amoureuse avec son entraîneur personnel. Elle explique à son thérapeute qu'elle s'est achetée ce 4x4 car il fait « prétentieux et mauvais genre ». Elle dit également que quand elle roule en ville, elle ressent une impression de pouvoir et d'invulnérabilité. Elle mentionne en passant que ce 4x4 est devenu populaire au début des années 1990 après la Guerre du Golfe. Quand elle conduit son 4x4 dans sa ville natale, elle ressent les fantasmes sexuels explicites de croiser sur son chemin son entraîneur et d'avoir une relation sexuelle sur le siège arrière de son véhicule.

La vie fantasmatique de Mme P. revêt plusieurs fonctions. Cela compense clairement pour elle le fait de ne pas être désirée dans son couple. Cela entretient également l'espoir qu'elle va trouver quelque part un homme qui la trouvera excitante. En choisissant un « mauvais garçon »

et un gros 4×4, elle s'oppose aux règles rigides de sa famille extrêmement pieuse et satisfait son rêve d'être sauvage et aventureuse, sans les restrictions de ses obligations familiales ou de ses croyances religieuses.

Approches thérapeutiques du fantasme

Comme le fantasme est omniprésent, le thérapeute sera immergé dans les fantasmes conscients et inconscients du patient tout au long de la thérapie. Les récits sur le passé vont aider le thérapeute à apprendre ce que le patient essaie de surmonter avec les fantasmes actuels sur autrui. Les attentes envers les partenaires amoureux, les collègues, les enfants ou le patron fournissent une source riche sur les fantasmes cruciaux du patient car ils opèrent dans le temps présent. De manière similaire, quand le thérapeute parle des attentes du patient par rapport à la thérapie, différents fantasmes dans le transfert émergent concernant ce que peut ou devrait faire le thérapeute.

Les fantasmes sont intimement liés à ce que Luborsky (1984) appelle le *thème conflictuel central de la relation*. Ce thème implique généralement un certain type de besoin ou de désir étant en conflit avec une fonction de contrôle du Moi ou du Surmoi. Par exemple, un patient souhaite réussir dans une situation professionnelle mais peut s'inquiéter que l'ambition soit punissable. Pour résoudre ce conflit, il décide de ne même pas essayer de réussir dans son travail. Ainsi, une manière de percevoir le fantasme est d'identifier un désir, une réponse fantasmée d'une autre personne à ce désir, et la réponse ultérieure du Moi (Book, 1998).

Explorer les attentes et les déceptions par rapport aux autres permet généralement un accès direct à la découverte des détails de la vie fantasmatique d'un patient. Certains d'entre eux vont hésiter devant le terme *fantasme* à cause de l'association de ce terme avec le sexe et à cause de la nature honteuse de leurs rêves diurnes. Les thérapeutes doivent faire preuve de tact dans l'exploration des fantasmes intimes. Si le patient est réticent à parler de ses fantasmes secrets, le thérapeute doit simplement accepter cette décision et attendre un temps ultérieur quand l'alliance thérapeutique sera plus solide.

Une autre option est d'aborder la réticence à parler de fantasmes comme n'importe quelle autre résistance, tel le silence ou l'évitement. Un thérapeute psychodynamique ne cherche pas directement le contenu sous-jacent ou le « secret ». Les thérapeutes psychodynamiques tiennent pour acquis que la résistance est là pour une bonne raison ; ils explorent donc l'angoisse/la réticence du patient à leur révéler quelque chose plutôt que de le forcer verbalement à révéler ce secret. Souvent, dans ces circonstances, quand les thérapeutes expliquent au patient que la thérapie n'est pas coercitive et que le patient a tous les droits de cacher des éléments au thérapeute, ce genre de déclarations a un effet

paradoxal. Certains patients vont se sentir plus à l'aise pour se livrer car ils sentent que le thérapeute n'est pas voyeur (de manière illégitime) ou curieux à propos de leurs secrets. De plus, quand le thérapeute explore l'angoisse du patient à révéler du matériel générant de la honte, il rencontre souvent les fantasmes de transfert sur la réaction probable du thérapeute, ceux-ci étant extrêmement utiles dans la compréhension des peurs et des désirs du patient.

Certains patients sont réticents à exprimer des fantasmes sexuels car ils sont convaincus que le thérapeute va les désapprouver ou les trouver pervers. Par conséquent, quand les patients parlent de fantasmes érotiques ou honteux, les thérapeutes maintenant une attitude simple et neutre peuvent aider les patients à surmonter la certitude que les thérapeutes ont des pensées humiliantes les concernant. Il est souvent utile de signaler aux patients que ce sont eux-mêmes qui trouvent leurs fantasmes dégoûtants et qu'ils supposent (au travers de la projection) que les autres partagent leur avis.

Parfois, certains fantasmes prennent une importance de vie ou de mort et doivent être travaillés de manière plus directe. Par exemple, les patients déterminés à se suicider peuvent présenter des fantasmes puissants concernant l'impact de leur suicide sur les autres. Les parents de jeunes enfants peuvent imaginer que leurs enfants seront mieux s'ils se suicident, et l'exploration d'un tel fantasme avec ces patients peut aider à renforcer leur capacité de mentalisation et à prendre conscience que leurs enfants ne se sentiront pas comme ils l'imaginent. Certains patients pensent que s'ils n'arrivent pas à faire face à leurs attentes trop perfectionnistes quant à eux-mêmes, le suicide est la seule solution envisageable (Smith et Eyman, 1988). L'examen des fantasmes irréalistes de ce qui est possible dans leur propre vie peut les aider à développer une perception plus relative de ce qu'ils peuvent attendre d'eux-mêmes. Les fantasmes de revanche sont souvent présents chez les personnes ayant planifié leur suicide, et l'on peut trouver un intense désir de détruire la vie des autres au travers de l'acte de suicide. Enfin, le fantasme de retrouvailles peut être présent dans la motivation au suicide, et les patients attendant avec plaisir une retrouvaille avec un être cher peuvent trouver le suicide très séduisant (Gabbard, 2000).

Trop souvent, les discussions sur le suicide sont empreintes d'anxiété, en particulier pour les thérapeutes débutants. Une discussion franche avec le patient sur ce qui se passera après le suicide peut conduire à des thèmes psychodynamiques importants et critiques pouvant être discutés et compris. Plus ces fantasmes sont mis à nu, plus les solutions alternatives viables paraîtront réalistes, et le patient pourra apprendre qu'il existe un moyen de continuer à vivre avec la douleur au lieu de mettre fin à tout cela avec le suicide.

Résumé

Les rêves révèlent les luttes inconscientes que le patient a du mal à verbaliser durant sa vie éveillée. Le contenu latent d'un rêve peut être déguisé en utilisant la condensation, le déplacement, la représentation symbolique ou l'élaboration secondaire. Dans le travail avec les rêves, le thérapeute doit susciter les associations du patient sur le rêve et prendre en compte le fait que les rêves peuvent également servir de fonctions de résistance.

Le fantasme est omniprésent. Certains fantasmes nous aident à survivre à des déceptions et à des traumatismes. Les rêveries et les rêves diurnes sont conscients, mais d'autres fantasmes sont largement inconscients et nécessitent un travail thérapeutique pour remonter à la surface. Les fantasmes érotiques peuvent être des fenêtres sur les conflits, les défenses et les relations d'objet interne. Des fantasmes puissants peuvent également être la source de désirs de suicide.

Références

- Book HE: *How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Washington, DC, American Psychological Association, 1998
- Coen SJ: *The Misuse of Persons: Analyzing Pathological Dependency*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1992
- Freud S, The interpretation of dreams, Parts 1 and 2 (1900), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vols 4 and 5*. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 1–625.
- Gabbard GO: *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996
- Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000
- Hobson JA: *The Dreaming Brain*. New York, Basic Books, 1988
- Le Guin UK: *The Language of the Night: Essays on Fantasy and Science Fiction*. New York, Putnam, 1979
- Luborsky L: *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York, Basic Books, 1984
- Person ES: Sexuality as a mainstay of identity. In Stimpson CR, Person ES, editors: *Women–Sex and Sexuality*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1980, pp 36–61
- Person ES: *By Force of Fantasy: How We Make Our Lives*. New York, Basic Books, 1995
- Person ES, Terestman N, Myers WA, et al: Gender differences in sexual behaviors and fantasies in a college population. *J Sex Marital Ther* 15:187–198, 1989
- Reiser MF: The dream in contemporary psychiatry. *Am J Psychiatry* 158:351–359, 2001
- Smith K, Eyman J: Ego structure and object differentiation in suicidal patients. In Lerner HD, Lerner PM, editors: *Primitive Mental States of the Rorschach*, Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp 176–202
- Smith S: The golden fantasy: a regressive reaction to separation anxiety. *Int J Psychoanal* 58:311–324, 1977
- Stoller R: *Sexual Excitement: Dynamics of Erotic Life*. New York, Pantheon, 1979
- Wright LB, editor: *Four Comedies by William Shakespeare*, New York, Simon & Schuster, 1948

CHAPITRE 8

Identifier et travailler avec le contre-transfert

Le Dr Q., une interne en psychiatrie de 29 ans, fait entrer dans son bureau Mme R., sa nouvelle patiente, pour leur première séance. Mme R. est une femme séduisante de 54 ans paraissant plus jeune que son âge et s'exprimant de manière assez théâtrale. Son discours est rapide, et elle a tendance à s'exprimer de manière digressive et avec maints détails ; elle parle de manière floue et intarissable en racontant son histoire au Dr Q. Elle évoque de multiples plaintes, à la fois concernant ses sentiments et sa situation. Elle dit que son mari ne travaille pas assez, que ses deux grandes filles ne sont pas reconnaissantes et qu'elle a des problèmes financiers en permanence. Elle dit avoir assisté à des séances de gestion de la colère où elle a tapé sur une chaise pendant qu'elle exprimait sa colère contre sa mère. Elle demande au Dr Q. si elle peut faire quelque chose pour « aller au fond de sa colère » et avant qu'elle n'ait pu répondre, Mme R. dit : « Je doute que vous puissiez m'aider – même Dieu ne m'aime pas. »

La première réaction du Dr Q. face à Mme R. est de se sentir étouffée et débordée. Elle trouve difficile d'accompagner Mme R. et de suivre le cheminement de sa pensée. Le Dr Q. trouve également qu'il est très difficile de l'interrompre ou de placer un mot. Près de la fin de la première rencontre, le Dr Q. se retrouve à se demander par où commencer. Elle doute franchement d'être capable d'aider Mme R.

Alors que les séances hebdomadaires continuent, Mme R. se plaint beaucoup de son mari. Elle dit qu'il a récemment eu une angioplastie, mais ce n'est « rien de grave », et elle dit qu'il ne peut s'en prendre qu'à lui-même, car il ne fait pas d'exercice et qu'il a de très mauvaises habitudes alimentaires. Elle parle beaucoup de la manière dont sa mère était très peu affective avec elle et elle raconte que ses deux filles semblent avoir peu d'intérêt pour elle ou pour sa souffrance. Mme R. a tendance à parler comme si le Dr Q. connaissait déjà les détails de sa vie. Elle mentionne fréquemment des noms sans donner aucune explication. Le Dr Q. commence à se sentir cantonnée dans un rôle de caisse de résonance pour Mme R. Il est difficile de l'interrompre pour lui demander des éclaircissements sur les noms qu'elle mentionne. Ces efforts pour obtenir de plus

amples informations sont rarement récompensés car Mme R. parle de manière décousue sans tenir réellement compte de ce que le Dr Q. sait ou non des personnes dont elle parle. Le Dr Q. se sent utilisée. Elle a l'impression que Mme R. ne veut pas vraiment suivre une psychothérapie mais cherche simplement quelqu'un qui accepte son point de vue sans la critiquer et lui témoigne de la sympathie pour tous les mauvais traitements que lui font subir les membres de sa famille et les autres. Le Dr Q. commence à redouter chaque séance avec Mme R. et se rend compte que son esprit s'égaré fréquemment plus vers ce qu'elle va préparer à dîner le soir même, vers un problème avec la baby-sitter ou vers un projet de recherche qu'elle développe. Quand son attention revient à Mme R., le Dr Q. pense furtivement que la manière dont lui parle Mme R. lui rappelle comme lui parlait sa mère au téléphone la veille au soir. Le Dr Q. trouve cette pensée vraiment déconcertante et recentre rapidement son attention sur le contenu du discours de Mme R.

La difficulté du Dr Q. avec ses réactions émotionnelles envers sa patiente est courante pour chacun d'entre nous. Comme cela est décrit dans le [chapitre 1](#) (« Concepts clés »), une des notions centrales de la thérapie psychodynamique est que nous avons deux subjectivités – certains diront « deux patients » – dans le cabinet. Les deux êtres humains complexes interagissant au cours de la thérapie s'influencent mutuellement en permanence et induisent une variété de sentiments l'un envers l'autre.

Le contre-transfert est ainsi omniprésent. De la même manière que la psychologie du self de Kohut rend le narcissisme universel, le passage théorique, au sein de la psychanalyse, de la psychologie d'une personne à la psychologie de deux personnes a légitimé le contre-transfert comme une part utile du travail quotidien du thérapeute. La version originale de Freud sur le contre-transfert, qu'on appelle la perception *étroite*, a une connotation légèrement péjorative – c'est-à-dire que le thérapeute a un contre-transfert car il a des conflits personnels non résolus. Ce ton péjoratif est maintenant considéré comme une relique du passé. Comme cela est décrit dans le [chapitre 1](#), la vision étroite freudienne est uniquement une partie du tableau général. L'opinion dominante prévalant dans la plupart des courants théoriques est que les sentiments du contre-transfert impliquent une création commune, avec les contributions tant du patient que du thérapeute ([Gabbard, 1995](#)). En d'autres termes, le thérapeute apporte son propre passé dans la dyade, mais le patient *induit* également des sentiments chez le thérapeute.

Si l'on applique ces idées conceptuelles au cas du Dr Q. et de Mme R., nous pouvons constater que Mme R. est en lien de façon particulière avec sa thérapeute. Elle contrôle la séance en ne laissant pas le Dr Q. parler, en ayant un discours décousu sur la manière dont les autres

l'ont blessée, et en mettant de la pression sur la thérapeute pour qu'elle accepte son point de vue sans aucune critique. Le Dr Q. commence à se sentir dépassée, inutile et frustrée car elle se trouve pratiquement incapable de faire un commentaire utile pouvant lui permettre de participer à une conversation à double sens. Comme beaucoup d'autres patients organisés sur un mode narcissique, Mme R. est un émetteur mais n'a pas de récepteur (Gabbard, 2000). Cette utilisation d'une autre personne comme une caisse de résonance induit ce que Kernberg (1970) désigne comme une « existence satellite ». La réponse du Dr Q. sous forme de perte d'intérêt ainsi que le fait de redouter les séances est entièrement compréhensible. De plus, le contre-transfert du Dr Q. suggère que le monde interne de Mme R. a été recréé dans le champ interpersonnel entre Mme R. et le Dr Q. Mme R. décrit sa mère comme lui portant peu d'attention et ses deux filles paraissent manquer d'intérêt à son égard. Ces objets internes sont représentés en elle et, au travers de l'identification projective, sont externalisés dans le cours de la psychothérapie. Le Dr Q. s'identifie à l'objet projeté, accordant peu d'attention, et commence à se sentir et à se comporter comme la représentation dans l'esprit de Mme R. Cependant, la thérapeute met également son propre passé en jeu, celui-ci se manifestant par la pensée fugace concernant la similarité entre la conversation téléphonique avec sa mère et la situation en thérapie. Le Dr Q. prend conscience que Mme R. a à peu près l'âge de sa mère et que les deux ont des caractéristiques en commun. Le Dr Q. ressent l'envie de se désintéresser de Mme R. comme elle se désintéresse de sa mère à certains moments. Cette pensée furtive du Dr Q. suggère que sont présentes en elle des représentations de soi et d'objet servant de « crochets » commodes à ce qui est projeté par Mme R. Au travers d'un examen attentif de ce qu'elle ressent, le Dr Q. peut commencer à se rendre compte qu'elle éprouve ce que les autres, comme les filles de Mme R., éprouvent quand elle parle avec Mme R.

Identification projective et mise en acte du contre-transfert

Les deux termes d'*identification projective* et de *mise en acte du contre-transfert* ont fait leur chemin dans le langage quotidien parmi les psychanalystes et les thérapeutes psychodynamiques. Ils traitent tous deux de processus similaires dans la dyade thérapeutique, mais le premier est issu de la pensée kleinienne et des relations d'objet, alors que le second a été développé par les recherches des psychologues américains de l'ego.

Le concept d'identification projective a évolué au cours du temps grâce aux apports de nombreux contributeurs britanniques et américains (Bion, 1962a, 1962b ; Gabbard, 1995 ; Klein, 1946/1975 ; Ogden,

1979, 1982, 1992 ; Rosenfeld, 1952 ; Scharff, 1992). La définition devenue la plus populaire, bien qu'elle soit loin d'être universelle, comprend deux étapes : 1) une représentation de soi ou d'un objet (souvent accompagnée d'un état affectif) est désavouée de manière projective en la plaçant inconsciemment sur quelqu'un d'autre ; et 2) la personne qui projette exerce une pression interpersonnelle qui pousse cette autre personne à éprouver ou s'identifier inconsciemment avec ce qui a été projeté (figures 8.1 et 8.2). La première étape est un type de transfert, alors que la seconde étape peut être considérée comme du contre-transfert.

Si la situation se produit dans un contexte psychothérapique, une troisième étape se produit ensuite. Le récepteur de la projection, le thérapeute, contient et tolère la représentation problématique de soi ou d'objet avec l'affect associé et traite les contenus projetés, leur permettant d'être repris (sous une forme quelque peu modifiée) ou réintériorisés par le patient qui les a projetés (voir figure 8.3). De cette manière, la construction de l'identification projective peut être perçue à la fois comme une défense intrapsychique et une communication interpersonnelle. Elle peut même être considérée comme ayant des implications thérapeutiques, en ce sens que le patient constate que le thérapeute peut tolérer des états internes difficiles paraissant insupportables. Quand ce dernier reprend les contenus projetés, la représentation de soi ou d'objet et l'affect l'accompagnant sont modifiés dans une certaine mesure, de sorte qu'avec le temps il y a une modification dans les relations d'objet interne du patient.

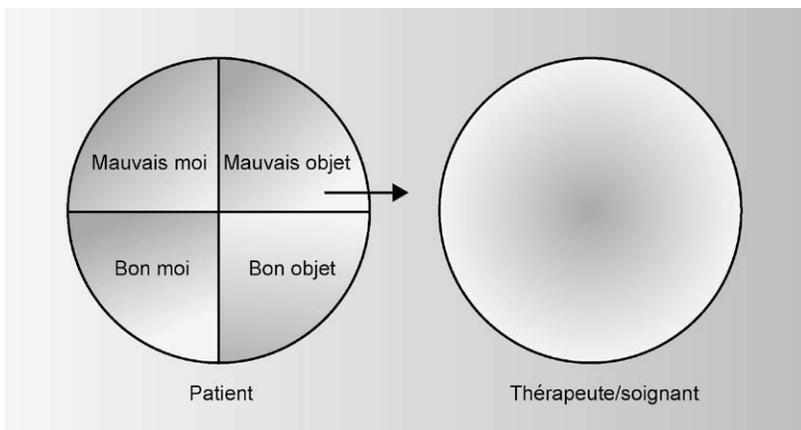


FIGURE 8.1. L'identification projective – étape 1. Le patient désavoue et projette un mauvais objet interne sur le thérapeute.

Source : Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Press ; 2000. Reproduction autorisée.

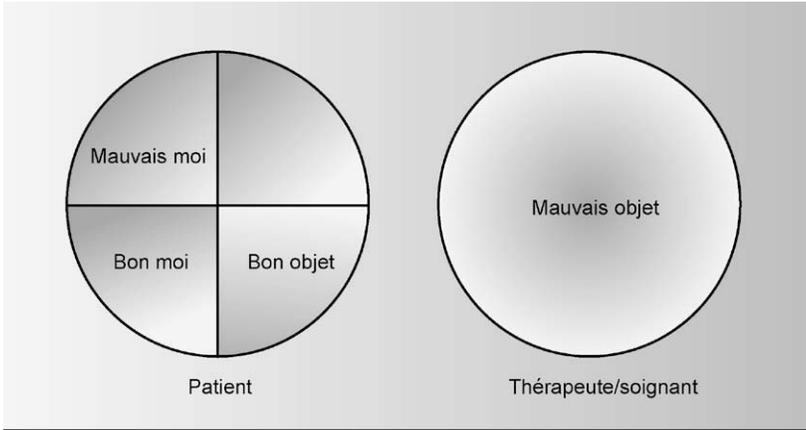


FIGURE 8.2. L'identification projective – étape 2. Le thérapeute commence à sentir et/ou à se comporter comme le mauvais objet projeté en réponse à la pression interpersonnelle exercée par le patient (contre-identification projective).

Source : Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Press ; 2000. Reproduction autorisée.

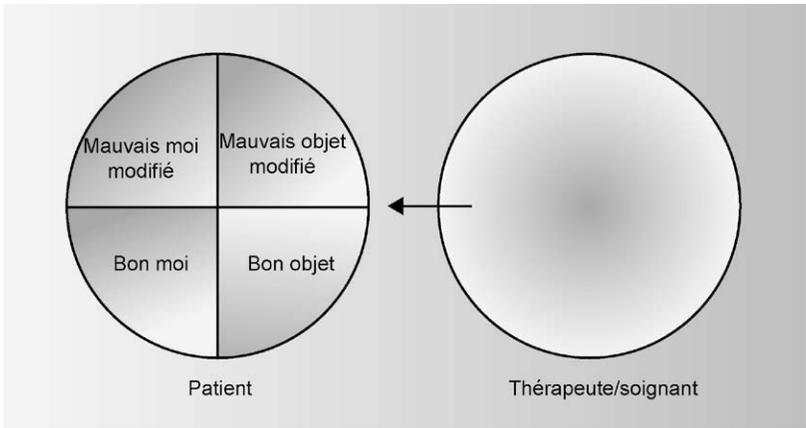


FIGURE 8.3. L'identification projective – étape 3. Le thérapeute contient et modifie le mauvais objet projeté, qui sera ensuite réintériorisé par le patient et assimilé (identification introjective).

Source : Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Press ; 2000. Reproduction autorisée.

À la lumière du large consensus précisant que l'identification projective se fonde sur une pression interpersonnelle ou le fait de « pousser à l'action », plus qu'un échange mystique ou surnaturel de contenu psychique, la réponse contre-transférentielle se produisant chez le thérapeute doit être considérée comme ayant une structure latente déclenchée en quelque sorte par la sollicitation du patient. La nature préexistante des conflits et des défenses du thérapeute et ses relations d'objet interne vont déterminer si la projection et son bénéficiaire sont adaptés ou non. Même quand le contre-transfert est éprouvé par les thérapeutes comme une force étrangère balayant autour d'eux, ce qui se passe réellement est qu'une représentation de soi ou d'objet chargée affectivement et refoulée a été activée par la pression interpersonnelle du patient. Ainsi, le sens usuel du thérapeute utilisant un moi familier et continu a été perturbé par l'émergence de ces aspects refoulés du Moi. Symington (1990) décrivait ce processus comme celui où le patient force le thérapeute à penser comme lui, plutôt que le thérapeute ait ses propres pensées.

Les thérapeutes commencent à se rendre compte que l'identification projective se manifeste quand ils remarquent qu'ils ne se comportent pas comme ils le font d'habitude. Ils deviennent anormalement colériques, inhabituellement indulgents, ennuyés de façon atypique, ou excessivement voyeurs. Quand le sentiment de « Je ne suis pas moi-même » apparaît, les thérapeutes devraient considérer attentivement ce qui se trame entre eux et leurs patients.

Parfois, les manifestations du contre-transfert sont beaucoup plus subtiles. Comme le transfert, le contre-transfert est inconscient, au moins au début. Ainsi, les thérapeutes ne connaissent leur contre-transfert qu'au travers de différents types de situations. Il peut leur arriver d'oublier une séance ; répondre à un appel ou faire des papiers avant de prendre un patient et avoir 5 minutes de retard ; se retrouver à serrer le poing pendant que le patient parle ; ou s'habiller de manière spéciale le jour où ils reçoivent tel patient. Tous ces comportements peuvent être le premier signe de sentiments encore inconscients.

L'identification projective peut impliquer la projection soit d'une représentation de soi, soit d'une représentation d'objet. Quand le thérapeute s'identifie à un aspect du moi qui a été projeté, ce processus est souvent appelé *contre-transfert concordant* (Racker, 1968), et il est lié de près à l'empathie. Si le thérapeute s'identifie à une représentation d'objet projetée, ce phénomène est connu comme un *contre-transfert complémentaire* (Racker, 1968). Prenons par exemple un patient adulte victime de sévères abus dans son enfance. On trouve chez ce patient une représentation d'objet d'un abuseur et une représentation de soi de victime. Au cours de la thérapie, le thérapeute peut parfois se sentir comme l'objet, et ainsi devenir colérique et verbalement abusif avec

le patient. À d'autres moments, le patient pourra être en colère et exigeant, et le thérapeute pourra se sentir comme une victime, s'identifiant à la représentation de soi du patient, alors que le patient s'identifie à sa représentation d'objet interne d'un abuseur.

Le défi pour le thérapeute est d'identifier le mélange particulier des contributions du patient et des siennes, constituant un contre-transfert particulier. L'identification projective peut être si intense que le thérapeute se sent colonisé par les projections du patient et incapable de penser clairement (Schafer, 1997). Par conséquent, il peut prendre beaucoup de temps pour traiter ce qui se passe. Très souvent, les sentiments puissants engendrés par la thérapie ne peuvent être compris qu'*entre* les séances.

Nous pensons souvent que le fait de contenir est un processus par lequel les identifications projectives sont métabolisées ; c'est-à-dire que l'on transforme les pensées du patient en ses propres pensées (Gabbard et Wilkinson, 1994). Au cours du processus consistant à contenir, les thérapeutes se livrent à différentes activités. Ils ne supportent pas uniquement l'attaque inconsciente de leur pensée par le patient. Ils trient minutieusement leurs propres contributions de celles du patient et envisagent comment ils sont en train de recréer les relations d'objet interne du patient. Ils essaient aussi de travailler le retour à l'état désiré de conscience double dans laquelle ils établissent quelque chose avec le patient tout en s'observant eux-mêmes pendant que cela se déroule. Ils peuvent également se livrer à leur propre analyse, dans laquelle ils réfléchissent à leurs propres conflits réactivés par un patient particulier. Ils peuvent formuler des interprétations silencieuses pour expliquer ce qui se passe avant de parler. Enfin, ils peuvent simplement demander des clarifications au patient pour l'aider à élaborer sur son propre éprouvé du développement transféro-contre-transférentiel.

Tous les thérapeutes n'auront pas les mêmes réponses contre-transférentielles à un patient. La notion de crochet chez le thérapeute et d'un bon ajustement entre le patient et le thérapeute implique que le monde interne du thérapeute va déterminer dans une certaine mesure la nature de la réponse au transfert du patient. Ogden (1983) faisait l'observation suivante : « L'identification projective est une caractéristique universelle de l'externalisation d'une relation d'objet interne, par exemple, de transfert. Le degré avec lequel l'objet externe est engagé comme participant dans l'externalisation de la relation d'objet interne est variable » (p. 236). Ainsi, certains thérapeutes ne se sentiront pas « sollicités » par un patient particulier comme d'autres pourraient l'être. Parfois, le passage d'un thérapeute à un autre améliore la situation thérapeutique car le nouveau thérapeute a une subjectivité complètement différente du précédent et qu'il ne se sent pas aussi facilement déstabilisé.

Dans les années 1990, beaucoup de psychologues américains de l'ego ont contribué à l'avancée sur le thème de la mise en acte du contre-transfert (Chused, 1991 ; Jacobs, 1993a, 1993b ; McLaughlin, 1991 ; Renik, 1993 ; Roughton, 1993). Le terme a progressivement pris un sens relativement similaire à celui d'identification projective. L'idée fondamentale est que « les mises en acte se manifestent quand la tentative d'actualisation d'un fantasme de transfert suscite une réaction contre-transférentielle » (Chused, 1991, p. 629). Ces mises en acte sont souvent considérées comme ayant à la fois une forme restreinte de contre-transfert et de quelque chose d'induit par le patient. Roughton (1993) décrivait ainsi l'actualisation : de subtiles formes de manipulation de la part du patient qui poussent le thérapeute à agir ou à communiquer de manière légèrement différente ou à endosser auprès du patient un rôle particulier qui gratifie en silence le désir dans le transfert ou, inversement, se défend contre un tel désir.

Les mises en acte peuvent prendre une forme d'acting in chez le patient, mais les psychologues américains de l'ego ont également insisté sur le fait que l'on peut observer un acting in correspondant chez le thérapeute. L'idée du contre-transfert comme une création commune est soutenue par les concepts à la fois de l'identification projective et de mises en acte du contre-transfert. Le comportement réel du thérapeute influence le transfert du patient pendant que le comportement réel du patient influence le contre-transfert du thérapeute.

Gestion du contre-transfert

Le contre-transfert doit être identifié en tant que tel avant que l'on puisse parler de le gérer. Comme cela est indiqué dans le paragraphe précédent, « Identification projective et mise en acte du contre-transfert », les mises en acte peuvent être le premier signe de sentiments encore inconscients. Rêver d'un patient peut faire partie des premiers signes d'un contre-transfert. On peut rêver de se mettre en colère avec un patient ou d'être au lit avec un patient sans avoir aucun sentiment conscient de colère ou érotique à l'égard de ce dernier. Dans tous les cas, quand le transfert entre dans le champ de conscience du thérapeute, le processus consistant à contenir – dans lequel on envisage les contributions relatives du thérapeute et du patient – commence.

Le thérapeute a ensuite une multitude d'options sur la manière de gérer ses sentiments contre-transférentiels spécifiques, sachant qu'elles peuvent toutes être thérapeutiques dans certaines situations.

Tolérer le contre-transfert

Winnicott (1971) disait un jour que le patient doit détruire le thérapeute, et le thérapeute doit survivre aux attaques du patient, avant que

celui-ci ne puisse vraiment bénéficier du thérapeute. La stabilité du thérapeute comme facteur primordial dans l'induction d'un changement thérapeutique est inhérente à cette formulation de ce qui se passe entre le thérapeute et le patient.

Parfois, le thérapeute doit donc simplement rester présent avec les sentiments, les contenir, et finalement les comprendre pour avoir un impact important sur le patient. Quand les patients observent leur thérapeute tolérer des sentiments considérés autrefois comme intolérables, un processus de changement peut se mettre en place (Carpy, 1989). Quand ils réintériorisent les sentiments et les représentations, ils peuvent les « re-posséder » sans se sentir trop dépassés.

Utiliser le contre-transfert pour nourrir la compréhension et l'interprétation

Une autre manière de gérer le contre-transfert est de l'utiliser au service de la formulation d'une interprétation sur le monde interne du patient. Si quelque chose a été externalisé et recréé avec le thérapeute, cela reflète la présence d'une constellation entre soi et les autres au sein du monde intérieur du patient. En revenant au cas de Mme R. et du Dr Q., la patiente donne beaucoup d'informations sur ses relations extérieures en mettant en acte son style habituel de relations dans les séances de thérapie. Le Dr Q. prend conscience qu'elle se sent complètement extérieure et inutile à Mme R., et qu'il devient difficile de rester présente dans la séance et d'écouter son histoire. Sachant que cette dernière décrit sa mère et ses deux filles comme inattentives, le Dr Q. a pu formuler une interprétation fondée sur l'expérience de son contre-transfert, qui a donné à peu près ceci : « J'ai remarqué que vous ne me faisiez presque aucune place pour échanger avec vous et pour vous faire part de mes observations au cours de nos séances. Est-il possible que vos filles et votre mère ne paraissent pas vous écouter parce que vous ne faites pas l'effort de les écouter ? »

Dans cette interprétation, le point de départ est l'expérience du contre-transfert de la thérapeute d'avoir été exclue et de ne pas avoir eu la possibilité de s'exprimer. Comme son expérience semble être identique à celle des filles et de la mère de Mme R., elle avance l'interprétation que ce qui se passe en thérapie est identique à ce qui se passe avec les membres de sa famille.

Cette stratégie peut aussi bien se retourner contre la thérapeute, et elle doit donc être très attentive au moment opportun où l'utiliser. Comme cela est décrit dans le [chapitre 4](#) (« Les interventions thérapeutiques »), l'interprétation du transfert peut être risquée mais très productive, particulièrement avec les patients les plus perturbés (Gabbard et al., 1994). Certains patients ne sont pas prêts à entendre une interprétation s'ils

la considèrent comme une manière pour le thérapeute de décharger ses propres sentiments sur le patient. Par exemple, un thérapeute de plus en plus exaspéré par sa patiente présentant des troubles de la personnalité de type borderline lui dit : « Je pense que vous prenez toute votre colère et que vous la projetez sur moi. » La patiente s'arrête un instant et dit : « Vous ne pouvez rien en faire de mieux ? » Elle lui expose clairement qu'elle a besoin qu'il endosse le rôle de « mauvais objet » pour qu'elle évacue les sentiments de haine et de mépris et qu'elle les place chez quelqu'un d'autre. En substance, son commentaire est une forme de supervision du thérapeute pour lui faire savoir qu'il a déchargé prématurément ses sentiments difficiles de contre-transfert.

Le transfert et le contre-transfert peuvent être considérés comme les faces opposées d'une même pièce de monnaie. Souvent, le thérapeute a l'impression de se débarrasser de ses sentiments difficiles en les interprétant comme provenant du patient. Cependant, dans les situations d'intense transfert négatif – comme la colère, la haine, la jalousie ou le mépris –, l'interprétation peut être considérée comme la confirmation que le thérapeute est en position d'attaque ou de persécuteur essayant de victimiser le patient en lui faisant rentrer de force des sentiments dans la tête. Carpy (1989) soulignait que l'on doit reporter l'interprétation des sentiments nés dans le contre-transfert jusqu'à ce que les patients soient capables d'utiliser l'interprétation, ce qui signifie souvent qu'ils ont reconnu des aspects d'eux-mêmes dans le thérapeute. Le thérapeute doit lui aussi être dans un état d'esprit optimal pour l'utilisation de l'interprétation. Quand le thérapeute se sent colonisé par l'identification projective, sa capacité de penser, réfléchir et formuler une interprétation peut être très compromise.

Le bon moment pour l'interprétation dépend de beaucoup de paramètres et de la situation thérapeutique. Si le thérapeute et le patient sont tous deux dans un *espace analytique*, ils peuvent jouer avec les analyses, les comprendre et les prendre en considération (Ogden, 1986). La notion d'espace analytique provient du concept d'espace potentiel de Winnicott (1971), où les patients éprouvent le transfert à la fois comme réel et non réel, alors que le thérapeute peut expérimenter le contre-transfert à la fois comme réel et non réel. On trouve un « comme si » dans l'expérience de chacun. Un patient peut trouver que la thérapeute est injuste et inéquitable, mais le patient reconnaît que c'est « comme si » la thérapeute était comme sa mère plutôt que de dire que la thérapeute est exactement comme sa mère. Dans un espace analytique ou potentiel, un patient est capable de penser : « Je ressens toute l'intensité des sentiments que j'avais envers ma mère quand nous étions en conflit, mais je sais que vous n'êtes pas réellement la même personne que ma mère et que je vous impose certains de ses sentiments de manière injuste. » Quand des sentiments forts sont présents à la fois

chez le thérapeute et le patient, ce sens de « comme si » peut s'effondrer, pouvant entraîner la perception chez chacun d'être moins prêt à l'exploration.

Souvent, quand le travail interprétatif est reporté à une séance ultérieure, un « refroidissement » s'ensuit au cours duquel la capacité de revenir dans un espace analytique est restaurée. Le thérapeute et le patient ont traité leurs sentiments forts l'un envers l'autre, et l'atmosphère est plus propice pour permettre au patient de constater que quelque chose a été projeté sur le thérapeute mais que cela ne correspond pas. Pine (1986) résumait ce principe utile de reporter l'interprétation en disant « battre le fer tant qu'il est froid » (p. 528).

Utilisation judicieuse des révélations d'informations personnelles

Comme cela a été développé dans le chapitre 5 (« Buts et action thérapeutique »), la révélation réfléchie des sentiments du thérapeute envers son patient peut être thérapeutique, même si les confidences ne sont pas considérées habituellement comme une intervention en psychothérapie psychodynamique. La plupart des thérapeutes évitent les confidences sur leur vie privée ou sur leurs problèmes personnels. Cependant, un genre spécifique de révélations se rapportant aux sentiments émanant dans l'ici et maintenant de la situation thérapeutique peut être très efficace pour aider le patient à connaître l'impact qu'il a sur les autres.

Dans l'exemple qui débutait ce chapitre, le Dr Q. aurait pu envisager une autre stratégie consistant à faire état directement de ce qu'elle éprouvait. Elle aurait pu dire à Mme R. : « Je me sens parfois uniquement comme une caisse de résonance pour vous et j'ai l'impression que vous ne voulez pas entendre ce que j'ai à dire. » Ce genre de confidences est très proche de la confrontation, dans le sens où cela attire l'attention de la patiente sur la manière dont elle se comporte avec sa thérapeute.

Les révélations d'informations personnelles doivent être utilisées avec précaution car les thérapeutes peuvent facilement se tromper en pensant qu'ils disent quelque chose de thérapeutique alors qu'ils sont simplement en train d'exprimer de la vengeance envers le patient ou d'essayer de le culpabiliser. Nous devons toujours être méfiants quant aux raisons qui nous poussent à décider de révéler une part de nos sentiments à un patient. Beaucoup d'objectifs illégitimes peuvent se cacher derrière un désir sincère d'aider le patient. Greenberg (1995) exprimait ses préoccupations sur la révélation des informations personnelles en disant : « Il y a toujours différentes perspectives sur la participation de chaque personne en présence. Cela veut dire que ce qui est révélé est simplement lié à la compréhension d'une personne à un moment donné – et jamais [...] le dernier mot sur le sujet [...]. Je ne suis pas

nécessairement dans une position privilégiée pour savoir, encore moins pour révéler, tout ce que je pense ou ressens » (p. 197).

Comme nous ne pouvons pas être sûrs d'être au clair quand nous révélons nos propres sentiments à un patient, les confidences doivent être réfléchies attentivement avant d'y avoir recours. Parler avec un superviseur pour envisager les conséquences potentielles imprévisibles est généralement une bonne ligne de conduite. Cependant, on n'a souvent pas l'opportunité de discuter avec un superviseur, en particulier quand la confiance est incitée par une question directe d'un patient. Par exemple, un patient peut observer une manifestation non verbale de colère sur le visage du thérapeute et lui demander : « Êtes-vous en colère contre moi ? »

Dans ce genre de situations, le thérapeute est tiraillé par un dilemme. Si son visage est rouge, ses mâchoires crispées et les veines de son cou gonflées, sa colère est immanquable, et le patient fait une observation juste. Si le thérapeute choisit de dire : « Non, je ne suis pas en colère », le patient est face à deux problèmes, un thérapeute en colère et un thérapeute malhonnête. Si le thérapeute est « pris au piège » quant à sa colère, il fera mieux de reconnaître la justesse de la perception du patient et d'essayer de la travailler de façon thérapeutique. Par exemple, le thérapeute peut dire : « Je pense que vous avez remarqué quelque chose qui se passe en moi. Je pense que ce que vous faites est irritant pour moi dans une certaine mesure, et je voudrais explorer cela avec vous pour vous aider plutôt que d'être irrité par vous. Avez-vous vécu ce genre d'expériences avec d'autres ? »

Dans cette intervention, le thérapeute reconnaît sa colère tout en restant dans son rôle professionnel, à savoir d'être orienté sur l'aide apportée au patient pour qu'il se comprenne lui-même.

Cependant, certains sentiments ne doivent probablement *pas* être révélés de crainte que ce ne soit un fardeau non nécessaire pour le patient ou que cela n'endommage l'espace analytique dans lequel la perception du thérapeute est dans le domaine du « comme si ». Par exemple, révéler une attirance sexuelle à un patient est rarement utile. Si le thérapeute admet ressentir une attirance sexuelle pour le patient, il aura des difficultés à continuer à parler d'attirance sexuelle dans le domaine symbolique. Comme Modell (1991) le soulignait : « La gratification à n'importe quel niveau de réalité conduit à une frustration paradoxale à un autre » (p. 26). Nous devons nous souvenir que le symbolique devient concret quand on reconnaît son attirance sexuelle pour le patient. Un père ne peut pas dire à sa fille qu'il éprouve une attirance sexuelle pour elle même si elle ressent ce genre de mouvement dans les interactions avec son père. Le fait qu'un père ne puisse pas révéler ce genre de sentiments à l'égard de sa fille lui permet de s'engager dans une activité importante pour

son développement, impliquant un fantasme complexe sur son père en tant qu'objet d'amour, tout en évoluant dans le climat de sécurité nécessaire pour le faire, créé par les limites établies par le père (Gabbard, 1996).

Par analogie, un thérapeute exprimant son attirance sexuelle à une patiente lui fera sentir que l'aménagement thérapeutique n'est pas aussi sûr qu'elle ne le pensait précédemment. Si la patiente lui demande directement s'il ressent une attirance sexuelle pour elle, il peut choisir une version modifiée de révélation en exposant son dilemme de répondre ou non à la question. Par exemple, il peut lui dire : « Votre question me place devant un vrai dilemme. Si je dis : "Non, je ne vous trouve pas sexuellement attirante", vous pourrez vous sentir accablée. Si je dis que vous l'êtes, vous pourrez ressentir que cette thérapie n'est pas un endroit aussi sûr que vous ne le pensiez. Ainsi, je pense qu'il est mieux que je ne réponde pas à cette question. »

Comme principe général à utiliser dans beaucoup de situations, on peut se replier davantage sur l'expression du dilemme que sur la révélation directe des sentiments quand l'évocation de confidences a été envisagée. Par exemple, le Dr Q. aurait également pu dire à Mme R. : « Je suis face à un dilemme car j'ai l'impression que je dois intervenir et vous interrompre pour faire une observation. D'un autre côté, si je ne dis rien, j'ai l'impression de ne vous être d'aucune aide. Que pensez-vous de la manière dont nous pouvons aborder ce dilemme ? »

La diversité des contre-transferts

Les fantasmes de sauveur

Le désir de sauver le patient est très présent chez les personnes choisissant d'être psychothérapeutes. Nous souhaitons tous amener du changement dans la vie de nos patients, et certains patients spécifiques nous serrent le cœur de manière particulière nous poussant à être activement engagés dans le sauvetage, même si cela nous sort d'un rôle purement psychothérapeutique. Certains types de désir de sauvetage peuvent passer complètement inaperçus en tant que catégorie de contre-transfert car ils sont en résonance avec une perception qu'ont des thérapeutes d'eux-mêmes en tant que soignants. Par exemple, les efforts héroïques d'un thérapeute à sauver un patient du suicide peuvent paraître éthiques, de l'ordre de la prise en charge et complètement appropriés. Si, dans cette situation, un thérapeute commence à répondre aux appels téléphoniques à n'importe quelle heure dans la nuit, prolonge les séances de 20 à 30 minutes, et clame un amour éternel pour le patient, alors on peut se demander si l'effort pour sauver n'a pas échappé au contrôle

du thérapeute en tant que conséquence de difficultés sérieuses face au contre-transfert.

Beaucoup de fantasmes dans le contre-transfert sont liés de manière inextricable à des fantasmes de transfert. Par exemple, les patients entretenant le fantasme idéal (décrit dans le chapitre 7 : « Utilisation des rêves et des fantasmes dans la psychothérapie psychodynamique ») peuvent aborder la prise en charge avec l'espoir que leur fantasme de trouver le sauveur parfait va être comblé par le psychothérapeute (Smith, 1977). Quand ces patients découvrent que tous leurs fantasmes n'aboutiront pas à cause des limites professionnelles caractérisant la relation en psychothérapie, ils peuvent se sentir désespérés et transmettre au thérapeute que seul un monstre froid et insensible pourrait repousser la gratification de leur désir de transfert. Ce désir d'être sauvé peut être « en accord » avec les fantasmes de sauveur préexistants chez le thérapeute, et ce dernier peut se sentir contraint de sortir de son rôle professionnel et de devenir un sauveur au sens propre du mot, de peur que le patient soit dévasté si des frontières professionnelles sont maintenues. Certains thérapeutes peuvent serrer les patients dans leurs bras. D'autres peuvent donner de l'argent à un patient pour acheter à manger. D'autres peuvent encore sortir en société avec des patients pour montrer que le thérapeute prend en charge et qu'il ne fait pas simplement un métier.

Reconnaître ces fantasmes de sauvetage dans leur forme précoce avant qu'ils ne deviennent des transgressions des limites est une gestion optimale. Par exemple, si une thérapeute a l'impression de materner une patiente en la serrant contre elle et en maintenant sa tête sur sa poitrine, elle devra prendre conscience qu'elle risque de mettre en acte ce genre de fantasme et qu'elle devra ensuite accompagner la patiente dans un processus de deuil nécessaire suite à l'absence de satisfaction de tous ses fantasmes dans la relation thérapeutique. Elle peut dire à la patiente : « Je comprends comme il est difficile pour vous que je ne puisse pas être une mère en chair et en os pour vous, qui pourrait vous porter et vous aimer, mais nous pouvons comprendre comme ce désir affecte votre vie et particulièrement comme il influence les autres relations. Je peux toujours vous aider à accéder à cette compréhension, même si je ne satisfais pas directement votre désir. » Ne pas respecter les limites de l'aménagement du cadre est souvent alimenté par un autre fantasme dans le contre-transfert, celui du thérapeute étant sadique si les désirs du patient ne sont pas satisfaits. Cependant, à long terme, combler les fantasmes peut conduire à de faux espoirs, ce qui est encore plus cruel pour le patient. Le processus de deuil ne doit pas être évité. Tôt ou tard, la patiente doit faire le deuil de ce dont elle a manqué dans son enfance et de ce qu'elle ne peut pas recevoir maintenant de la part de la thérapeute.

Le thérapeute ennuyé ou somnolent

Écouter des patients toute la journée peut être épuisant pour le thérapeute, mais certains patients peuvent provoquer un contre-transfert d'ennui et de somnolence plus que d'autres. La réponse d'un thérapeute débutant à l'ennui ou à un état de somnolence est de se sentir coupable, comme s'il avait fait quelque chose de typiquement mal. Les thérapeutes débutants ont tendance à s'en vouloir et à se concentrer plus pour rester alertes et écouter attentivement le patient.

Une caractéristique principale de la thérapie psychodynamique est d'explorer ses propres sentiments sans aucun jugement pour découvrir des parties insondées du processus thérapeutique pouvant éclairer des significations cachées. Pourquoi ce patient est-il si ennuyeux particulièrement ce jour-là ? La thérapeute peut avoir envie de dormir parce qu'elle a répondu à des appels pendant toute la nuit de garde à l'hôpital. D'un autre côté, le patient précédent n'a pas provoqué ce sentiment chez elle comme le fait le patient présent. Pourquoi y a-t-il une différence alors que la privation de sommeil est la même dans les deux prises en charge ?

Les patients sont ennuyeux pour différentes raisons et les thérapeutes les trouvent ennuyeux pour une multitude de raisons. Certains patients ont un caractère ennuyeux dans toutes les circonstances. Par exemple, un patient présentant des troubles de la personnalité obsessionnels-compulsifs essaie d'exercer un contrôle strict sur les sentiments spontanés en parlant de manière sèche, monotone, et avec beaucoup de détails hors de propos. Le patient peut également essayer d'« anesthésier » le thérapeute avec sa manière de contrôler les séances afin que ce dernier ne soit plus capable d'intervention inattendue pouvant prendre le patient par surprise.

Un patient présentant des troubles de la personnalité d'ordre narcissique, lui, peut ennuyer le thérapeute à cause de son obnubilation totale par son propre discours. Le thérapeute n'est pas considéré comme ayant un rôle important dans la vie du patient et l'utilisation de la thérapie comme une caisse de résonance commence à engourdir les sens du thérapeute, qui ne sent pas de place pour ses interventions dans le monologue du patient. Un sentiment constant de non-existence peut entraîner de la somnolence et de l'intense ennui chez tous les thérapeutes s'occupant de ce genre de patients.

Certains patients vifs et engageants la plupart du temps deviennent atrocement ennuyeux et difficiles à écouter un jour particulier ou à propos d'un sujet particulier. Comme avec n'importe quel autre sentiment dans le contre-transfert, les thérapeutes peuvent commencer à s'analyser eux-mêmes pour déterminer s'ils ont des difficultés avec le contenu de la thérapie. L'ennui en dit-il plus à propos du thérapeute ou du patient ? Certains thérapeutes se sentent en colère envers le patient

et essaient d'atténuer cette colère en se sentant ennuyés ou assoupis afin de ne pas éprouver pleinement l'intensité de leur colère. Parallèlement, certains patients peuvent exprimer leur colère en essayant d'ennuyer à mourir le thérapeute (Il faut garder à l'esprit qu'« endormir » signifie « tuer » dans le langage vétérinaire).

Quelle que soit la cause de l'ennui ou de la somnolence, les thérapeutes débutants doivent résister à la tendance à s'en vouloir et à consommer de plus en plus de caféine. L'art de la thérapie inclut de pouvoir transformer un patient ennuyeux en un fascinant sujet d'étude. Qu'obtient le patient en induisant cet état chez les autres ? Explorer activement avec le patient ce qui se passe chez les deux interlocuteurs peut être un moyen de requinquer le thérapeute tout en interrompant un cercle vicieux d'ennui soporifique.

Voici des exemples d'interventions pouvant être utilisées dans ce genre de cas : « Vous savez, j'ai l'impression que vous n'êtes pas terriblement intéressé par ce que vous dites aujourd'hui. Vous avez l'air de faire des choses sans vous impliquer réellement. » « Quand vous me parlez aujourd'hui, j'ai l'impression que vous n'attendez pas de moi que je sois vraiment intéressé par votre discours. » « Que pensez-vous qu'il est en train de se passer entre vous et moi actuellement ? » Toutes ces interventions, ou d'autres similaires, ouvrent le champ interpersonnel de la psychothérapie pour l'exploration et soulignent le fait qu'il y a deux personnes dans la pièce, chacune affectant l'autre.

Contre-transfert érotique

L'attraction sexuelle pour un patient peut être dérangeante pour un thérapeute. Les thérapeutes débutants peuvent projeter leur attraction sexuelle émergente sur le patient et considérer les sentiments érotiques comme provenant uniquement du patient. Cette stratégie défensive est très commune quand un jeune thérapeute prend en charge une patiente. Pour faire face aux sentiments érotiques perturbants émergeant dans le contre-transfert, le thérapeute fait référence à la patiente comme « séductrice » (Gabbard, 2000). De cette manière, le problème provient de la patiente et non du thérapeute.

Dans d'autres cas, le contre-transfert érotique reste inconscient, mais le thérapeute commence à noter des mises en acte mineures suggérant un intérêt particulier pour le (ou la) patient(e). Certains thérapeutes se regardent dans le miroir avant de recevoir le patient. D'autres sont plus attentifs à ce qu'ils portent le jour où ils voient le patient. Certains se trouvent particulièrement sympathiques avec le patient. Certaines questions négatives ne sont pas abordées de peur de perturber le patient. Un cas clinique illustre certains de ces thèmes.

Le Dr S., une psychiatre interne de 32 ans, prend en charge un juriste de 34 ans. Ce dernier a récemment été quitté par sa petite amie, et il parle longuement de ses sentiments d'être terrassé. Il raconte qu'elle avait de si fortes exigences qu'il était incapable de répondre à ses attentes de perfection.

Le Dr S. écoute son patient avec beaucoup d'attention. Elle sent que le patient a probablement été durement traité par son ex-petite amie, celle-ci ayant des attentes excessives. Elle pense également qu'il est véritablement une personne ayant bon cœur et ayant fait des efforts sincères pour la relation. Après plusieurs semaines de thérapie, elle constate des différences frappantes par rapport à sa stratégie thérapeutique habituelle. Elle n'a pas demandé à une seule occasion de quelle manière *il* a contribué aux difficultés. Elle avait tendance à considérer l'ex-petite amie comme la personne méchante dans l'histoire, alors que le patient était considéré comme la victime principale d'attentes ridicules. Le Dr S. remarque aussi que la quasi-totalité de ses interventions sont empathiques de nature et qu'elle se retient de faire tout commentaire conflictuel de peur de blesser le patient.

Elle commence aussi à penser que son patient a besoin de trouver une femme plus sympathique. Elle devient convaincue que s'il avait rencontré une personne mieux assortie, il ne serait pas du tout dans cette situation actuellement. Elle se retrouve à l'encourager à rencontrer des femmes ayant des attentes plus raisonnables, pouvant être plus sympathiques qu'exigeantes avec lui. Au cours des séances, elle pense furtivement qu'elle pourrait peut-être être bien assortie avec lui s'ils n'étaient pas dans la situation actuelle de relation professionnelle. Elle se surprend même à imaginer ce qu'il pourrait lui apporter de plus que son propre mari.

Avec l'aide de son superviseur, le Dr S. prend conscience au fur et à mesure que la mise en acte de son contre-transfert prend la forme de ce qu'elle dit et non de ce qu'elle fait. Bien que son comportement soit entièrement professionnel, elle permet au patient de s'en sortir sans devoir faire face à sa propre responsabilité. Ses commentaires sont presque tous empathiques à l'égard de la douleur qu'il vit au lieu de l'aider à ouvrir les yeux sur la manière dont il a pu saper la relation afin d'éviter que la même chose ne lui arrive pas avec sa future compagne amoureuse. Son superviseur l'aide également à constater qu'elle entretient un fantasme similaire à celui de son patient – à savoir celui de trouver « la femme parfaite » plutôt que de comprendre en lui les schémas de fonctionnement pouvant altérer ses relations.

Le contre-transfert érotique se manifeste souvent dans les fantasmes de sauvetage car ceux-ci sont plus acceptables pour la perception consciente du ou de la thérapeute de son rôle professionnel que l'attraction sexuelle (Gabbard, 1994). Les sentiments surviennent en réponse directe à une

sollicitation du patient. Le Dr S. a sans aucun doute été influencée par la présentation engageante du patient se décrivant comme victime de mauvais traitement par une femme dure et antipathique. Il réussit à gagner la sympathie du Dr S. et essaie de la séduire en la faisant passer de son côté (et en le faisant de manière très habile !). Une stratégie thérapeutique qu'aurait pu considérer le Dr S. est d'interpréter le souhait du patient de l'avoir complètement de son côté par la manière dont il se présente. En d'autres termes, elle aurait dû se rendre compte que la manière dont il racontait son histoire avait pour but de s'assurer de son concours comme alliée ou comme une « femme meilleure » que son ex-petite amie.

Parfois, le contre-transfert érotique peut paraître ingérable pour le thérapeute. Certains patients sont si séduisants et attirants que les thérapeutes se trouvent incapables de penser clairement et d'agir avec le meilleur intérêt du patient en tête. Dans ce genre de cas, la supervision ou la consultation est indispensable. Si le fait de parler à un collègue n'aide pas suffisamment et que le problème continue, l'orientation vers un autre thérapeute doit être envisagée. Certains thérapeutes consultent automatiquement un superviseur quand ils débentent une prise en charge avec un nouveau patient qu'ils trouvent particulièrement attirant.

Contre-transfert incapacitant

Il y a des moments dans la vie de la plupart des thérapeutes où ils ont l'impression de ne plus pouvoir penser comme un thérapeute ou d'agir dans le cadre de leur rôle professionnel à cause de leur réaction face à un patient. Ces moments incapacitants se présentent selon une variété de circonstances. Dans certains cas, un thérapeute peut se sentir physiquement menacé et faire le commentaire suivant : « Quand vous me menacez de cette manière, je ne peux pas penser. Nous avons besoin d'un environnement sûr pour continuer à travailler en thérapie. » Certains patients peuvent être si ouvertement séducteurs et avoir des attitudes si sexualisées avec le thérapeute que ce dernier sent que le cadre de la thérapie est violé et qu'il ne peut plus fonctionner en tant que thérapeute. Par exemple, un thérapeute se retrouve sans voix quand une femme déboutonne son chemisier et lui montre ses seins. Il ressent qu'il est impossible de faire de la thérapie ; il lui dit alors de reboutonner son chemisier et s'assied au fond de sa chaise. Placer directement les limites du cadre est certainement la meilleure approche pour le moment, alors qu'il prend un temps pour réfléchir.

Parfois, d'intenses explosions de colère rendent le thérapeute incapable de réagir.

Mme T. est une patiente présentant des troubles de la personnalité d'ordre borderline. Elle a vu le Dr U. pendant environ 8 mois pour une psychothérapie psychodynamique. Elle a régulièrement fait part d'éléments de discussion téléphonique avec sa mère. À une occasion particulière, la patiente débute la séance avec le Dr U. en racontant la conversation téléphonique de la veille au soir. Elle dit que sa mère lui a demandé comment cela se passe pour elle au travail, et Mme T. était convaincue que sa mère imaginait qu'elle avait quitté son travail et qu'elle essayait de le vérifier. Le Dr U. répond que c'est le genre d'exemples dont ils ont déjà parlé, où elle interprète l'intérêt de la mère et son inquiétude de la manière la plus négative. Mme T. boude, regarde le sol puis dit : « Oui... je sais que je fais ça de temps en temps. » Le Dr U. lui dit qu'il trouve qu'elle paraît blessée.

Mme T. devient ensuite extrêmement énervée. Son visage devient rouge au point qu'il paraît prêt à exploser et elle crie après lui à pleins poumons : « Je ne sais pas pourquoi vous dites ça ! Je savais déjà que je fais ça ! J'aurais pu vous le dire avant que vous ne disiez quoi que ce soit ! Je sais que je vois en négatif toutes les choses qu'elle dit. C'est pour ça que j'en parle ici. J'essaie de comprendre mon comportement. Je ne peux pas imaginer que vous disiez quelque chose d'aussi évident et stupide ! »

Le Dr U. est complètement surpris par cette explosion de colère qu'il n'avait pas du tout anticipée. Il se sent honteux, dénigré, incompris, faussement accusé et furieux. Il ressent que son comportement a été complètement inapproprié en réponse à ce qu'il a observé et il a l'impression que rien de ce qu'il aurait pu dire aurait été utile. Il reste donc simplement silencieux. La patiente voit comme il est énervé, elle s'arrête simplement de crier et fulmine en silence en regardant le sol. Enfin, elle dit au Dr U. : « Eh bien, vous ne dites rien ? »

Le Dr U. décide d'utiliser une confiance personnelle et dit : « Je suis tellement bouleversé par vos cris que je ne pense vraiment pas pouvoir dire quelque chose d'utile à ce stade. »

Les deux restent silencieux pendant un temps. Puis le Dr U. parle enfin : « Ce que j'essayais de faire est de replacer votre réaction dans un contexte plus large afin que vous compreniez vos hypothèses sur votre mère, plutôt que de penser simplement qu'elle vous surveille. Je ne pensais pas que vous vous mettriez autant en colère en faisant ce commentaire. »

Mme T. a l'air penaude : « Maintenant, je me sens coupable de vous avoir blessé. »

Le Dr U. répond : « Je pense que ce que vous relevez est le sentiment que ma tentative de vous aider a été incomprise par vous. Ma réaction principale n'est pas tant que vous m'ayez blessé mais plutôt que vous n'ayez absolument pas compris ce que j'essaie de faire passer. Je ne pensais pas que vous exploseriez de cette manière. »

Mme T. répond : « Ce n'est pas bien d'être en colère ? »

Le Dr U. demande : « Comment ça ? »

Mme T. répond : « Eh bien, le psychologue qui m'a fait passer les tests m'a dit que la colère était bonne pour moi. »

Le Dr U. demande si elle pense que le psychologue dirait que d'exploser face à des personnes est une bonne chose. Mme T. réfléchit pendant un moment et dit : « Probablement que non. Les patients dans mon groupe de thérapie disent que ça les terrifie et les éloigne quand je me mets en colère là-bas. Ils m'ont aussi dit qu'ils arrêtent d'écouter ce que je dis. Mais j'ai l'impression que c'est bon pour moi. J'aimerais que vous aimiez ça quand je me mets en colère avec vous, car je crois que c'est bon pour moi. »

Son thérapeute dit : « Si vous essayez de réfléchir à cela pendant un moment et que vous imaginez la manière dont j'éprouve votre explosion de colère, que pensez-vous que je pourrais en apprécier ? »

Mme T. répond rapidement à la question : « Si quelqu'un crie après vous, cela veut dire que vous représentez quelque chose pour elle. Quelqu'un se soucie suffisamment de vous pour crier avec vous et être énervé. Cela attire leur attention. Je me sens connectée. Je préfère avoir quelqu'un qui crie après moi plutôt que d'agir de manière passive-agressive. Beaucoup de personnes essaient de bien agir alors qu'elles sont furieuses contre vous, mais elles ne vous le disent pas. »

Le Dr U. répond : « On dirait que vous imaginez que je pense comme vous, au lieu de ce que je pense réellement. »

Mme T. dit ensuite : « Eh bien, je voudrais que ce soit le cas, mais je comprends que vous ressentez probablement les choses différemment que d'autres personnes. J'espère simplement pouvoir faire les choses que je ressens comme bonnes pour moi et que les autres vont les apprécier plutôt que de s'éloigner de moi. »

Son thérapeute lui demande ensuite si elle se soucie qu'il se détache d'elle.

Mme T. répond : « Non, je ne pense pas. Je pense qu'il est bon pour moi d'être en colère plutôt que de la garder enfouie au fond de moi. C'est un processus destructeur de garder la colère au fond de vous tout le temps. »

Le Dr U. répond : « Mais n'y a-t-il pas un juste milieu, un réel juste milieu entre exploser et tout garder en soi ? Peut-être que nous avons défini un bon objectif à travailler ici. »

Dans ce cas, le Dr U. a perdu toute capacité de répondre et de donner un sens productif à ce moment. Au début, il ne pouvait que rester assis en silence car il en avait perdu ses mots. Les thérapeutes devraient toujours se sentir libres de retarder leur réponse jusqu'à ce qu'ils soient prêts. Particulièrement avec les patients présentant des troubles de la personnalité d'ordre borderline, les thérapeutes ont fréquemment envie de dire qu'ils ont besoin de temps pour réfléchir à ce qui s'est passé plutôt que de donner

une réponse réflexe. Le Dr U. utilise cela à son avantage car il a pu ensuite discuter de ce qui s'est passé d'une façon permettant de la mentalisation chez Mme T. Il a continuellement pointé qu'elle s'imaginait qu'il ressentait les choses de la même manière qu'elle. Il a essayé de lui faire comprendre qu'il existait d'autres possibilités. Il l'a également aidée à reconsidérer sa pensée en tout ou rien qu'une personne soit explosive de colère, soit la garde enfouie en elle. Cela l'a aidée à relativiser entre ces extrêmes pour qu'elle puisse reconsidérer la meilleure manière de gérer sa colère.

Résumé

Le contre-transfert est un phénomène omniprésent qui ne doit pas être considéré de manière péjorative. La perception dominante considère les sentiments de contre-transfert comme une création commune, comprenant à la fois les contributions du patient et du thérapeute. *L'identification projective* et la *mise en acte du contre-transfert* sont deux termes provenant d'aspirations théoriques différentes décrivant la manière dont le patient utilise une pression interpersonnelle subtile pour transformer le thérapeute en quelque chose de ressemblant à sa représentation interne. On trouve un grand nombre de techniques que le thérapeute peut utiliser pour gérer le contre-transfert, notamment tolérer le contre-transfert, l'utiliser pour nourrir la compréhension et l'interprétation, et utiliser judicieusement la révélation d'informations personnelles. Les formes courantes de contre-transfert comprennent les fantasmes de sauvetage, l'ennui ou la somnolence, les sentiments érotiques, et les sentiments d'inutilité et d'incapacité.

Références

- Bion WR: Learning From Experience. London, Heinemann, 1962a
 Bion WR: The psycho-analytic study of thinking, II: a theory of thinking. Int J Psychoanal 43:306-310, 1962b. (Reprinted in Bion WR: Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis. London, Heinemann, 1967, pp 110-119).
 Carpy DV: Tolerating the countertransference: a mutative process. Int J Psychoanal 70:287-294, 1989
 Chused JF: The evocative power of enactments. J Am Psychoanal Assoc 39:615-639, 1991
 Gabbard GO: Sexual excitement and countertransference love in the analyst. J Am Psychoanal Assoc 42:1083-1106, 1994
 Gabbard GO: Countertransference: the emerging common ground. Int J Psychoanal 76:475-485, 1995
 Gabbard GO: Love and Hate in the Analytic Setting. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996
 Gabbard GO: Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000
 Gabbard GO, Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

- Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, et al: Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. *Harv Rev Psychiatry* 2(1):59-69, 1994
- Greenberg JR: Self-disclosure: is it psychoanalytic? *Contemp Psychoanal* 31:193-205, 1995
- Jacobs TJ: The inner experiences of the psychoanalyst: their contribution to the analytic process. *Int J Psychoanal* 74:7-14, 1993a
- Jacobs TJ: Insight and experience: commentary on Morris Eagle's enactments, transference, and symptomatic curing. *Psychoanalytic Dialogues* 3:123-127, 1993b
- Kernberg OF: Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *J. Am Psychoanal Assoc* 18:51-85, 1970
- Klein M: Notes on some schizoid mechanisms (1946), in *Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963*, New York, Delacorte Press/Seymour Laurence, 1975, pp 1-24.
- McLaughlin JT: Clinical and theoretical aspects of enactment. *J Am Psychoanal Assoc* 39:595-614, 1991
- Modell AH: The therapeutic relationship as a paradoxical experience. *Psychoanalytic Dialogues* 1:13-28, 1991
- Ogden TH: On Projective identification. *Int J Psychoanal* 60:357-373, 1979
- Ogden TH: *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York, Jason Aronson, 1982
- Ogden TH: The concept of internal object relations. *Int J Psychoanal* 664:227-241, 1983
- Ogden TH: *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986
- Ogden TH: The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis, II: the contributions of Klein and Winnicott. *Int J Psychoanal* 73:613-626, 1992
- Pine F: Supportive psychotherapy: a psychoanalytic perspective. *Psychiatr Ann* 16:526-529, 1986
- Racker H: *Transference and Countertransference*. New York, International Universities Press, 1968
- Renik O: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 62:553-571, 1993
- Rosenfeld HA: Notes on the psycho-analysis of the superego conflict of an acute schizophrenic patient. *Int J Psychoanal* 31:111-131, 1952. (Reprinted in Klein M [ed]: *New Directions in Psycho-Analysis*. London, Tavistock, 1955, pp 180-219).
- Roughton RE: Useful aspects of acting out: repetition, enactment, and actualization. *J Am Psychoanal Assoc* 41:443-472, 1993
- Schafer R: Vicissitudes of remembering in the countertransference: fervent failure, colonization, and remembering otherwise. *Int J Psychoanal* 78:1151-1163, 1997
- Scharff JS: *Projective and Introjective Identification and the Use of the Therapist's Self*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1992
- Smith S: The golden fantasy: a regressive reaction to separation anxiety. *Int J Psychoanal* 58:311-324, 1977
- Symington N: The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion). *Int J Psychoanal* 71:95-106, 1990
- Winnicott DW: *Playing and Reality*. New York, Basic Books, 1971

CHAPITRE 9

Perlaboration et fin de la prise en charge

Les stagiaires¹ apprenant la psychothérapie psychodynamique sont souvent perplexes devant la tâche consistant à déterminer quand les choses ont assez duré. Des facteurs externes, comme le changement de stage clinique, peuvent déterminer le moment de l'arrêt du travail avec un patient, ce qui conduit fréquemment à l'orientation de ce dernier vers un autre stagiaire. Une grande partie du travail de psychothérapie paraît répétitive et le point final peut paraître arbitraire.

Quand Freud développa la psychanalyse, il comprit que la *perlaboration* est le processus engendrant finalement des changements qui conduisent naturellement à la fin de la prise en charge. Cependant, la définition du terme est restée assez vague dans ses écrits. Il paraissait avoir en tête un processus au travers duquel les schémas caractéristiques de défenses et de relations d'objet interne émergent encore et encore dans différents contextes et sont répétitivement interprétés, observés, confrontés, et clarifiés jusqu'à ce que le patient renonce aux résistances l'empêchant d'accepter la compréhension et l'interprétation de l'analyste. Une grande partie du travail sur les résistances abordé dans le chapitre 6 (« Travailler avec les résistances ») peut être considérée comme le cœur du processus de perlaboration. Shafer (1983) définissait la perlaboration comme l'analyse des résistances « encore et encore, patiemment, au travers d'une série apparemment sans fin de répétitions, de permutations, de combinaisons et de variations » (p. 76). Il trouvait aussi qu'une part de la perlaboration de ces résistances implique de considérer ces résistances ou défenses comme des créations propres au patient et relevant de sa propre responsabilité. Par conséquent, un facteur clé dans la perlaboration et dans la préparation à la fin de la thérapie serait l'acquisition par le patient du sens d'être un agent ou un auteur de sa propre vie.

1. Le mot « stagiaire » pour l'anglais « *trainee* » fait référence aux psychothérapeutes en formation, qu'ils s'agissent de jeunes médecins se spécialisant en psychiatrie ou de personnes venant d'horizons professionnels différents (psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux...). (NdT)

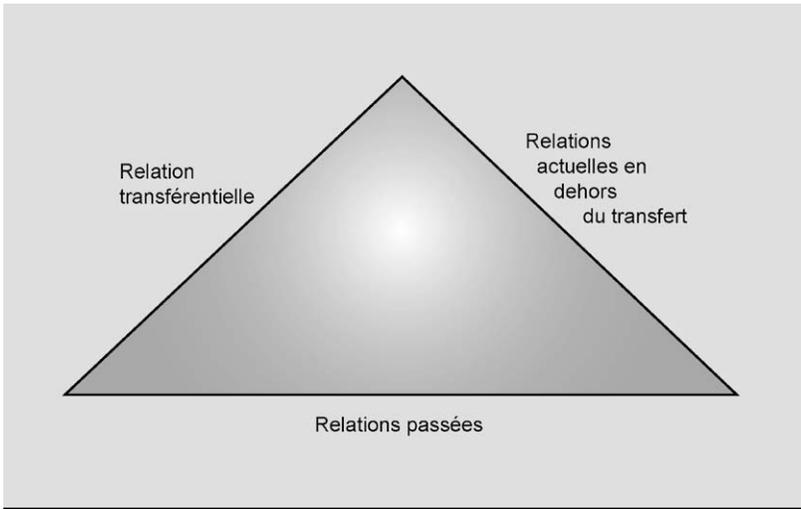


FIGURE 9.1. Le triangle de la prise de conscience (d'après Menninger, 1958).

Alors que la théorie psychanalytique évoluait d'un accent mis sur les pulsions et les défenses vers une référence plus importante aux relations d'objet et aux théories de l'attachement, la perlaboration commença à prendre un nouveau sens. La perlaboration de la relation avec le thérapeute, comme un nouvel objet qui servira à modifier de vieux schémas de relations d'objet, arrive sur le devant de la scène. De plus, la perlaboration implique également la reconnaissance de la manière dont la relation avec le thérapeute reflète les relations dans l'enfance et les relations actuelles en dehors du transfert (voir figure 9.1).

Ce triangle de la prise de conscience impliquant les schémas relationnels est crucial pour le processus systématique de perlaboration des relations problématiques répétitives (Menninger, 1958). Le thérapeute identifie les schémas récurrents de relation dans tous les domaines de l'expérience du patient. Le concept de Luborsky (1984) sur le thème du noyau central des relations conflictuelles (décrit dans le chapitre 7 : « Utilisation des rêves et des fantasmes en psychothérapie psychodynamique ») est un autre moyen d'approcher ce processus répétitif. L'attente du patient quant à la réaction des autres et la réponse défensive face à cette attente vont se répéter encore et encore, à la fois dans la relation avec le thérapeute et avec les personnes en dehors de la thérapie. Le thérapeute signale ces schémas et les met en lien avec les expériences précoces du patient.

Au cours de la confrontation et de la clarification du mode unique de mise en relation à l'autre du patient, le thérapeute explore avec le patient l'attachement tenace à des mauvaises expériences et aux « mauvais

objets » du passé. Par exemple, pourquoi une patiente choisit de manière répétitive des partenaires amoureux malhonnêtes et peu fiables, la conduisant à un déchirement ? Une multitude d'explications peuvent apparaître au cours de la thérapie. L'attachement à des mauvais objets est prédictible et familier ; on sait ce qu'on a, on ne sait pas ce qu'on aura. Mieux vaut être mal accompagné que seul. Les relations répétées d'une femme avec des hommes malhonnêtes et peu fiables peuvent préserver un attachement fondamental à sa mère, qui clamait qu'on ne peut pas faire confiance aux hommes et que quand les choses sérieuses commencent, on ne peut compter que sur sa mère comme fidèle confidente. La femme peut également entretenir le fantasme de transformer les hommes « mauvais » en des hommes « bons ».

En même temps que la patiente s'engage dans des relations auto-destructrices en dehors de la thérapie, elle peut aussi se retrancher dans un mode relationnel non optimal avec le thérapeute. Elle peut persister à voir l'origine de son schéma relationnel dans les difficultés à trouver l'homme idéal, et ainsi, elle attend que le thérapeute la sauve d'une série de mauvaises expériences en étant l'homme parfait et idéalisé dans sa vie. Cette variation autour du fantasme idéal pourra être confrontée et interprétée de manière répétée jusqu'à ce que la patiente se rende compte qu'elle doit trouver un moyen de se sauver *elle-même* de sa vie plutôt que d'attendre qu'un chevalier servant vienne la chercher.

Les fantasmes ont la vie dure. Une grande part de la difficulté du processus de perlaboration réside dans le fait d'aider la patiente à faire le deuil de la perte de rêves et de fantasmes irréalistes, qui l'empêchent de se développer naturellement vers la maturité. Renoncer à ces fantasmes peut susciter d'intenses résistances, et la patiente peut combattre le thérapeute pour préserver sa vision des choses.

Alors que le processus de perlaboration se déroule, la patiente intériorise également une certaine manière de se percevoir elle-même ainsi que son monde intérieur, manière que le thérapeute a modélisée pour elle. Ainsi, accepter la manière de penser du thérapeute est une part de la perlaboration. Le thérapeute a aussi résisté au fait d'être transformé en autre chose qu'un thérapeute (Aron, 1991). Dans le langage contemporain, une composante de ce qui est perlaboré est la relation réelle entre le thérapeute et le patient pour que ce dernier accepte ouvertement qui est le thérapeute et quelles sont les limites de la thérapie. Comme cela est développé dans le chapitre 5 (« Buts et action thérapeutique »), les patients ne vont pas mieux simplement parce que le thérapeute agit comme un « bon » objet. Ce qui est critique est que les patients répètent avec leur thérapeute certains schémas de relations complexes les ayant hantés toute leur vie. Dans le processus, les anciens réseaux neuronaux concernant les représentations de soi et d'objet sont affaiblis au fur et à mesure, alors que les nouveaux réseaux neuronaux liés à un nouveau

mode de relation sont renforcés. Les défenses du patient se développent tout au long de sa vie, et les réseaux neuronaux représentant les relations d'objet font exactement de même, seul le temps pouvant entraîner des changements durables dans ces structures.

Pour résumer ce qui est dit, les thérapeutes assurent effectivement la fonction de nouveaux objets internalisés par le patient. Cependant, ils sont également appelés à incarner les figures problématiques du passé du patient, et l'une des tâches du thérapeute est d'aider les patients à voir comment ils recréent eux-mêmes des schémas conflictuels de relations d'objet dans le cadre de l'ici et maintenant des interactions transféro-contre-transférentielles. Ainsi, la prise de conscience suscitée en montrant aux patients comment ils sont acteurs de la répétition des relations problématiques avec les autres est un travail s'effectuant conjointement avec l'internalisation du thérapeute comme un objet différent, de la manière de penser du thérapeute et de ses observations sur les interactions.

Un aspect important et critique du processus de perlaboration réside dans le déplacement du thérapeute d'une perspective subjective à la première personne à une perspective à la troisième personne (Goldberg, 1999). En d'autres termes, les thérapeutes doivent soutenir de manière empathique l'éprouvé du « je » du patient, la perspective à la première personne, tout en apportant également leur propre expérience extérieure, la perspective à la troisième personne. En s'immergeant de manière empathique dans la perspective du patient, l'expérience de se sentir compris devient une part de l'atmosphère de la thérapie. Dans ce contexte, les patients peuvent commencer à entendre quelque chose d'eux-mêmes, qui leur paraît tout d'abord étranger car cela provient de l'extérieur. Comme Goldberg (1999) le souligne : « L'inconscient n'est pas vécu comme un phénomène à la première personne mais comme quelque chose d'étranger et de distinct » (p. 357). Par conséquent, une partie du processus de perlaboration repose sur le thérapeute apportant au fur et à mesure interprétation, observation et confrontation émanant d'une perspective extérieure ou à la troisième personne, ce qui familiarise les patients avec leur propre vie inconsciente. Grâce à la répétition de ce point de vue, les patients vont graduellement être capables de s'approprier ce qui est inconscient et ce qui provient d'une perspective à la troisième personne comme une partie de leur propre perspective, à la première personne.

Promouvoir la mentalisation

Chez des patients plus perturbés, particulièrement ceux qui sont organisés sur un mode borderline, le changement d'une perspective exclusivement à la première personne vers une perspective à la troisième

personne s'accompagne d'une capacité accrue de mentalisation. Au fil du temps, une patiente se rend compte que le thérapeute se la représente dans son propre esprit. Alors que le thérapeute construit et déconstruit une image de la patiente et de son vécu interne, celle-ci va progressivement commencer à se considérer différemment et à reconnaître que sa perception du thérapeute et des autres n'est qu'une représentation et non une reproduction exacte de la réalité extérieure à l'état pur (Fonagy, 2001).

Si l'alliance thérapeutique est solide, le thérapeute peut pleinement élaborer la différence entre sa perspective et celle du patient, afin que les deux puissent parler des divergences entre les perspectives à la première personne et à la troisième personne. Une partie de l'équilibre s'établissant repose sur un sentiment de sécurité dans une nouvelle relation d'attachement accompagnée d'une volonté de prendre des risques et de percevoir les choses autrement. Une autre tension dialectique est générée dans la thérapie psychodynamique entre l'acceptation et l'attente du changement. Les bons thérapeutes font sentir à leurs patients qu'ils sont estimés et acceptés comme ils sont. En même temps, les thérapeutes reconnaissent la souffrance de leurs patients et leur offrent la possibilité de soulager cette souffrance en collaborant avec eux dans l'apprentissage de nouvelles manières d'être en relation aux autres.

Dans le processus de perlaboration, dont le but est de promouvoir la mentalisation, un certain nombre de techniques sont utiles. Le thérapeute peut demander au patient d'élaborer sur ses fantasmes concernant ce qui se passe dans la tête du thérapeute. Quand un patient n'a rien qui lui passe par la tête, le thérapeute peut l'encourager à penser plus au monde interne du thérapeute, en soulignant qu'il représente une subjectivité différente ou une entité différente « à la première personne », pouvant avoir des choses en commun avec le monde interne du patient mais aussi des choses différentes.

Une autre technique utile est d'identifier et de se concentrer sur les états mentaux du patient. Par exemple, le thérapeute peut faire observer à la patiente qu'elle paraît en colère afin de l'aider à se découvrir elle-même dans le regard du thérapeute. Si elle peut s'approprier une part de cette colère, elle pourra ensuite constater comment un état mental peut influencer sa perception des autres. Un thérapeute pourrait dire par exemple : « Je vois que vous êtes en colère contre moi, il est difficile de s'imaginer que je suis réellement ici pour vous aider. » Ce genre de commentaires encourage la mentalisation dans le sens où les patients doivent reconnaître que leurs états émotionnels influencent en partie la manière dont ils perçoivent les autres.

Finalement, les patients commencent à se rendre compte que la manière dont ils perçoivent la réalité fait appel à une représentation interne avec laquelle on peut jouer et ils comprennent qu'elle a plusieurs

significations particulières. Quand ils commencent à prendre conscience d'eux-mêmes, ils reconnaissent aussi la subjectivité distincte du thérapeute et respectent le fait que le monde interne du thérapeute est différent du leur.

Quand un patient agit impulsivement face à des sentiments, le thérapeute encourage la mentalisation en l'aidant à constater qu'un état affectif précipite une action impulsive ; elle ne vient pas de nulle part. À la suite d'un mouvement impulsif, le thérapeute pourrait dire : « Que vous souvenez-vous de ce qui se passait au moment où vous avez agi de manière impulsive ? Que ressentiez-vous à ce moment ? » Le patient pourrait d'abord répondre : « Je ne sais pas » ou « Je ne me rappelle pas ». Le thérapeute ne doit pas se satisfaire de ces réponses comme d'un point final mais doit continuer doucement à solliciter le patient pour qu'il pense à son expérience interne de ce moment précis.

Impasse

Au cours de la perlaboration, les thérapeutes vont souvent ressentir qu'ils se trouvent dans une impasse avec un patient. Des interprétations ont été proposées, des résistances ont été analysées et les sentiments à la première personne du patient ont été validés de manière empathique. Les observations émanant de la perspective du thérapeute ont été systématiquement proposées. Bien que le processus de perlaboration ait débuté, l'ensemble de la psychothérapie paraît bloqué. Le patient n'utilise apparemment pas efficacement son introspection ou ne montre pas de changements dans son comportement. Le thérapeute peut commencer à se sentir découragé et peut même penser qu'il est temps d'abandonner.

Il est sage pour un thérapeute psychodynamique de se rappeler que les impasses ou blocages révèlent souvent le centre névralgique du travail transféro-contre-transférentiel que l'on doit examiner (Gabbard, 2000). On ne doit pas s'attendre à ce que la psychothérapie se passe en douceur. Marc Aurèle présentait l'art de vivre plus comme une lutte que comme une danse. La même chose pourrait être dite à propos de la psychothérapie.

Ce qui peut parfois être utile quand la psychothérapie paraît bloquée est d'évaluer la possibilité que le transfert du patient et le contre-transfert du thérapeute aient recréé la relation d'objet interne du patient la plus puissante et défendue avec le plus de ténacité. Si cela peut être discuté ouvertement avec le patient, une évolution sera possible.

M. V. est vu en thérapie depuis 9 mois par le Dr W. Il présente beaucoup de difficultés dans la restauration de l'image de soi afin d'être plus efficace au travail et de développer de meilleures relations. Après avoir travaillé de manière satisfaisante pendant de nombreuses années, il a été licencié et a été incapable de retrouver un autre emploi pendant 2 ans.

Sa femme l'a quitté, et il est difficile pour lui de réagir. Il prend un traitement antidépresseur qui l'aide à faire face aux symptômes végétatifs de la dépression, mais il continue à trouver difficile de faire évoluer sa vie de manière satisfaisante. Il répète régulièrement à sa thérapeute : « Dites-moi simplement ce que je dois faire pour aller mieux. » La thérapeute rappelle de manière répétée que tous deux ont à travailler ensemble pour trouver ce qui lui serait le plus utile.

M. V. vient aux séances mais minimise toujours les améliorations qui peuvent se présenter. Il fait peu d'efforts pour retrouver du travail, et répète qu'il ne trouve rien d'intéressant. Le Dr W. essaie de faire parler M. V. sur les points le décourageant dans cette situation, mais M. V. évite de parler de ces questions et change de sujet pour aborder des événements extérieurs peu importants pour la thérapie. Dans une certaine mesure, ce qui se passait dans la thérapie était similaire à la vie extérieure du patient. À un moment donné, les enfants adultes de M. V. ont organisé une fête d'anniversaire pour lui. Sa sœur et son frère les ont rejoints à la fête. Le Dr W. demande ensuite si c'était une belle fête. Il répond : « Ce n'était rien de particulier. » Il en arrive ensuite à parler de la manière dont sa sœur et son mari ainsi que ses deux enfants ne font pas d'effort particulier pour l'aider.

Il vient fréquemment aux séances en disant que rien ne change. Quand le Dr W. lui demande comment se passent ses recherches d'emploi, il répond : « Je n'ai pas eu l'occasion de faire quoi que ce soit. Je suis relativement découragé quant à trouver un travail intéressant. » Lors d'une occasion particulière, M. V. arrive en séance et commence en disant : « Je n'arrive pas du tout à voir dans quel domaine ma vie va bien. » La thérapeute essaie de lui apporter du soutien en disant : « Vous répondez maintenant au téléphone quand quelqu'un vous appelle, vous pleurez moins, vous commencez un programme d'entraînement physique, vous fréquentez les membres de votre famille et vous dormez moins pendant la journée. » M. V. répond : « Je ne m'entraîne pas tant que ça et je dois dire que mon humeur est toujours la même. Je déteste vous dire ça mais c'est vrai. »

Le Dr W. se rend compte qu'elle n'arrive pas à dépasser l'impasse malgré l'insistance sur les observations positives qu'elle fait à propos de M. V. Lors de la séance suivante, il commence en disant : « Je suis toujours déprimé. » La thérapeute répond : « Est-ce que vous pensez que cette prise en charge vous fait du bien d'une quelconque manière ? » Il répond : « Très peu. » Puis, le Dr W. essaie de mettre cette impasse en perspective en délivrant cette interprétation : « Je commence à me demander, M. V., s'il y a un besoin profond en vous de rester insatisfait et de mettre en échec les personnes qui essaient de vous aider. » M. V. tressaille un peu en entendant cette interprétation et dit ensuite de manière surprenante : « J'ai entendu le Dr Phil parler de ça à la télévision. Je pense qu'il y a

quelque chose de cet ordre-là. » Le Dr W. continue : « De quoi avez-vous peur si vous vous permettez d'aller mieux ou de vous sentir épanoui ? » M. V. réfléchit un moment puis dit : « Je pense que j'ai peur d'être rejeté si j'essaie. » Sa thérapeute lui demande : « Quelqu'un vous a-t-il rejeté récemment ? » Ensuite, M. V. commence à pleurer et dit que son frère a été très en colère contre lui, à tel point qu'il lui a dit : « J'en ai marre de toi et je ne peux plus te supporter ». Le Dr V. lui pointe alors : « Je pense que votre tendance à rester exactement comme vous êtes et à mettre en échec les efforts des autres pour vous aider aboutit à ces attitudes de rejet de la part des autres. »

Dans ce cas, le « blocage » de M. V. implique des angoisses de changement. Avec l'aide de sa thérapeute, il commence à comprendre que cette impasse est liée à l'agressivité envers les autres qui essaient de l'aider. En s'entêtant et en résistant à toute forme de changement, M. V. commence à pousser à la fois sa famille et sa thérapeute à en avoir assez de lui. En signalant cette propension à rester dans l'absence d'épanouissement, le Dr W. met au jour le schéma relationnel problématique à examiner par eux deux.

Alors que le travail avance avec M. V., la thérapeute ressent une motivation profonde à rester le même. Être aidé par les autres pousse M. V. à se sentir petit et inadéquat. Si le Dr W. est capable de l'aider, M. V. se sent envieux des prises de conscience du Dr W. qu'il n'arrive pas à avoir. Il éprouve qu'il aurait dû penser aux interprétations et à cette compréhension sur lui-même. Pour faire face à cette envie, il doit gâcher l'aide offerte par sa thérapeute et dénigrer cette aide en disant qu'il ne se sent pas mieux.

Cette tendance à aller plus mal avec des interprétations précises et étayantes est appelée *réaction thérapeutique négative*. Freud est le premier à avoir identifié cet effet en constatant que certains patients réagissaient à une prise de conscience juste par une exacerbation de leurs symptômes. Une définition plus contemporaine de la réaction thérapeutique négative précise qu'elle s'applique aux situations où les patients ont tendance à aller plus mal face à l'aide que le thérapeute leur apporte. Les origines des réactions thérapeutiques négatives sont variées, et chaque cas doit être évalué attentivement concernant les motivations sous-jacentes.

Cependant, dans beaucoup de cas, ce qui se passe dans les dimensions transféro-contre-transférentielles de la prise en charge reflète les résidus de schémas de longue date ayant débuté dans l'enfance. Des fantasmes de revanche sont souvent au cœur de réactions thérapeutiques négatives (Gabbard, 2000). Le thérapeute devient un parent dans le transfert et le patient retire une satisfaction formidable à rendre vains les efforts du thérapeute. Dans beaucoup de cas, on entend que les parents étaient

énormément investis dans la réussite de l'enfant et qu'ils avaient besoin que leur enfant comble leurs propres gratifications narcissiques. Que cette représentation soit complètement juste ou non, le patient le croit âprement et il est déterminé à échouer pour déjouer les attentes des parents. Dans cette perspective, l'échec peut être l'équivalent de la réussite. De la même manière que le patient souhaite priver ses parents de satisfaction en échouant, il peut également priver le thérapeute de satisfaction quant à une prise en charge efficace. Souvent, ce genre de patient est très préoccupé par le fait que le thérapeute s'attribue les honneurs du succès du patient dans un mieux-être, de la même manière que ses parents s'attribuaient les honneurs du succès de leur enfant quand il réussissait à l'école ou dans des activités extrascolaires.

Les patients installés dans ces dynamiques peuvent éventuellement repousser des améliorations substantielles jusqu'à ce que la thérapie soit terminée. Ils ne veulent pas que le thérapeute soit satisfait par une amélioration pendant la thérapie, et ils reportent donc la réalisation de changements réels dans leur vie jusqu'à ce que le thérapeute ne soit plus là. De cette manière, ces patients imaginent une réussite secrète dans laquelle ce sont eux qui obtiennent satisfaction de leurs changements et pas le thérapeute. Quand ces patients sont rencontrés des années après la thérapie, la manière dont ils vont bien surprend souvent le thérapeute.

Dans cette relation duelle de la thérapie, nous serions naïfs de penser que les impasses liées à des fantasmes de revanche ne proviennent que d'une seule personne. Les thérapeutes jouent souvent un rôle dans ces réactions thérapeutiques négatives. Notre désir conscient ou inconscient de réussir avec le patient et d'obtenir sa gratitude quant à notre aide peut agir de manière synergique avec le désir du patient de nous mettre en échec (Gabbard, 2000). Beaucoup de thérapeutes sont attirés dans cette discipline par un désir de longue date d'établir un genre spécifique de relation d'objet interne dans laquelle ils ont le rôle d'une personne aidant de manière dévouée et désintéressée des patients dont ils attendent qu'ils se conforment à leurs attentes spécifiques – c'est-à-dire qu'ils fassent des progrès dans le sens où l'entend le thérapeute et qu'ils expriment de la gratitude face à ces progrès (Feiner, 1979 ; Gabbard, 2000 ; Gorkin, 1985). Ce mode très désiré de relation à l'autre peut être recherché inconsciemment pour réparer de vieilles relations du passé dans lesquelles la personne n'était pas appréciée ou reconnue.

Si ces besoins du thérapeute sont au premier plan, le problème est que le patient peut sentir que, d'une manière ou d'une autre, il est utilisé aux propres fins du thérapeute. Cependant, le désir que le patient nous donne satisfaction dans notre travail n'est pas simplement un objectif hautement pathologique chez quelques thérapeutes. Ce genre de désir d'aider est inévitable et présent virtuellement chez chacun dans le

champ de la psychothérapie. Les patients peuvent sentir notre besoin d'obtenir leur gratitude pour l'aide que nous leur apportons et notre besoin qu'ils aillent mieux pour maintenir l'estime professionnelle de nous-mêmes. Conscient de cela, un patient peut prendre beaucoup de plaisir à tourmenter le thérapeute en refusant d'aller mieux et en maintenant une attitude de complète ingratitude. Dans ce cas, faire échouer la prise en charge est un triomphe sur le thérapeute.

Alors qu'aucun d'entre nous ne peut être complètement détaché de son désir d'aider le patient, une des leçons évidentes à retenir de ce genre d'impasses avec les patients est que nous devons continuellement modérer toute forme d'*enthousiasme thérapeutique à outrance* (Gabbard, 2000). Nous devons avoir conscience que, finalement, le patient a le droit de résister au changement et même de mettre la thérapie en échec si une amélioration est trop menaçante. Plutôt que de devenir une « pom-pom girl » encourageant ses patients au changement contre leur volonté, le thérapeute serait bien plus avisé d'analyser systématiquement ce que les patients tirent du fait de rester malade ou perturbé et quel plaisir provient de la mise en échec du thérapeute. Quand ce fantasme est exploré en profondeur, les patients doivent généralement se confronter à la notion qu'ils « agissent en réalité contre leurs propres intérêts ». En d'autres termes, ils doivent prendre conscience qu'ils ne mettent réellement en échec qu'eux-mêmes quand ils essaient de déjouer les efforts du thérapeute.

Les thérapeutes pouvant analyser de près leur désir contre-transférentiel de soigner peuvent aussi comprendre que leur désengagement d'un investissement extraordinaire dans le changement d'un patient modifie les règles du jeu dans la perspective de ce dernier. Quand ce genre de patients constatent que leurs thérapeutes ne vont pas être perturbés par leur refus d'aller mieux, ils ne vont plus prendre leur « pied » en mettant en échec les efforts des thérapeutes. Ils doivent ensuite se retourner sur eux-mêmes et regarder ce qu'ils se font à eux-mêmes.

Certains patients continuent de se détériorer dans leur fonctionnement ou de devenir plus suicidaires malgré l'analyse attentive du thérapeute des questions de son contre-transfert et de la dynamique de mise en échec du patient. Un thérapeute débutant peut se sentir désespéré à certains moments et être tenté de quitter son rôle professionnel pour s'engager dans un niveau personnel avec un patient au-delà des limites professionnelles (Gabbard, 2003). Ce choix peut être désastreux tant pour le patient que pour le thérapeute. Une meilleure alternative consiste en une évaluation systématique des dynamiques dans l'impasse, une reconsidération du rôle de la médication (ou la thérapie par électrochocs), et une consultation avec un collègue plus expérimenté.

Un sous-groupe de patients enlisés dans une réaction thérapeutique négative peut simplement être constitué d'échecs thérapeutiques. Quand

les dynamiques sous-jacentes de la résistance du patient au changement sont mises au jour et que les changements ne s'opèrent toujours pas dans la prise en charge, les thérapeutes doivent considérer la fin de la prise en charge ou l'orientation vers un collègue. Ces questions sont semées de pièges liés au contre-transfert et la décision de mettre fin à la prise en charge est généralement plus légitime après avoir travaillé avec son propre superviseur ou un collègue sur les détails de cette impasse et en explorant toutes les alternatives possibles avant de prendre cette décision.

Fin de la prise en charge

Le moment d'arrêter la psychothérapie psychodynamique est rarement aussi clair et systématique que beaucoup de stagiaires ne croient l'avoir appris dans leur enseignement par leur professeur ou dans les manuels y étant consacrés. On pourrait même dire qu'une forme de mythe s'est développée autour de la notion de fin de prise en charge poussant les thérapeutes débutants à penser qu'ils sont vraiment loin de l'idéal. Dans cette version mythique, les thérapeutes et les patients arrivent à la conclusion que les objectifs établis au début ont été remplis, que les sentiments de transfert à l'égard du thérapeute ont été résolus, que les changements intrapsychiques se sont traduits dans des changements dans la vie, et qu'un nombre spécifique de semaines ou de mois ont été mutuellement partagés comme « phase de fin » de la prise en charge.

Ce genre de fin de prise en charge satisfaisante mutuellement se présente parfois dans des cas de thérapie psychodynamique quand le destin a favorisé les deux parties et que le processus a été efficace. Cependant, des facteurs comme l'argent, le temps, un déménagement de l'une ou l'autre des parties, un désaccord sur la réalisation d'objectifs empêchent souvent une fin mutuellement consentie de la prise en charge. Dans le monde réel de la pratique clinique, on trouve une variation considérable de modes de fin de la prise en charge (voir tableau 9.1).

S'il s'agit d'une thérapie limitée dans le temps de 40 à 52 séances, le patient et le thérapeute avancent dans le travail vers un point final connu depuis le début. Par contraste, dans une thérapie psychodynamique non limitée dans le temps, la décision de stopper la prise en charge ne se présente qu'après que l'un ou les deux acteurs de la thérapie sent qu'il est temps, et la durée de la prise en charge n'est pas déterminée au début. Dans certains cas, la fin de la thérapie est imposée car l'interne est affecté ailleurs ou parce que le patient ou le thérapeute déménage dans une autre ville. Finalement, on observe des arrêts unilatéraux, dans lesquels une des deux parties sent qu'il est temps d'arrêter mais pas l'autre.

TABLEAU 9.1. Les diversités de fin de prise en charge

<p>Accord mutuel du thérapeute et du patient en adéquation avec la réalisation des objectifs</p> <p>Fin de prise en charge prévue selon le nombre de séances</p> <p>Fin de prise en charge imposée car le thérapeute est diplômé ou change de fonction clinique</p> <p>Fin de prise en charge imposée par le déménagement du patient</p> <p>Fin de prise en charge imposée car le remboursement des séances n'est plus assuré pour le patient</p> <p>Fin unilatérale, le patient trouvant qu'il n'y a pas de sens à continuer</p> <p>Fin unilatérale, le thérapeute trouvant qu'il n'y a pas de sens à continuer (et oriente le patient ailleurs)</p> <p>Tentative échouée de fin de prise en charge menant à un statut de « thérapie à perpétuité »</p> <p>Fixer une date de fin de prise en charge comme stratégie thérapeutique</p>
--

En considérant cette variété de fins de prise en charge, on commence à se rendre compte que ce processus est beaucoup plus compliqué que beaucoup de manuels ou d'articles ne le suggèrent. De plus, l'arrêt de la prise en charge ne signifie pas forcément la fin, car un grand nombre de patients finissent par revenir pour prolonger la thérapie. Parfois, le terme *interruption* peut être plus précis que la fin. Une étude (Beck et al., 1987) rapporte que moins de 20 % des patients suivis en centre de santé mentale vivent réellement la fin de leur prise en charge avec un accord mutuel. Nous devons aussi prendre en compte le fait qu'il existe un petit sous-groupe de patients pour qui il est presque impossible d'arrêter leur thérapie. Dans son étude sur des patients du Menninger Psychotherapy Research Project, Wallerstein (1986) a identifié ce sous-groupe comme celui de la « thérapie à perpétuité ». Il a constaté que ces patients peuvent aller bien tant que l'on n'envisage pas l'arrêt de la prise en charge. Certains d'entre eux sont capables de réduire le nombre de séances à une tous les 3 à 6 mois, mais tant qu'ils savent qu'ils vont continuer à voir leur thérapeute, ils paraissent bien fonctionner. Cependant, quand le thérapeute menace de mettre fin à la thérapie, ils décompensent souvent.

Évaluer si le patient est prêt à mettre fin à la thérapie

En psychothérapie psychodynamique non limitée dans la durée, les patients sont généralement autorisés à initier la fin de la prise en charge quand le moment leur paraît opportun. La requête d'arrêter la prise en charge doit être minutieusement explorée avec le patient, particulièrement en terme de réalisation ou non des objectifs définis en début de thérapie. Cette discussion peut fournir un aperçu des motivations sous-jacentes du patient à vouloir arrêter la thérapie. Les thérapeutes

doivent se poser une série de questions : le patient cherche-t-il à fuir quelque chose ? Est-il découragé par la psychothérapie ? Veut-il arrêter car il est en colère contre le thérapeute ? Met-il en acte une fuite dans l'illusion de la guérison ? Comme cela est décrit dans le chapitre 6 (« Travailler avec les résistances »), la première fois que le patient évoque l'envie de mettre fin à la prise en charge correspond souvent à une fonction majeure de résistance.

Quand on évalue si le patient est prêt à mettre fin à la thérapie, une variable clé pour le thérapeute est d'évaluer si le patient a suffisamment intériorisé le processus psychothérapeutique pour que la manière de penser du thérapeute et celle d'aborder les sentiments puissent être menées à bien de façon indépendante. Par exemple, un patient dit à sa thérapeute qu'il a été capable d'imaginer qu'il lui parlait quand il a eu des conflits avec sa mère pendant les vacances. Il s'est dit : « Que me dirait ma thérapeute à ce moment sur la manière dont je provoque ma mère et j'accroche le conflit ? » Il a alors interrompu l'escalade habituelle de conflits avec sa mère grâce à un dialogue interne avec une représentation de sa thérapeute. Les patients incapables d'utiliser ce qu'ils ont appris en thérapie en l'absence de leur thérapeute peuvent avoir besoin d'une prolongation de la prise en charge avant d'en envisager raisonnablement la fin.

Un certain nombre de questions liées au contre-transfert du thérapeute peuvent interférer avec une évaluation attentive du moment où le patient est prêt à mettre fin à la thérapie. Les thérapeutes débutants peuvent idéaliser la thérapie et avoir des attentes très perfectionnistes de ce que le traitement doit apporter. Ils peuvent aspirer à une forme de changement structurel ou de résolution du transfert qui ne soit pas vraiment réaliste. Le fonctionnement des patients dans l'aménagement de leur vie peut être un indicateur du succès de la thérapie, sans tenir compte de la quantité des changements intérieurs. Les stagiaires peuvent faire des erreurs dans leur contre-transfert en omettant de mettre fin à la thérapie car leurs ambitions pour le patient dépassent celles du patient pour lui-même. Les thérapeutes peuvent aussi s'accrocher aux patients pour leurs propres besoins. Le fantasme du sauveur peut être en action. Certains patients peuvent valoriser l'image d'eux-mêmes des thérapeutes de telle sorte qu'il soit difficile de les laisser partir.

Les sentiments contre-transférentiels négatifs peuvent aussi engendrer la décision d'arrêter la thérapie. Certains patients suscitent le mépris, l'ennui, la haine et la colère chez le thérapeute. On peut observer un profond soulagement quand le patient parle d'arrêter la prise en charge, et certains thérapeutes peuvent éviter d'explorer leur souhait d'arrêter comme une manière de se débarrasser d'eux.

Dans le cas des thérapies psychodynamiques limitées dans le temps, le contre-transfert peut également influencer la décision concernant le

besoin du patient d'une prise en charge plus longue. Par exemple, si une thérapie est destinée à durer 40 semaines, des thérapeutes débutants peuvent avoir l'impression d'avoir échoué si le patient souhaite continuer la prise en charge après 40 séances à cause de questions en cours ayant besoin d'être discutées. Les thérapeutes doivent se rappeler que les patients ont leur propre cadence pour changer, surmonter les résistances, et venir à bout des conflits et des angoisses de longue date. Le calendrier interne du patient peut être très différent du calendrier de la thérapie établi selon des règles externes.

Que la thérapie soit limitée dans le temps ou non, la question de savoir si l'on a échoué est une préoccupation commune concernant le contre-transfert parmi les thérapeutes débutants. Le thérapeute tout comme le patient abordent généralement la thérapie avec des attentes irréalistes. Les patients porteurs d'une variation ou d'une autre du fantasme idéal peuvent espérer finalement trouver le parent idéal ou le substitut parental les aimant inconditionnellement, prenant soin d'eux, et suscitant un réel état de satisfaction. *Ainsi, dans une certaine mesure, les thérapeutes doivent finalement être déçus pour leurs patients.* En d'autres termes, les patients doivent composer avec les limites de ce qu'un autre être humain peut faire pour satisfaire les attentes forgées au cours d'une vie. De la même manière, les thérapeutes débutants doivent faire le deuil de leur fantasme le plus cher de guérir les autres et de les protéger des angoisses, du stress, des périodes de dépression, et de dilemmes existentiels fondamentaux. Les thérapeutes doivent également faire le deuil des limites de leur profession alors que les patients font le deuil de leurs fantasmes de longue date.

Le travail de fin de la prise en charge

Si le patient est suivi dans le cadre d'un centre de formation, le travail de fin commence au moment du contrat initial s'établissant au début de la prise en charge avec le thérapeute. Si la thérapie est considérée comme un processus psychodynamique à long terme, le patient doit connaître le statut du thérapeute dans l'institution. Quand le thérapeute sait qu'il va être affecté dans un autre service ou diplômé en juin, le patient doit être mis au courant de cette donnée au début de la thérapie. Beaucoup de stagiaires essaient de cacher le fait que leur présence est transitoire de peur que le patient ne demande à être suivi par quelqu'un d'autre dont la présence sera plus durable. De même, quand le mois de juin approche, beaucoup de thérapeutes débutants préfèrent tout compte fait ne pas aborder le sujet et ne pas rappeler la fin imminente de la prise en charge. Les patients peuvent également oublier l'information qu'ils ont eue au début, et il est utile que le thérapeute réaborde périodiquement la question de la fin de la prise en charge quand cela paraît approprié.

Certains patients progressent mieux dans le cadre d'une orientation annuelle vers un autre stagiaire si on leur demande de participer au passage de relais. Durant le dernier mois précédant l'arrêt de la prise en charge, le nouveau thérapeute peut rejoindre le thérapeute actuel pour une séance où les présentations seront faites. Au cours de la même rencontre, les objectifs du patient peuvent être discutés et le patient a l'occasion de poser toutes les questions qui lui viennent. On peut demander au patient s'il a une préférence quant au sexe de son thérapeute, au moment de l'orientation, et à la manière dont elle devrait être réalisée. Cette participation aide les patients à gagner un sens de l'autonomisation à un moment où ils ressentent qu'ils vivent passivement un abandon.

Même si la thérapie aboutit naturellement à sa fin et qu'il y a un accord mutuel pour la terminer, certains thèmes similaires à une fin de prise en charge contrainte apparaissent. Il faut faire le deuil du fantasme du thérapeute toujours disponible. La réalité de nos relations finalement transitoires doit également être prise en compte. Les souvenirs d'autres situations d'abandon ou de rupture peuvent remonter à la surface, et le patient peut avoir l'opportunité de les examiner plus en détail.

Un grand nombre de patients troublés par l'arrêt de la prise en charge ont des difficultés à exprimer leurs émotions à leur thérapeute. Les préoccupations se manifestent souvent au travers de conduites symptomatiques diverses. Elles doivent être prises en compte dans le contexte d'une réaction à l'arrêt de la prise en charge et pas uniquement « gérées ».

Mme X., une femme de 24 ans présentant des troubles de la personnalité de type borderline et une boulimie voit le Dr Y. en thérapie individuelle hebdomadaire depuis 11 mois. Elle a complètement arrêté de s'automutiler plusieurs mois avant d'initier la fin de la thérapie. Elle a aussi grandement amélioré sa capacité de mentalisation et de réflexion à la place d'un comportement impulsif. À 4 mois de la fin de son internat, le Dr Y. décide d'aborder la question de la fin de la prise en charge avec Mme X. 10 minutes pendant une séance. Mme X. commence à pleurer puis continue par intervalles pendant les 40 minutes restantes. Elle dit qu'elle se sent triste et qu'elle ne pourra faire face au changement de thérapeute. Elle exprime également de la colère envers le Dr Y. car elle a l'impression que celle-ci part juste au moment où « elle commence à s'ouvrir ». Le Dr Y. se sent coupable de laisser sa patiente mais elle est fière d'avoir abordé le sujet suffisamment tôt pour pouvoir en parler ensemble. Elle envisage même la possibilité de continuer la prise en charge de Mme X. dans son activité libérale mais son superviseur l'a prévenue qu'à un tarif si peu élevé, elle risque de finir par regretter cette décision prise quand elle était tiraillée par sa culpabilité.

Mme X. arrive à la séance suivante et commence en annonçant au Dr Y. : « Je me suis scarifiée hier soir. » Le Dr Y. reçoit douloureusement et en silence ces propos, pensant que l'automutilation faisait partie du passé. À nouveau, elle commence à se sentir coupable de l'impact sur sa patiente de l'arrêt de la prise en charge. Mme X. en arrive à dire que les scarifications ont fait suite à la visite d'un ex-petit ami qui est en prison. Après cette visite, elle a appelé le jeune homme et a rompu avec lui. Elle s'est scarifiée dans le but de soulager la douleur émotionnelle liée à cette rupture. Cependant, elle avoue au Dr Y. que les mutilations ne l'aident pas réellement. Elle ne fait aucun lien avec la séance précédente où elle a appris que la prise en charge avec le Dr Y. allait prendre fin. Toutefois, le Dr Y. pointe le fait que les scarifications ont disparu puis sont réapparus uniquement après l'annonce de la fin de la thérapie. Mme X. pense un moment et répond qu'avant de se scarifier elle a eu le fantasme que l'automutilation pourrait lui permettre d'être hospitalisée. (Mme X. n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie au cours de ses difficultés.) Quand le Dr Y. lui demande ce qui lui fait penser cela, Mme X. répond que, si elle va à l'hôpital, d'autres personnes comme sa mère et son petit ami vont davantage s'occuper d'elle et se sentir plus responsables d'elle. Le Dr Y. note en silence que Mme X. n'inclut pas sa thérapeute dans le groupe des personnes qui pourraient prendre soin d'elle. Cependant, Mme X. demande si l'un des thérapeutes de la clinique qu'elle a vu en passant pouvait devenir son nouveau thérapeute.

La patiente commence la séance suivante en disant qu'elle se sent « perdue ». Le Dr Y. se demande avec elle si ce sentiment peut être relié à l'approche de la fin de la thérapie. Cette fois, Mme X. reconnaît le lien et verse des larmes. Cependant, elle change rapidement de sujet et pose des questions au Dr Y. sur différentes opportunités professionnelles. Le Dr Y. lui signale qu'elle évite le sujet de la fin et Mme X. recommence à pleurer. Doucement, elle fait le commentaire suivant : « Vous savez, on dit que toutes les bonnes choses ont une fin. » Après un moment de silence, elle rapporte que son père a quitté sa mère quand elle avait 7 ans. Elle associe ensuite avec la mort de sa grand-mère quand elle avait 14 ans. Finalement, elle rapporte une rupture douloureuse avec son premier petit ami au lycée. Elle note que ses pertes sont d'une certaine manière similaires à la perte de sa thérapeute, mais elle dénie rapidement être en colère, disant admettre que ce n'est pas le choix du Dr Y. de la laisser. À la fin de la séance, elle dit que, de manière surprenante, elle se sent mieux après avoir parlé directement du sujet et pleuré un peu.

Dans cette illustration, la patiente exprime des sentiments à propos de la perte de sa thérapeute au travers de ses comportements. On observe souvent une réapparition des symptômes au moment de l'arrêt

de la thérapie, comme Mme X. recommençant à se scarifier après des mois où elle a bien contrôlé ses impulsions. À certains égards, le retour des symptômes peut être vu comme une protestation face à la perte imposée du thérapeute. Le Dr Y. a fait un travail intéressant en aidant la patiente à comprendre comment son comportement d'acting out était lié aux sentiments insupportables de perdre sa thérapeute. En aidant Mme X. à articuler ces sentiments, le Dr Y. lui a également montré que ces sentiments peuvent être supportés même si la douleur émotionnelle ne disparaît pas immédiatement.

Cependant, certains patients ne sont pas réactifs aux interprétations du thérapeute sur le sens de leur comportement et le thérapeute pourra avoir besoin de revenir en arrière pendant un temps. Les thérapeutes qui insistent dans l'interprétation des commentaires et des comportements des patients comme étant liés à l'arrêt de la thérapie peuvent en réalité aggraver la situation, car le patient campera sur ses positions, disant qu'il n'y a rien à explorer. Si le sujet est réabordé de manière répétée, le patient pourra ressentir que le thérapeute suit plus ses propres préoccupations que celles du patient.

La fin de la prise en charge est une période où les limites deviennent un peu plus perméables. Les patients peuvent se sentir le droit de poser des questions personnelles au thérapeute. Les thérapeutes se sentant coupables peuvent ressentir le besoin d'utiliser une approche plus personnelle et de livrer plus d'eux-mêmes. Les patients tout autant que les thérapeutes ont des difficultés à quitter une relation importante, et on observe un risque toujours présent de collusion avec un déni de la perte. Cette collusion peut prendre la forme d'une planification d'entretiens après l'arrêt de la prise en charge ou d'une éventuelle relation personnelle extérieure. Les thérapeutes doivent être particulièrement attentifs aux compromis concernant leurs limites professionnelles durant la phase de fin de la thérapie. Certains patients peuvent souhaiter offrir un petit cadeau à la fin de la dernière séance et, souvent, le thérapeute sera bien avisé de l'accepter simplement, car il n'y aura pas de temps pour en explorer le sens. Toutefois, si le cadeau est cher ou si sa nature personnelle soulève des inquiétudes chez le thérapeute, il peut souhaiter refuser le cadeau et discuter de cette réaction avec le patient. Certains patients vont spontanément prendre le thérapeute dans leurs bras à la dernière séance et, à nouveau, le thérapeute se trouve face au fait que si cette accolade est refusée, il n'y aura pas de temps dans le futur pour en travailler la raison. La plupart des thérapeutes vont simplement accepter l'étreinte et souhaiter beaucoup de bonnes choses au patient. Avec les patients présentant plus particulièrement un transfert érotique ou érotisé, le thérapeute peut parer à un tel incident en abordant le sujet bien à l'avance et en parlant du sens potentiel d'une embrassade lors de la dernière séance.

Certains patients demanderont s'ils peuvent contacter le thérapeute s'ils ont des problèmes à l'avenir. Quand l'arrêt de la prise en charge provient d'un accord mutuel et qu'il n'y a pas de thérapeute prenant la suite du traitement, la possibilité d'une prise en charge ultérieure devrait être laissée ouverte. Il est possible de dire au patient que « la porte est toujours ouverte ». Cependant, si le patient est orienté vers un autre thérapeute dans un cadre de soins, il y a un fort potentiel de clivage si le patient garde des contacts avec son ancien thérapeute alors qu'il voit déjà son nouveau thérapeute. Des contacts après la fin de la thérapie doivent être évités dans ce genre de situations.

Fixer une date de fin de prise en charge comme stratégie thérapeutique

Parfois, un thérapeute se sent forcé de définir arbitrairement un point final à la thérapie parce que le patient n'utilise clairement pas la thérapie de manière efficace. Certains patients manquent de motivation pour travailler les objectifs et souhaitent simplement utiliser le thérapeute comme caisse de résonance. Un ami peut être une caisse de résonance, et si le patient n'est pas intéressé par l'exploration des ressorts inconscients et par les changements de modèles inadaptés, la thérapie ne vaut probablement pas l'argent dépensé ni le temps qui y est consacré. D'autres patients refusent de parler, voire de penser à l'arrêt de la thérapie malgré une amélioration significative. Ces patients peuvent avoir besoin qu'on leur définisse une date de fin arbitraire comme manière de les « mettre sous pression ». Parfois, l'annonce de la fin de la thérapie permet de concentrer la pensée du patient sur ce qui doit être réalisé avant la fin et sur ce que sont les obstacles à travailler pour collaborer vers la fin de la thérapie. Comme cela est décrit précédemment dans le paragraphe « Fin de la prise en charge », certains patients pensent qu'ils sont incapables d'arrêter la thérapie. Ces personnes en « thérapie à perpétuité » ne sont souvent pas identifiables avant plusieurs années de thérapie, quand la fin est envisagée. Ils peuvent se mettre à présenter des symptômes graves quand la fin est planifiée et certains peuvent même avoir besoin d'une hospitalisation. Les thérapeutes doivent être ouverts à la stratégie « à perpétuité » avec un petit sous-groupe de patients qui nécessitent d'avoir des entretiens à intervalles réguliers tous les 3, 6 ou même 12 mois pour éviter la décompensation. Cependant, avant de prendre cette décision, il est conseillé aux thérapeutes de discuter cet aménagement avec un superviseur pour être sûr qu'il ne s'agit pas de culpabilité présente dans leur contre-transfert.

Arrêt unilatéral de la prise en charge

Parfois, les thérapeutes sont contraints de mettre fin à une prise en charge de manière unilatérale. Un patient peut refuser de se conformer aux

conditions du traitement. Les limites peuvent avoir été définies, comme l'abstinence de drogues ou l'arrêt d'appels téléphoniques nocturnes, et pourtant le patient continue d'adopter des comportements compromettant la prise en charge. Une autre cause de l'arrêt unilatéral de la prise en charge est le refus du patient de payer les séances. Parfois, le contre-transfert du thérapeute est si intense qu'il interfère sur sa capacité de penser. Dans ce genre de situations, il n'y a pas d'autre possibilité que d'orienter le patient vers un autre thérapeute. Si la thérapie atteint une crise de cette nature, le thérapeute sera bien avisé de rechercher conseil auprès d'un collègue expérimenté pour peser les pour et les contre de la fin de la prise en charge.

Les patients peuvent également se trouver face une décision unilatérale de fin de thérapie s'ils ne se présentent pas aux séances. Si un patient manque un entretien sans prévenir, la plupart des thérapeutes vont attendre et voir comment se passe la séance suivante avant d'agir. Si un patient dont le risque suicidaire est repéré manque un rendez-vous sans prévenir, la plupart des thérapeutes vont probablement l'appeler pour voir s'il pensait au suicide ou à une quelconque forme d'automutilation. Néanmoins, même des patients non suicidaires manquant deux séances d'affilée doivent probablement être contactés pour savoir s'ils souhaitent continuer la thérapie. Si le patient a de bonnes raisons pour les séances manquées et qu'il souhaite poursuivre, le thérapeute peut faire des concessions. Si le patient ne répond pas aux appels ou continue de rater les rendez-vous, la majorité des thérapeutes vont leur envoyer une lettre indiquant que la thérapie est interrompue. Il est parfaitement légal d'interrompre la prise en charge avec un patient à condition que le risque suicidaire ou la dangerosité envers autrui aient été écartés. On fournit la notification de l'arrêt de la prise en charge par écrit, ainsi qu'une liste d'autres thérapeutes potentiels ou de centres au cas où le patient souhaiterait une prise en charge par la suite.

Résumé

La perlaboration est l'interprétation systématique, l'observation, la confrontation et la clarification de schémas répétitifs dans la vie du patient, tant au sein qu'en dehors de la relation thérapeutique. À l'égard de patients présentant des troubles graves, ce mécanisme peut inclure des efforts répétés pour favoriser la mentalisation en utilisant des techniques spécifiques destinées à aider les patients à comprendre que leurs perceptions des autres sont fondées sur leurs propres états émotionnels et leurs représentations internes.

Malgré des efforts conséquents dans la perlaboration, certaines dyades thérapeutiques se retrouvent bloquées dans une impasse. Ces blocages peuvent conduire à un réexamen attentif des aspects du transfert et du

contre-transfert concernant le fait d'être « coincé ». Un sous-groupe d'impasses reflète un phénomène connu sous le nom de réaction thérapeutique négative, dans laquelle les tentatives du thérapeute pour aider le patient se confrontent à la détérioration de l'état de ce dernier.

L'arrêt de la thérapie doit être envisagé de manière collaborative en accord avec la réalisation ou non des objectifs du patient. Les symptômes peuvent resurgir au moment de la fin de la prise en charge et peuvent être le mode d'expression des sentiments du patient face à cette fin. Certains patients peuvent camper sur leurs positions face à l'arrêt de la prise en charge et une grande variété de stratégies peuvent alors être envisagées.

Références

- Aron L: Working through the past—working toward the future: relational perspectives and working through. *Contemp Psychoanal* 27:81-108, 1991
- Beck NC, Lambert J, Gamachei M, et al: Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy. *J Clin Psychol* 43:511-520, 1987
- Feiner AH: Countertransference and the anxiety of influence. In Epstein L, Feiner AH, editors: *Countertransference*, New York, Jason Aronson, pp 108-128, 1979
- Fonagy P: *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York, Other Press, 2001
- Gabbard GO: On gratitude and gratification. *J Am Psychoanal Assoc* 48:697-716, 2000
- Gabbard GO: Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *Int J Psychoanal* 84:249-261, 2003
- Goldberg A: Between empathy and judgment. *J Am Psychoanal Assoc* 47:351-365, 1999
- Gorkin M: *The Uses of Countertransference*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1985
- Luborsky L: *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive Expressive Treatment*. New York, Basic Books, 1984
- Menninger KA: *Theory of Psychoanalytic Technique*. New York, Basic Books, 1958
- Shafer R: *The Analytic Attitude*. New York, Basic Books, 1983
- Wallerstein R: *Forty-Two Lives in Treatment*. New York, Guilford, 1986

CHAPITRE 10

Utilisation de la supervision

La psychothérapie psychodynamique se déroule au sein d'une dyade mais s'apprend dans une triade patient-thérapeute-superviseur. Le patient décharge des sentiments douloureux et des souvenirs honteux sur le thérapeute et attend de celui-ci de pouvoir les contenir. Le thérapeute en formation, à son tour, décharge ce matériel sur le superviseur avec la même attente, à savoir qu'il puisse supporter ce qui est difficile à gérer pour lui. Pour les thérapeutes en début de formation, les superviseurs sont des modèles de professionnels auxquels ils s'identifient. Au cours de la supervision, les stagiaires ont tendance à intérioriser le superviseur au point qu'ils ont parfois l'impression de « jouer » au superviseur quand ils ont leurs patients en thérapie. En effet, les thérapeutes en formation emmènent avec eux leur superviseur dans leur bureau de consultation comme une représentation interne les guidant au travers des moments difficiles en thérapie.

Au cours de la supervision individuelle, qui a lieu habituellement une fois par semaine, le supervisé présente au superviseur ce qui s'est passé durant la thérapie. Les bons superviseurs évitent une position autoritaire consistant à dire au supervisé exactement ce qu'il doit faire (sauf dans les cas d'erreurs flagrantes). Ils soulèvent plutôt des questions sur les conséquences potentielles de toute intervention envisagée. Ils apprennent aux supervisés une manière de penser le processus psychothérapeutique qui rendra celui-ci plus efficace. De ce point de vue, le superviseur est plus dans la discussion que dans l'autorité dans la manière de transmettre les informations au supervisé (Grebén et Ruskin, 1994).

Les données de la supervision

La nature des données de la supervision varie d'un centre de formation à un autre. Certains encouragent l'utilisation de l'enregistrement vidéo. D'autres préfèrent l'enregistrement audio et d'autres encore utilisent la prise de notes détaillées. Chacune de ces approches présente des avantages et des inconvénients.

Filmer les séances présente l'avantage de saisir à la fois ce qui est réellement dit et la communication non verbale des deux personnes, suggérant ce qui n'est pas dit. Les superviseurs se font une bonne idée de la manière dont les supervisés se comportent en réalité avec le patient et comment ils arrivent à se débrouiller seuls. Cependant, les inconvénients doivent être bien évalués. Les éthologues savent combien il est difficile d'observer un animal dans son habitat naturel, car ce dernier est modifié par la présence d'observateurs. De la même manière, la présence d'une caméra vidéo modifie le cadre fondamental de la psychothérapie. Ce qui est dit au cours d'un échange confidentiel derrière des portes fermées dans l'intimité du cabinet de consultation est dévoilé à un observateur invisible. Les patients peuvent être influencés consciemment ou inconsciemment par la présence de la caméra, de sorte qu'ils donnent une version édulcorée de leurs problèmes au thérapeute. Des secrets honteux peuvent être dissimulés et le fait de savoir que quelqu'un observe la scène peut pousser à éviter des états émotionnels douloureux et source d'embarras. Les thérapeutes débutants peuvent être inhibés de manière identique par l'enregistrement vidéo. Cette inhibition peut prendre la forme d'une plus grande formalité ou du sentiment de devoir éviter la spontanéité et de se cantonner à des interventions « correctes » – celles destinées à obtenir l'approbation du superviseur. Ainsi, filmer les séances peut entraîner un sentiment de performance chez les deux parties.

L'enregistrement vidéo présente également d'autres défis. Les patients peuvent donner leur consentement éclairé quant à être filmé en début de thérapie mais ils peuvent secrètement sentir ne pas avoir le choix et être contraints dans une situation où leur intimité est violée. S'ils éprouvent ce sentiment d'être exploités, ils peuvent trouver très difficile de parler de cette expérience, et cette sensation reste alors tapie en toile de fond et affecte toute la thérapie. Les thérapeutes en formation choisissant de filmer devraient complètement explorer les options avec le patient et lui annoncer clairement que l'enregistrement est optionnel. Un autre inconvénient de l'enregistrement vidéo est que cela occupe tellement de temps dans la supervision que l'attention du superviseur se retrouve plus focalisée sur les détails de l'interaction que sur les thèmes principaux de la thérapie.

L'enregistrement audio, comme alternative, peut paraître initialement moins intrusif, mais les mêmes problèmes, inhérents à l'enregistrement vidéo, sont présents quand l'on utilise un dictaphone. Les questions éthiques sont similaires. De plus, l'inhibition tant chez le patient que chez le thérapeute peut être la même. L'avantage d'avoir des données visuelles et non verbales est perdu avec l'enregistrement audio.

Travailler avec les notes prises lors des séances est probablement la modalité la plus courante pour la supervision en psychothérapie

psychodynamique individuelle dans la plupart des centres de formation. La raison de cette préférence a beaucoup à voir avec la définition des « données » dans le travail psychodynamique. Les intérêts des thérapeutes psychodynamiques vont au-delà du seul dialogue entre les deux personnes. En se référant au modèle conceptuel de la psychothérapie se caractérisant essentiellement par une dynamique entre deux personnes, les superviseurs veulent savoir en thérapie psychodynamique ce que le thérapeute ressent. Quand les notes sur la prise en charge sont travaillées en supervision, le superviseur veut savoir comment le thérapeute se sentait par rapport au patient, comment il analyse ses différentes interventions faites au patient, et comment il a vécu la réponse du patient à ses interventions. Dans cette perspective, les données sont interprétées en impliquant la subjectivité du thérapeute et son contre-transfert dans leurs manifestations les plus diverses. Le thérapeute a-t-il eu du retard au début de la séance ? Le thérapeute s'est-il senti ennuyé ou a-t-il eu envie de faire autre chose pendant l'entretien ? Le thérapeute a-t-il eu des difficultés à finir la séance à l'heure ? Si oui, pourquoi ?

L'insistance du supervisé à écrire tout ce qui est dit dans la séance est un obstacle majeur à utiliser ce genre de matériel avec son superviseur. Certains thérapeutes en formation ont tellement peur de négliger l'entretien qu'ils se sentent obligés de noter de façon aussi littérale que possible. Le souci excessif de rapporter chaque mot du patient perturbe l'immersion empathique dans l'expérience du patient tout comme l'observation de mises en acte subtiles du transfert ou du contre-transfert se produisant au cours d'une séance. Ainsi, prendre des notes pendant l'entretien n'est pas encouragé (voir [chapitre 3](#) : « Les outils de la psychothérapie »). Avant tout, les thérapeutes doivent être *présents* auprès de leurs patients et être ouverts pour percevoir les états affectifs se manifestant dans le contexte de la relation thérapeutique.

Des informations plus utiles seront apportées au superviseur si le thérapeute en formation prend des notes après l'entretien. Ces notes vont traiter des thèmes principaux discutés pendant l'heure ainsi que des exemples d'interventions que le thérapeute a faites. Le temps de supervision est habituellement plus productif si les supervisés peuvent commencer en parlant des thèmes généraux concernant la prise en charge ainsi que de leurs difficultés. Par exemple, un supervisé peut arriver chez son superviseur avec les éléments suivants.

Je me sens perdu et ne sais plus ce que je dois faire avec ce patient. Il monopolise tout le temps de parole pour relater des événements extérieurs sans décrire son monde intérieur ou ce qui lui pose problème. Il ne me laisse généralement aucune place pour faire des commentaires sur quoi que ce soit, et quand je le fais, il les rejette. Je sens que je redoute les séances chaque semaine et je les débute parfois en retard car je n'ai vraiment pas

envie de passer une heure fastidieuse supplémentaire avec lui. Quand je suis assis là-bas, mon esprit vagabonde souvent, et j'ai vraiment envie de votre aide pour essayer de comprendre comment mettre fin à ce schéma répétitif où je me sens disqualifié.

Après une introduction donnant le ton des problèmes dans la thérapie, le supervisé peut raconter les détails d'une séance particulière pour illustrer les thèmes généraux. En présentant le matériel de cette manière, le supervisé identifie également un problème d'apprentissage, et le superviseur peut focaliser la supervision sur ce problème spécifique pour aider le stagiaire.

Alliance dans la supervision

La vulnérabilité du supervisé dans la relation de supervision est similaire par beaucoup d'aspects à la vulnérabilité du patient dans la relation thérapeutique. Par conséquent, nous pouvons parler d'*alliance dans la supervision* ayant beaucoup en commun avec l'alliance thérapeutique (Lomax et al., 2005). Les superviseurs ont de multiples responsabilités pouvant inhiber le supervisé. Ils doivent s'assurer que le patient est pris en charge de manière compétente. Ils sont également responsables de l'enseignement aux supervisés des compétences fondamentales de la psychothérapie. De plus, dans la plupart des centres de formation, ils sont responsables de l'évaluation des points forts et faibles des stagiaires et doivent faire un rapport au directeur. Les superviseurs ont la tâche de créer un environnement rassurant pour que le supervisé soit complètement libre de parler des séances. Créer ce sentiment de sécurité nécessite une sensibilité fine aux vulnérabilités du stagiaire.

Lomax et al. (2005) proposent différentes suggestions pour établir et maintenir une alliance dans la supervision suffisamment rassurante pour que le thérapeute confie d'une manière franche ce qui se passe dans la thérapie. Les superviseurs peuvent également souhaiter commencer le travail de supervision en découvrant ce que le supervisé connaît de la psychothérapie et la nature de ses précédents stages. Les superviseurs veulent aussi connaître les difficultés rencontrées par le supervisé dans les précédentes expériences de psychothérapie. Dans ses expériences de stages où le supervisé a choisi son superviseur, il peut être important d'explorer les attentes du supervisé et les raisons pour lesquelles il a choisi tel ou tel superviseur. Le superviseur et le supervisé doivent être suffisamment francs quant à leur manière de se représenter la supervision et comment elle peut être la mieux utilisée. Les superviseurs doivent transmettre au thérapeute en formation le genre d'informations facilitant au mieux le processus d'apprentissage. L'attitude adoptée face au report des rendez-vous de supervision ou à leur annulation doit être

discutée ouvertement. Le cadre des supervisions doit être suffisamment flexible pour que des thèmes sans rapport avec les patients puissent être abordés périodiquement. Toutefois, les superviseurs doivent maintenir une perception suffisamment claire des objectifs de ces rencontres et doivent s'assurer que le temps de supervision n'est pas phagocyté par des éléments perturbateurs privant ainsi le supervisé d'une bonne expérience d'apprentissage.

Le défi le plus important de la supervision est certainement de faciliter un environnement où le stagiaire sent qu'il peut dévoiler au superviseur tout ce qui se passe dans la thérapie. Les thérapeutes débutants éprouvent généralement un sens aigu de vulnérabilité narcissique quand ils évoquent leurs tâtonnements dans leur tentative de se comporter comme des psychothérapeutes alors qu'ils ne sont absolument pas sûrs de ce qu'ils font. Certains gèrent cette vulnérabilité en se focalisant quasi entièrement sur les commentaires et les comportements du patient, laissant de côté leur propre contribution (Issacharoff, 1984). Les internes en psychiatrie supervisés peuvent se sentir plus à l'aise avec ce modèle médical en rapportant des données présentant le patient plus comme un cas que comme partie prenante à la dynamique à deux personnes. Les psychothérapeutes en formation se confrontent à un conflit : soit ils se comportent de manière à bien se faire voir pour recevoir une bonne évaluation, soit ils partagent leurs luttes et leurs difficultés, ce qui peut favoriser le processus d'apprentissage mais aboutir à une évaluation moins brillante (Greenberg, 1980 ; Wallace et Alonzo, 1994).

Malheureusement, il est bien connu que la supervision entraîne souvent la falsification de matériel, le filtrage ou la censure de situations embarrassantes, et la déformation délibérée des notes prises au cours de l'entretien pour s'attirer les faveurs du superviseur et éviter les critiques (Betcher et Zinberg, 1988 ; Chrzanowski, 1984 ; Hantoot, 2000). Une certaine sélection des données en vue de faire bonne impression est probablement inévitable dans une situation où l'on est évalué. Cependant, l'attention donnée à une alliance solide dans la supervision permet dès son début de créer un environnement où les craintes du stagiaire de se sentir honteux sont atténuées. Par exemple, les superviseurs peuvent insister auprès du supervisé en disant qu'ils veulent entendre ses erreurs et ses incertitudes car l'apprentissage n'est efficace que si ces éléments-là sont également exposés. Les superviseurs peuvent renforcer cette possibilité en précisant qu'ils n'attendent pas de leur stagiaire d'être un psychothérapeute compétent à ce stade de la formation. De plus, s'ils mettent en évidence que l'évaluation se fonde dans une large mesure sur la capacité de l'étudiant de partager ouvertement ses difficultés et de les travailler avec le superviseur plutôt que de faire une performance parfaite, les valeurs du superviseur seront claires et cela dissipera les craintes du supervisé quant à des attentes excessives.

Les supervisés vont agrémente leur vie professionnelle de consultations auprès de collègues superviseurs bien après avoir fini leur formation. Partager ouvertement les difficultés qu'ils rencontrent auprès de leurs patients améliore au mieux le processus d'apprentissage. Cela contribue beaucoup à la prévention des infractions sérieuses aux limites professionnelles, quand ils sont tentés de dévier des pratiques habituelles des psychothérapeutes. Dans cette perspective, les thérapeutes débutants doivent garder à l'esprit deux règles fondamentales (Gabbard, 1996) :

- si vous faites quoi que ce soit avec un patient qui ne peut pas être partagé avec un superviseur ou un collègue, vous entamez une descente dangereuse sur une pente glissante menant à des infractions aux limites ;
- la chose que vous souhaitez le plus éviter de partager en supervision est probablement la question la plus importante à discuter avec votre superviseur.

Quand le superviseur et le supervisé déterminent les paramètres de la supervision, le superviseur souhaite que le supervisé décrive son cadre de prise en charge. De cette manière, le superviseur peut connaître les dérives en dehors des limites professionnelles communes pouvant se produire ainsi que l'explication du thérapeute sur ces dérives (Gabbard, 2000 ; Waldinger, 1994). Les supervisés prolongeant les séances à 60 ou 65 minutes au lieu de 45 ou 50 peuvent expliquer pourquoi ils se sentent contraints de retarder la fin de la séance. Ceux qui ne font pas payer la séance ou n'insistent pas pour obtenir ultérieurement le règlement de leur consultation peuvent expliquer ce qu'ils font. Cette approche leur permet d'être aidés face à des difficultés dans leur contre-transfert les empêchant d'aménager des limites appropriées avec les patients.

La question des limites en supervision

La question de ce que révèle le supervisé dans la supervision touche plus largement les limites inhérentes à la relation superviseur-supervisé. Les limites évidentes sont celles associées à une relation de confiance. Par exemple, la plupart des regroupements de professionnels de la santé mentale interdisent spécifiquement les relations sexuelles entre un superviseur et un supervisé. Les supervisés attendent de la part de leurs superviseurs un service particulier, qui ne doit pas être contaminé par les préoccupations personnelles du superviseur. Cependant, l'interface entre le traitement et l'apprentissage est la limite la plus complexe (Gabbard et Lester, 2003). Dans une ère où l'accent mis sur la psychologie impliquant deux personnes rend impératif pour les supervisés de partager beaucoup de choses d'eux, les superviseurs doivent veiller à ne pas dépasser la limite entre être un professeur ou un superviseur et être

un thérapeute pour le supervisé. Quand le supervisé révèle une erreur, comme l'interprétation prématurée d'un mouvement de transfert avant que celui-ci ne soit suffisamment proche de la conscience du patient pour être significatif, le superviseur peut pointer l'erreur, en considérant qu'il s'agit d'un apprentissage sur la psychothérapie. Cependant, quand un problème de technique provient clairement de questions concernant le contre-transfert, le superviseur peut se demander s'il doit pointer ou non l'investissement personnel du thérapeute avec son patient, sachant qu'il n'y a pas d'aspiration à une forme de thérapie dans la supervision.

Une entente commune peut être instaurée entre le superviseur et le supervisé concernant l'utilité d'inclure le contre-transfert dans les thèmes de travail de la supervision. Néanmoins, les limites précises du contre-transfert sont difficiles à fixer d'un point de vue abstrait. Quand les supervisés sont face aux tourments des mises en acte transféro-contre-transférentielles, les limites entre supervision et thérapie deviennent floues.

Les supervisés peuvent aider à maintenir une limite raisonnable entre enseignement et thérapie en parlant de leurs interventions dans l'ici et maintenant avec le patient sans rentrer dans les détails de leurs problèmes personnels et de leurs origines infantiles. Les superviseurs peuvent conserver les limites adaptées en s'intéressant au contre-transfert plus largement, considérant ce que le patient *induit* chez le thérapeute plutôt qu'en se focalisant sur ce qui est rejoué du passé du thérapeute dans le présent avec le patient. En d'autres termes, les superviseurs ne font pas d'interprétation sur des origines infantiles du contre-transfert du thérapeute (Gabbard et Lester, 2003). De cette manière, les superviseurs considèrent le contre-transfert comme représentatif des problèmes interpersonnels que le patient vit en dehors de la thérapie. Ils n'attribuent pas l'origine fondamentale du contre-transfert émergeant aux conflits personnels du thérapeute. Cette entente sur la manière dont va être abordé le contre-transfert en supervision peut renforcer l'alliance dans la supervision en ce sens que le supervisé se sentira plus à l'aise et rassuré en dévoilant les réactions émotionnelles qu'il a eues avec le patient. La pédagogie sur le contre-transfert, sur son omniprésence et son acceptabilité peut faire beaucoup pour faciliter les révélations d'informations personnelles de la part du supervisé. Les superviseurs doivent éviter toute idée de critique ou de « prise en flagrant délit » du contre-transfert du thérapeute comme si celui-ci devait être scrupuleusement évité. Dans le passé, le contre-transfert n'était considéré que comme une interférence, quelque chose pouvant être éliminé avec une analyse personnelle en profondeur. On ne considère plus le contre-transfert de cette manière, et la connotation péjorative doit être éliminée du discours de la supervision.

Comme cela est décrit dans le chapitre 8 (« Identifier et travailler avec le contre-transfert »), le contre-transfert est souvent complètement inconscient et n'est perceptible qu'au travers de différents types de mise en acte. Le processus de supervision lui-même peut servir de terrain fertile pour faire émerger les éléments de contre-transfert cachés. En rapportant le cours de la thérapie au superviseur, les supervisés peuvent commencer à être en lien avec le superviseur de la même manière que le patient est en lien avec eux. Ce phénomène est souvent désigné dans la littérature sous le nom de *processus parallèle* (Doehrmann, 1976 ; Gabbard et Lester, 2003 ; Gediman et Wolkenfeld, 1980). Le mécanisme de processus parallèle n'est pas significativement différent du mécanisme de mise en acte. Tout comme les patients rejouent en acte ce dont leurs résistances les empêchent de se souvenir, les supervisés peuvent mettre en acte plutôt que verbaliser un élément de la thérapie. Au travers de ces re-mises en actes, le thérapeute peut inconsciemment s'identifier au patient et reproduire un aspect du transfert avec le superviseur. De plus, quand le supervisé commence à considérer le superviseur comme le patient le fait, alors le superviseur commence à éprouver un contre-transfert similaire à celui du thérapeute. L'exemple clinique suivant illustre ce phénomène.

Le Dr Z. exprime sa frustration au cours de sa supervision avec le Dr AA. Elle sent qu'elle a beaucoup de difficultés à faire des interventions thérapeutiques utiles et efficaces avec son patient. Semaine après semaine, elle décrit le patient et souligne à quel point il est insaisissable quand elle l'invite à se concentrer sur des conflits spécifiques qu'il veut aborder dans la thérapie. Le patient se cantonne à parler en termes abstraits et métaphysiques plutôt que de parler des changements spécifiques qu'il voudrait faire dans sa vie. Le Dr Z. effectue un grand nombre de formulations avec son superviseur afin de préciser le matériel, mais aucune d'entre elles ne paraît correspondre à l'éprouvé du patient. Par exemple, le Dr Z. dit à un moment : « Est-il possible que vous préféreriez ne vous focaliser sur aucun objectif car l'idée de changement vous effraie trop ? » Le patient répond : « Non, je ne pense pas. Je me sens vraiment triste la plupart du temps, et j'aimerais vraiment changer les choses. » Comme cette interprétation n'a pas d'impact, le Dr AA. suggère une autre stratégie au Dr Z. : Est-il possible que ce patient s'attèle à mettre en échec le Dr Z. car il aurait une mauvaise image de lui s'il accepte son aide ? Quand le Dr Z. fait l'essai de cette stratégie avec le patient, ce dernier répond négativement à nouveau, soulignant qu'il souhaite vraiment l'aide du Dr Z. et qu'il ne veut vraiment pas la mettre en échec. Ces propositions de suggestions se répètent, à la fois dans la thérapie et dans la supervision. Par la suite, le Dr AA. commence à se rendre compte à quel point le Dr Z. peut se sentir désemparée et impuissante car il se

sent de cette manière dans la supervision. Il demande au Dr Z. si elle se sent impuissante. Le Dr Z. confirme, disant qu'elle a l'impression que rien de ce qu'elle peut dire ne fait de différence chez le patient, et elle se demande si elle n'est pas en train d'échouer en tant que thérapeute. Le Dr AA. confie qu'il éprouve exactement ce qu'elle vit dans le processus parallèle de la supervision – c'est-à-dire qu'il a l'impression d'échouer en tant que superviseur car aucune de ses suggestions ne paraît efficace dans la thérapie. Il pose ensuite plusieurs questions au Dr Z. : Est-ce que quelque chose a été rejoué avec elle pouvant évoquer le monde interne du patient ? Y aurait-il une raison pour qu'il souhaite induire un sentiment d'échec ou d'impuissance chez le Dr Z. ? Quand le Dr Z. revoit le patient, plutôt que de proposer des interprétations possibles ou des suggestions, elle fait simplement une observation sur le cours de la prise en charge et le fait qu'elle éprouve que rien de ce qu'elle dit n'est utile pour lui. Elle se demande si cela rejoue quelque chose, et le patient dit immédiatement que sa mère lui disait toujours la même chose. Cela conduit finalement à l'exploration d'un transfert sur la thérapeute en tant que mère, que le patient a besoin de frustrer.

Dans la psychothérapie, le thérapeute doit « métaboliser » les états affectifs douloureux projetés par le patient. Un phénomène analogue se produit en supervision quand certains affects sont évoqués chez le superviseur ressemblant à ceux auxquels le supervisé fait face. Le Dr AA. essaie de contenir ces affects et de trouver des moyens d'aider la supervisée à les utiliser de manière efficace dans la prise en charge (Gabbard et Lester, 2003 ; Gabbard et Wilkinson, 1994). Il essaie de traduire les sentiments d'inutilité et d'impuissance qu'il ressent en des mots utiles à la supervisée dans la compréhension du cours de la prise en charge avec le patient. La révélation d'éléments personnels de la part du superviseur a été aussi précieuse que les confidences de la thérapeute faites à son patient.

Cet exemple illustre également que le superviseur peut parfois projeter des représentations de soi et d'objet avec des affects associés sur le supervisé. En d'autres termes, une autre manière de comprendre cet exemple est que le superviseur a trop « pris en charge » et a dit à la supervisée ce qu'elle devait faire avec le patient. La supervisée a alors pris en charge le patient comme quelqu'un à qui l'on doit dire quoi faire plutôt que d'encourager des initiatives propres. Le processus parallèle peut fonctionner dans les deux sens. Cependant, quelle que soit la manière dont on comprend le mécanisme entre le superviseur et le supervisé, le principe le plus important à retenir ici est que tout ce qui émerge doit être examiné avec courage à la fois par le superviseur et le supervisé pour comprendre ce que cela révèle des difficultés dans la thérapie.

Quand un bon degré de confiance est établi au sein de l'alliance dans la supervision, jouer délibérément un rôle peut être un excellent moyen de faciliter l'émergence d'éléments cachés du contre-transfert ou des zones d'ombre que ne veut pas voir le thérapeute. Si le supervisé endosse le rôle du patient et le superviseur celui du thérapeute, cet aménagement fournit également au supervisé l'opportunité d'observer comment le superviseur aborde les problèmes que le patient évoque avec le thérapeute. En faisant la description du patient, le supervisé peut également développer une plus grande empathie à l'égard de l'expérience du patient face aux efforts du thérapeute pour l'aider.

Difficultés courantes dans la supervision

Le superviseur bavard

De nombreux superviseurs affectés au suivi des stagiaires sont des cliniciens passant une grande partie de leur temps à écouter les problèmes de leurs patients. Quand le supervisé entre dans leur bureau, ils peuvent saisir cette occasion pour bavarder plus que pour aider le supervisé à propos des problèmes concernant le patient. Comme ils ont passé leur journée à écouter, ils peuvent considérer l'arrivée du supervisé comme l'opportunité d'une petite discussion. Quelques minutes de ce mode d'interaction peuvent être tolérables voire agréables, car cela met le supervisé à l'aise. Cependant, quand cela devient un schéma répétitif interférant avec l'apprentissage du supervisé, certaines mesures doivent être prises.

Certains superviseurs se sentant isolés dans leur pratique libérale souhaitent bavarder un peu à propos de connaissances communes avec leur supervisé. Ils peuvent obtenir des informations sur les derniers rebondissements dans la vie privée d'un collègue ou sur le service universitaire dont le stagiaire vient. D'autres souhaitent parler de cinéma, de programmes télévisuels, ou de livres car ils sont avides de conversation après avoir vu des patients toute la journée.

Certains supervisés peuvent gérer ce genre de superviseur simplement en commençant à parler de leur patient dès qu'ils franchissent le pas de la porte. Cette manière de « rentrer dans le vif du sujet » fait comprendre au superviseur que le supervisé est là pour obtenir de l'aide face aux problèmes des patients. Si cette technique ne fonctionne pas car le superviseur interrompt le supervisé pour bavarder, une remarque aimable peut être nécessaire : « Je ne voudrais pas être impoli, Dr X., mais j'ai vraiment besoin de votre aide aujourd'hui par rapport à ce patient ; donc, si cela ne vous dérange pas, je voudrais revenir à ce cas. » De nombreux supervisés sont terrifiés à l'idée d'affirmer leur droit à être supervisé à cause de leur transfert envers le superviseur comme

une personne distinguée et puissante dans leur communauté, ayant le pouvoir de les évaluer. Cependant, la plupart des superviseurs reconnaissent leur obligation de superviser, et ils peuvent réagir rapidement à cette douce remarque. Si leur comportement persiste, le supervisé devra le faire remonter à son directeur de formation.

Le superviseur somnolent

Les superviseurs de psychothérapeutes en formation peuvent travailler de très longues heures pour arranger les plannings de leurs patients, et ils peuvent se permettre de baisser leur niveau d'attention pendant la supervision, à un moment où il y a moins de pression qu'avec un patient. Ils peuvent même se laisser aller à la somnolence alors qu'ils écoutent le supervisé. Cette expérience courante est déconcertante pour les thérapeutes stagiaires, qui craignent d'être ennuyeux pour le superviseur et se sentent responsables de l'endormir. En fait, les supervisés n'ont aucune obligation de divertir le superviseur. Néanmoins, il est intéressant d'explorer si un certain phénomène s'est mis en place conjointement dans la supervision et qui pourrait être travaillé entre les deux personnes. Un supervisé peut dire à son superviseur : « Je remarque que vos paupières sont lourdes, et je me demande si ma présentation vous endort ? Y aurait-il un meilleur mode de supervision qui serait plus vivant ? » Cette approche laisse envisager la possibilité que le supervisé contribue à la somnolence du superviseur mais offre également la possibilité d'envisager d'autres modes de supervision. Quelque chose de simple comme partager un café pendant le temps de la supervision peut être utile dans certains cas.

L'absence de limites chez un superviseur

Une stagiaire arrive dans le bureau de son superviseur et celui-ci lui demande de s'asseoir à côté de lui sur le divan. Elle réagit admirablement bien en disant qu'elle préfère s'asseoir sur la chaise. Tous les stagiaires n'ont pas la présence d'esprit de placer des limites avec un superviseur qui n'en a pas. Certains peuvent être intimidés à cause de leur transfert sur le thérapeute. Ils peuvent avoir l'impression qu'ils n'ont pas d'autre choix que de céder aux caprices du superviseur. L'absence de limites peut également prendre la forme d'une curiosité excessive. Certains superviseurs vont demander à leurs supervisés s'ils sont mariés ou célibataires, s'ils sont hétérosexuels ou homosexuels, s'ils sont en thérapie ou en psychanalyse, ou s'ils ont eu des difficultés particulières dans leur enfance. Certains superviseurs vont enlacer le supervisé ou lui faire une bise sur la joue. Les supervisés doivent se sentir libres d'exprimer ouvertement leur gêne à propos de toute situation où le superviseur présente une absence de limites. Souvent, une simple remarque comme :

« Je ne suis pas à l'aise avec ça » provoque l'arrêt de ce comportement. Si ce n'est pas le cas, le supervisé pourra recourir à une plainte auprès de son directeur de formation.

Le superviseur autoritaire

Les superviseurs qui donnent l'impression de connaître l'intervention adaptée à toutes les situations de supervision peuvent être intimidants pour les supervisés. Ce sens de la certitude peut être extrêmement attirant pour le supervisé, du fait de l'abondance d'éléments incertains dans la pratique de la psychothérapie. La certitude du superviseur peut provenir de sa conviction qu'un modèle théorique particulier est la « vérité » même. Par conséquent, les superviseurs autoritaires véhiculent l'idée que tout ce qu'ont à faire les stagiaires est d'adopter leur modèle théorique privilégié pour obtenir toutes les réponses à leurs difficultés thérapeutiques.

Bien que les certitudes du superviseur soient attirantes, beaucoup de supervisés ont l'impression de ne pas répondre aux attentes de leur professeur à chaque fois qu'ils n'adhèrent pas à leur théorie de prédilection. Tout au moins, les stagiaires doivent se sentir libres de demander à leurs superviseurs d'expliquer les bases de leur conseil en terme de modèle théorique sous-jacent. Par exemple, si un superviseur d'aspiration de la psychologie du self insiste sur le fait qu'un stagiaire doit montrer une plus grande empathie pour le point de vue du patient, le stagiaire peut demander au superviseur la justification d'une approche empathique et discuter ensuite des problèmes que le superviseur considère avec des approches différentes. Les thérapeutes en formation ne doivent pas se sentir obligés de forcer leur patient à s'adapter à la théorie de prédilection du superviseur. S'ils considèrent qu'une autre perspective est plus adaptée pour le patient, ils doivent exposer leur point de vue au superviseur et solliciter un dialogue ouvert sur le sujet. Les patients tirent rarement bénéfice d'un thérapeute appliquant simplement les directives autoritaires d'un superviseur. Un thérapeute stagiaire, comme tous les thérapeutes, doit se sentir libre d'être flexible et spontané dans les situations thérapeutiques.

La difficulté à quitter le superviseur ou le supervisé

À la fin d'une année de formation, la plupart des programmes d'apprentissage affirment que les étudiants doivent changer de superviseur pour qu'ils bénéficient de différents styles de supervision et profitent d'une gamme de différents modèles théoriques de psychothérapie. Certains supervisés développent un fort attachement à leurs superviseurs et peuvent éprouver des difficultés à renoncer à eux à la fin de la formation. Cela peut être flatteur pour le superviseur, mais il est probablement dans

l'intérêt de l'étudiant d'apprendre de multiples perspectives de psychothérapie pendant sa période de formation. Parfois, la demande de poursuivre la supervision provient du superviseur, qui a vécu une expérience si positive avec l'étudiant qu'il ne souhaite pas interrompre la relation de supervision. Dans ce cas, le supervisé doit se sentir libre de passer à un autre superviseur, même si ce choix peut blesser émotionnellement le superviseur. Dans les programmes de formation, la politique limitant la durée de la supervision peut être utile pour permettre au supervisé de se référer à ce protocole quand ce genre de question apparaît.

De la supervision en tant que stagiaire à la supervision en tant que professionnel

L'utilisation efficace de la supervision durant son année de formation donne le ton des supervisions à venir tout au long de la vie professionnelle. Les thérapeutes devraient développer cette attitude de ne pas chercher à résoudre tous les problèmes par eux-mêmes. Même si les thérapeutes ont leur expérience personnelle de prise en charge – ce qui est particulièrement utile en thérapie psychodynamique –, il reste toujours des zones d'ombre. Les superviseurs qui ne sont pas immergés dans l'ambiance des dynamiques transféro-contre-transférentielles apportent une perspective extérieure très précieuse dans la dyade quand on est bloqué dans une impasse avec un patient.

Une fois que l'on a fini sa formation, une supervision signifie la dépense de frais supplémentaires. On doit payer un superviseur dans la plupart des cas, et l'on perd du temps quand on se rend à son cabinet. Par conséquent, les thérapeutes trouvent souvent beaucoup d'excuses ou de justifications rationnelles pour éviter de consulter un collègue quand ils sont dans une situation difficile. De nombreuses personnes choisissant la profession de psychothérapeute peuvent avoir le besoin inconscient d'une succession de relations exclusives en face à face protégées par le maintien d'une chape de secret radical (Gabbard, 2000). Cette disposition quasi incestueuse excluant une tierce personne peut engendrer une situation d'activité secrète et interdite fermée aux personnes extérieures. Les infractions aux limites sont un risque toujours présent dans la vie des thérapeutes et le contrôle par une tierce personne est une composante essentielle pour prévenir de sérieuses transgressions. Quand un superviseur est introduit dans une situation, la prise en charge n'est plus un secret exclusivement dans la dyade, et la disposition quasi incestueuse est rompue par la présence d'un observateur. Un superviseur peut également servir comme une forme de Surmoi auxiliaire aidant le thérapeute à penser clairement des limites appropriées dans la situation thérapeutique et à éviter la justification rationnelle de dérives variées de ces limites.

La préoccupation concernant la confidentialité peut être utilisée comme frein à la supervision, mais un superviseur est soumis aux mêmes contraintes sur la confidentialité qu'un thérapeute ; le superviseur ne peut donc rien partager avec aucune autre personne. En vue de préserver la confidentialité, les thérapeutes évitent d'utiliser le nom de leur patient ou toute information pouvant l'identifier. Certains thérapeutes préfèrent faire appel à des superviseurs vivant dans une autre ville pour qu'ils ne puissent pas identifier le patient.

On peut toujours biaiser le processus de supervision en ne partageant que des informations partielles avec le superviseur. Une autre stratégie courante utilisée par les thérapeutes en supervision est de choisir un superviseur dont ils savent qu'ils seront en accord avec eux. S'ils adoptent un comportement discutable dans la prise en charge thérapeutique, ils peuvent le présenter de manière à ce que le superviseur approuve ce qu'ils font, et ainsi utiliser ce que le superviseur dit pour justifier leur dérive par rapport à une psychothérapie ordinaire. Le superviseur idéal doit être une personne créant une atmosphère d'acceptation et de tolérance mais qui est également prête à s'opposer au thérapeute concernant des commentaires ou des comportements discutables dans la thérapie. Une supervision commence par le choix attentif d'un superviseur. Tant dans la supervision en tant que stagiaire que dans la supervision en tant que professionnel, il n'y a pas de substitut au fait de rapporter en toute honnêteté et rigueur les contributions du patient comme du thérapeute.

Résumé

La supervision individuelle en psychothérapie psychodynamique s'effectue habituellement sur une base hebdomadaire. Les données travaillées en supervision proviennent d'enregistrements vidéo, audio ou de la prise de notes détaillées. Chacune de ces méthodes présente des avantages et des inconvénients. Quand la supervision commence, le superviseur et le supervisé doivent activement travailler à forger une alliance au sein de la relation de supervision dans laquelle le thérapeute se sent suffisamment rassuré pour confier sincèrement ce qui se passe dans la prise en charge thérapeutique. Les thérapeutes débutants doivent garder à l'esprit le postulat selon lequel ce qu'ils ont le plus envie d'éviter de partager en supervision est certainement la question la plus importante à aborder avec le superviseur. Les superviseurs doivent maintenir des limites dans la supervision, le contre-transfert étant considéré comme ce que le patient induit chez le thérapeute plutôt qu'une réflexion sur des problèmes personnels du supervisé ayant des origines dans des expériences infantiles. Un processus parallèle se manifeste souvent, dans lequel ce qui est mis en acte entre le superviseur et

le supervisé reproduit ce qui est mis en acte entre le patient et le thérapeute. Les deux acteurs de la dyade de supervision doivent être vigilants concernant ces phénomènes. À la fin d'un programme de formation, les thérapeutes débutants doivent inclure une supervision régulière dans le cadre de leur pratique professionnelle afin d'améliorer leurs compétences et d'éviter toute transgression de limite avec les patients.

Références

- Betcher RW, Zinberg NE: Supervision and privacy in psychotherapy training. *Am J Psychiatry* 147:796-803, 1988
- Chrzanowski G: Can psychoanalysis be taught? In Caligor L, Bromberg PM, Meltzer JD, editors: *Clinical Perspectives on the Supervision of Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Plenum, 1984
- Doehrmann MJG: Parallel processes in supervision and psychotherapy. *Bull Menninger Clin* 40:3-104, 1976
- Gabbard GO: Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. *Am J Psychother* 50:311-322, 1996
- Gabbard GO: Consultation from the consultant's perspective. *Psychoanalytic Dialogues* 10:209-218, 2000
- Gabbard GO, Lester EP: *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003
- Gabbard GO, Wilkinson SM: *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994
- Gediman HK, Wolkenfeld F: The parallelism phenomenon in psychoanalysis and supervision: its reconsideration as a triadic system. *Psychoanal Q* 49:234-255, 1980
- Greben SE, Ruskin R: Introduction: significant aspects of the supervisor-supervisee relationship and interaction. In Greben SE, Ruskin R, editors: *Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision*, Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 1-10, 1994
- Greenberg L: Supervision from the perspective of the supervisee. In Hess AK, editor: *Psychotherapy Supervision: Theory, Research, and Practice*, New York, Wiley, 1980
- Hantoot MS: Lying in psychotherapy supervision. *Acad Psychiatry* 24:179-187, 2000
- Issacharoff A: Countertransference in supervision: therapeutic consequences for the supervisee. In Caligor L, Bromberg PM, Meltzer JD, editors: *Clinical Perspectives on the Supervision of Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Plenum, 1984
- Lomax J, Andrews LB, Burruss JW, *Psychotherapy supervision*, in *Concise Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard G, Beck J, Holmes JA. Oxford, UK, Oxford Press, 2005
- Waldinger RJ: Boundary crossings and boundary violations: thoughts on navigating a slippery slope. *Harv Rev Psychiatry* 2:225-227, 1994
- Wallace E, Alonso A: Privacy vs. disclosure in psychotherapy supervision. In Greben SE, Ruskin R, editors: *Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision*, Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 211-230, 1994

CHAPITRE 11

Évaluation des compétences fondamentales en psychothérapie psychodynamique

L'évaluation des psychothérapeutes a toujours été un défi. Par essence, la psychothérapie est une prise en charge nécessitant une forme d'intimité. Comme cela est décrit dans le chapitre 10 (« Utilisation de la supervision »), l'introduction de dispositifs d'enregistrement ou un observateur en tant que tierce personne modifient le cadre fondamental de sorte que le thérapeute et le patient se comportent de manière différente qu'en privé. De même, quand on s'appuie sur les notes pour rapporter ce qui se passe dans les séances de psychothérapie, le thérapeute peut présenter une version de l'entretien comportant des éléments fictifs, beaucoup d'entre eux le présentant sous un jour plus favorable.

Il n'est pas nécessaire d'être un expert pour être compétent – uniquement « adéquat ». Les thérapeutes reconnus et réputés se considèrent habituellement comme des étudiants à vie, toujours en train d'apprendre pour améliorer leurs compétences et aptitudes, la notion d'aptitude renvoyant à des attentes modestes. Une vraie expertise dans leur domaine reste toujours impalpable et fuyante même pour les thérapeutes expérimentés. La plupart d'entre nous s'efforcent de gagner en compétence tout en gérant les mauvaises interprétations dans la communication avec le patient, des échecs dans l'empathie ou des mises en acte du contre-transfert. Le mieux que nous puissions faire est de surveiller en permanence ces imperfections et de s'atteler à la réparation des préjudices portés à l'alliance thérapeutique. Pour paraphraser l'idée de Winnicott concernant les attentes face au maternage, nous espérons être des thérapeutes « suffisamment bons ».

Dans ce contexte, les internes en psychiatrie et autres stagiaires dans les professions de la santé mentale doivent être évalués selon leur niveau de formation et leur expérience. Les compétences pourraient être évaluées en fonction d'un niveau d'exigences minimal établi par les directeurs de formation ou les superviseurs, niveau fondé sur une attente raisonnable d'une personne diplômée d'un programme d'apprentissage. À cet égard, le stagiaire diplômé devrait être capable de conduire une psychothérapie avec des patients en exprimant le besoin, mais on attend de lui qu'il enrichisse ses connaissances et ses compétences en poursuivant sa pratique, une supervision et une formation continue.

Le Psychiatry Residency Review Committee (Comité de supervision de l'enseignement pour les internes en psychiatrie) suggère que les compétences en psychothérapie peuvent être subdivisées en trois domaines : connaissances, compétences et attitudes. L'American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (Association américaine des directeurs de formation des internes en psychiatrie) a mis en place un groupe de travail sur la compétence, sous la direction d'Eugene Beresin et de Lisa Mellman. Ce groupe a travaillé sur les divers outils d'évaluation dans ces domaines. D'autres formateurs ont également développé des outils d'évaluation pour les compétences (Bienenfeld et al., 2000 ; Beitman et Yue, 1999 ; Weerasekera, 2003). Ces contributions sont toutes des recherches en cours alors que le champ d'étude est aux prises avec le fossé entre l'idéal et la pratique. Le travail de ces collègues et de nombreuses conversations avec d'autres sont à la base de mes recommandations concernant les connaissances, les compétences et savoir-faire et les attitudes indispensables à la qualification en psychothérapie psychodynamique. Les critères que je propose proviennent directement des éléments exposés dans les chapitres précédents de cet ouvrage.

Les domaines d'aptitudes de la psychothérapie

Connaissances

À la fin d'une formation en psychothérapie psychodynamique, un stagiaire devrait avoir acquis une compréhension fondamentale des informations suivantes :

- les théories psychodynamiques fondamentales du développement et leurs implications dans la pratique clinique ;
- le fonctionnement mental inconscient et ses liens avec les neurosciences modernes et la pratique en psychothérapie ;
- le transfert, les résistances et le contre-transfert ;
- la pertinence de l'indication d'une psychothérapie psychodynamique pour un patient ;
- les composantes fondamentales de la personnalité ;

- la hiérarchisation des mécanismes de défense ;
- la différence entre les niveaux d'organisation du Moi névrotique et borderline ;
- la mentalisation/la fonction réflexive ;
- les troubles mentaux et les caractéristiques du patient permettant de poser une indication pour une psychothérapie psychodynamique ;
- les troubles mentaux et les caractéristiques du patient contre-indiquant une psychothérapie psychodynamique ;
- les caractéristiques des limites professionnelles établissant le cadre thérapeutique ;
- le continuum interventionnisme/soutien des interventions ;
- les différents objectifs de la psychothérapie psychodynamique ;
- les modes d'action thérapeutique de la psychothérapie psychodynamique ;
- les diverses formes de résistance rencontrées dans la psychothérapie et leurs manifestations ;
- les mécanismes fondamentaux de transformation dans les rêves ;
- les principes des techniques thérapeutiques dans le travail sur les rêves ;
- les fonctions psychologiques du fantasme ;
- le mécanisme de perlaboration au cours de la psychothérapie psychodynamique ;
- le phénomène d'impasse et la réaction thérapeutique négative ;
- les différentes formes de fin de prise en charge et la manière de les gérer ;
- savoir quand adresser un patient à un autre thérapeute.

Compétences et savoir-faire

Au terme d'un programme de formation s'intéressant à l'expérience clinique en psychothérapie psychodynamique, le stagiaire devrait avoir acquis les compétences suivantes :

- l'aptitude à écouter de manière empathique le discours du patient ;
- la capacité d'établir une alliance thérapeutique engageant la collaboration du patient dans la compréhension des symptômes et des problèmes ;
- l'aptitude à prendre en compte les observations de la communication non verbale du patient dans l'évaluation et la thérapie ;
- l'identification des mécanismes de défense ;
- l'aptitude à évaluer la pertinence de l'indication d'une psychothérapie psychodynamique pour un patient ;
- la compétence suffisante pour rédiger une formulation psychodynamique dans le cadre du modèle biopsychosocial ;
- la capacité d'établir et de maintenir des limites professionnelles avec une souplesse appropriée quand cela est nécessaire ;

- l'aptitude à formuler et livrer des interprétations permettant au patient une prise de conscience ;
- l'identification à la fois du transfert et du contre-transfert quand ils se manifestent dans la psychothérapie ;
- la capacité d'élaborer des objectifs thérapeutiques appropriés avec le patient ;
- l'aptitude à identifier, interpréter et faire face aux résistances ;
- la capacité de travailler avec le patient sur la compréhension des rêves ;
- l'aptitude à identifier et travailler sur les fantasmes ;
- la compétence thérapeutique permettant de passer d'une immersion empathique dans le point de vue du patient à la perspective d'observateur extérieur ;
- la capacité d'utiliser le contre-transfert pour améliorer la compréhension du patient et de la prise en charge thérapeutique ;
- l'aptitude à gérer le processus de fin de prise en charge.

Attitudes

Évaluer les attitudes est un défi tout particulier. Cependant, un ensemble d'attitudes spécifiques est extrêmement déterminant dans la définition du rôle professionnel du psychothérapeute. Elles incluent les suivantes :

- l'empathie et la compassion ;
- la fermeté dans l'établissement des limites et le respect du cadre thérapeutique ;
- la curiosité envers l'expérience interne du patient et sa vie fantasmatique ;
- de la retenue dans le jugement sur les pensées du patient, ses sentiments et son comportement ;
- l'honnêteté et l'ouverture dans la supervision ;
- la sensibilité à la question du genre sexuel ;
- l'ouverture d'esprit quant à l'orientation sexuelle du patient et ses pratiques sexuelles ;
- la sensibilité aux questions interculturelles ;
- la persévérance dans la recherche de compréhension, même face à une multitude de résistances ;
- l'engagement éthique à placer les besoins du patient avant les siens ;
- la sensibilité aux sentiments dans le contre-transfert suscités par le patient.

Expérience optimale

Pour améliorer ses connaissances, ses compétences et ses attitudes indispensables pour être qualifié, un thérapeute débutant a besoin de

beaucoup plus qu'un ouvrage théorique. Il n'y a aucun substitut au fait d'être face à des patients au fil du temps et d'appliquer ce que l'on a appris. La quantité optimale d'expérience est difficile à définir, car certains débutants apprennent rapidement ou de manière « naturelle », alors que d'autres suivent une courbe différente d'apprentissage. Néanmoins, l'expérimentation de la psychothérapie doit commencer assez rapidement dans le programme de formation pour l'étudiant, afin qu'un véritable processus sur le long terme puisse se développer.

Les programmes de formation des spécialistes continuent de chercher la meilleure manière de procurer suffisamment d'expérience clinique aux internes, leur permettant de développer leurs compétences en psychothérapie psychodynamique. Beaucoup d'exigences de la formation des internes empiètent sur le temps pouvant être consacré à l'acquisition des compétences en psychothérapie, particulièrement celles qui nécessitent du temps pour être développées. Beaucoup de programmes font appel à une pratique intensive de la thérapie psychodynamique débutant progressivement au cours de la deuxième année d'enseignement de spécialité, chaque programme permettant l'acquisition de plus ou moins d'expérience en fonction de l'expertise du corps enseignant et de la disponibilité de patients. Par exemple, en deuxième année d'enseignement de spécialité, un interne peut s'attendre à commencer avec deux patients en psychothérapie psychodynamique individuelle. Deux heures de supervision hebdomadaire durant chaque année de formation sont requises par le Psychiatry Residency Review Committee.

Au moins un patient ou plus seront suivis en psychothérapie psychodynamique en troisième année d'enseignement de spécialité. On peut espérer que les patients ayant commencé leur prise en charge en deuxième année puissent poursuivre durant les troisième et quatrième années afin que les internes puissent se confronter aux nombreux défis se présentant plus tard dans la thérapie. Cependant, certains patients ne sont pas intéressés à continuer au-delà d'un certain point et les internes doivent accepter cet état de fait comme inévitable. L'interne en troisième année de spécialité bénéficiera de rencontres hebdomadaires avec deux superviseurs pendant cette période. Il est intéressant d'y associer en plus une expérience avec les enfants, les adolescents et les familles durant la troisième année. Travailler avec les enfants et les adolescents est un excellent moyen d'apprendre les questions du développement pour les psychothérapeutes qui travailleront finalement avec des adultes.

En quatrième année d'enseignement de spécialité, où de nombreuses options sont possibles, les internes intéressés par la psychothérapie peuvent recevoir d'autres patients en thérapie psychodynamique pendant qu'ils se forment à d'autres techniques. L'expérience en thérapie psychodynamique est optimale lorsqu'on suit des patients des deux sexes. Des transferts et contre-transferts différents vont émerger en fonction

de la constellation des genres sexuels du thérapeute et du patient, et il est idéal de se confronter à ces défis avec l'aide d'un superviseur quand l'on est en formation.

Les outils d'évaluation

Les connaissances, les savoir-faire et les attitudes par lesquelles les compétences fondamentales sont évaluées requièrent différents outils d'évaluation, en fonction du type d'information que l'évaluateur recherche. Certains facteurs sont plus faciles à évaluer avec un outil qu'avec un autre. On trouve différentes méthodes d'évaluation pouvant être utilisées, et chacune présente des avantages et des inconvénients pour un champ particulier de compétences.

Rédaction de cas cliniques

Le rapport détaillé d'un cas clinique peut révéler beaucoup sur les connaissances qu'un stagiaire a acquises. Les lecteurs du rapport peuvent évaluer si le stagiaire a assimilé les théories fondamentales du développement et sait comment les appliquer dans les situations cliniques. La compréhension des concepts psychodynamiques fondamentaux, comme le transfert ou les résistances, peut être également perçue dans les rapports de cas cliniques, particulièrement quand ces cas présentent du matériel provenant des séances d'une psychothérapie en cours. Les attitudes requises pour être compétent sont plus difficiles à évaluer dans un cas clinique rédigé, mais on peut glaner dans le matériel écrit des informations décrivant la sensibilité du stagiaire aux différences culturelles et des sexes et s'il est fondamentalement intéressé par le patient. Certaines compétences, comme la capacité de rédiger une formulation psychodynamique dans un cadre biopsychosocial, se prêtent facilement à l'évaluation dans un cas clinique rédigé. D'autres aptitudes sont plus difficiles à évaluer dans le matériel écrit, comme la façon dont le stagiaire établit une alliance thérapeutique ou à quel moment il fait des interventions thérapeutiques.

Présentation orale de cas cliniques

On peut apprendre beaucoup des connaissances, des compétences et des attitudes d'un stagiaire dans la manière dont il présente son matériel clinique à des présentations orales de cas. Comme la plupart des présentations se fondent sur un rapport écrit, tous les critères de compétences que l'on évalue dans un cas clinique rédigé peuvent être également évalués au cours d'une présentation orale d'un cas clinique. De plus, des informations complémentaires sur le savoir-faire et les attitudes du stagiaire sont souvent vérifiées dans la manière dont il présente le

cas et dont il répond aux questions de ses collègues. Par exemple, la capacité de maintenir une attitude sans jugement est facilement observable dans la façon dont le thérapeute parle de son patient. De la même façon, la sensibilité aux sentiments contre-transférentiels suscités par le patient est plus facile à évaluer quand le thérapeute parle de la manière dont il se sent face au patient. Ces caractéristiques d'un cas clinique sont souvent censurées ou fortement remaniées dans les cas rédigés. Une des distinctions les plus importantes entre un cas rédigé et une présentation orale de cas réside dans l'échange avec les formateurs et les autres étudiants. Quand l'acquisition d'un champ de compétences est discutable, les questions par les professeurs et les étudiants peuvent mettre en lumière la connaissance du stagiaire dans ce domaine.

Examens écrits

Bien que les universités et les étudiants considèrent tous deux souvent les examens écrits comme une charge de travail importante, ceux-ci présentent l'avantage de permettre une comparaison avec les autres programmes de formation en terme d'acquisition des connaissances fondamentales. Presque toutes les notions faisant appel aux connaissances peuvent être évaluées avec des questionnaires à choix multiples. De plus, si des cas cliniques détaillés sont fournis, certaines compétences comme l'identification de mécanismes de défense peuvent être testées. Les attitudes sont très difficiles à évaluer dans un examen écrit, et beaucoup d'aptitudes ne peuvent pas non plus être testées correctement dans un examen écrit.

Examens oraux

Bien que les examens oraux soient souvent perçus comme une infantilisation dans le cadre de formations postuniversitaires, ils peuvent être utiles pour évaluer les connaissances de base du stagiaire tout comme certaines compétences. Si l'examen oral se fonde sur le matériel provenant d'un patient, un évaluateur peut déterminer si le stagiaire est capable d'élaborer une formulation fondée sur l'histoire et l'examen psychiatrique du patient. Les examens oraux offrent aussi l'opportunité à l'examineur de sonder les domaines dans lesquels les connaissances fondamentales et les compétences sont incertaines. Cependant, l'un des inconvénients de la méthode d'examen oral est que beaucoup de stagiaires développent une forme d'anxiété pouvant donner l'impression qu'ils ont beaucoup moins de connaissances et compétences que dans la réalité.

Enregistrements vidéo et observation directe

L'enregistrement vidéo comme l'observation directe des séances de psychothérapie présentent le grand avantage de permettre l'évaluation de

l'interaction réelle du thérapeute débutant avec le patient. Un évaluateur peut obtenir beaucoup d'informations sur les compétences en lien avec les attitudes. La capacité du thérapeute d'établir un lien et de forger une alliance thérapeutique est plus facile à observer à partir de ces données. De plus, les membres du corps professoral faisant l'évaluation peuvent observer directement la communication non verbale du patient, ce qui est très utile pour déterminer si le thérapeute est à même d'identifier et d'utiliser ce genre de communication. De plus, après que la séance a été observée, directement ou sur une vidéo, l'examineur peut poser des questions spécifiques en lien avec ce qui s'est réellement passé dans la séance. De cette manière, les trois domaines – connaissances, compétences et attitudes – peuvent être évalués dans le même temps.

Comme cela est décrit dans le chapitre 10 (« Utilisation de la supervision »), on note parmi les inconvénients majeurs de cette approche l'intrusion dans l'intimité de la dyade thérapeutique et le risque que les patients aient l'impression que la confidentialité est violée dans ces circonstances. Que les patients soient vraiment libres de donner leur consentement éclairé dans de telles situations est discutable, car le pouvoir du transfert est tel qu'il peut leur être difficile de dire non. Les patients peuvent être convaincus que le thérapeute sera en colère contre eux s'ils ne donnent pas leur accord. Même si la plupart des observations directes se font derrière un miroir sans tain, les patients peuvent tout de même être perturbés par la présence d'un observateur invisible. De plus, les patients peuvent attentivement filtrer ce qu'ils disent, sachant que quelqu'un d'autre les écoute et les regarde. Les thérapeutes peuvent de manière identique être sur leurs gardes et peuvent donner une version assez différente de ce qu'ils font dans leur pratique habituelle.

Enregistrements audio

L'enregistrement audio des séances de psychothérapie présente à peu près les mêmes avantages et inconvénients que l'enregistrement vidéo. Le manque d'informations non verbales est un inconvénient, bien que l'enregistrement des tons de voix, des pauses, et de l'échange verbal complet de la séance soit très utile. L'utilisation d'un enregistrement audio est un bon moyen d'évaluer la plupart des compétences et des attitudes d'un thérapeute débutant. Cependant, comme avec l'enregistrement vidéo et l'observation directe, il y a une intrusion dans le champ de la thérapie pouvant être hautement problématique.

Supervision

La méthode d'évaluation des compétences la plus utilisée est de loin la supervision. Cette approche a le grand avantage de permettre une

TABLEAU 11.1. Avantages et inconvénients des méthodes d'évaluation

Outils d'évaluation	Connaissances	Compétences	Attitudes
Rédaction de cas cliniques	++	±	-
Présentation orale de cas cliniques	++	+	±
Examens écrits	+++	±	-
Examens oraux	+++	±	-
Enregistrements vidéo ou observation directe	+	++	++
Enregistrements audio	+	++	+
Supervision (sur une longue période)	+++	++	++

+ = utile ; ++ = très utile ; +++ = extrêmement utile ; ± = d'utilité variable ; - = pas vraiment utile.

évaluation longitudinale au fil du temps. Les membres du corps professoral jouant le rôle de superviseurs apprennent à connaître en profondeur les forces et les faiblesses de leur supervisé au cours de leurs rencontres hebdomadaires sur une période de plusieurs mois. Que le superviseur utilise les notes prises dans les entretiens, les enregistrements audio ou vidéo du supervisé, les connaissances du thérapeute, ses aptitudes, compétences et attitudes deviennent évidentes au cours du temps. Le superviseur peut également faire de l'évaluation une démarche progressive, évolutive et collaborative dans laquelle le supervisé et lui évaluent constamment les domaines nécessitant une amélioration. De plus, comme cela a été discuté dans le chapitre 10 (« Utilisation de la supervision »), le superviseur a souvent un premier sentiment spontané du contre-transfert du thérapeute dans la manière dont celui-ci présente le patient en supervision. Les exercices de jeux de rôles peuvent également améliorer la capacité du superviseur d'évaluer le degré d'empathie du thérapeute à l'égard du patient. À la fin d'une période de 6 ou 12 mois, les superviseurs peuvent se référer à une liste de connaissances, de compétences et d'attitudes déterminant l'aptitude à la psychothérapie, et ils peuvent évaluer quels domaines sont satisfaits et ceux nécessitant d'être davantage travaillés.

Le tableau 11.1 résume les avantages et les inconvénients des divers outils d'évaluation.

Résumé

L'évaluation des compétences dans la psychothérapie psychodynamique est une tâche complexe. La notion d'aptitude fait référence à des attentes modestes : que le stagiaire maîtrise les fondements de la méthode de manière adéquate qui le prépare à sa pratique après l'internat. L'évaluation de l'aptitude doit être adaptée au niveau de formation et d'expérience. Un ensemble de critères dans les rubriques des connaissances, des compétences et des attitudes peut être répertorié et évalué par un certain nombre d'outils différents. Parmi les méthodes d'évaluation, on trouve : 1) la rédaction de cas cliniques ; 2) les présentations orales de cas ; 3) les examens écrits ; 4) les examens oraux ; 5) les enregistrements vidéo ou l'observation directe ; 6) les enregistrements audio ; 7) la supervision. Certaines de ces méthodes sont plus adaptées pour l'évaluation des connaissances, alors que d'autres sont meilleures pour l'évaluation des compétences et des attitudes. La supervision est la méthode principale d'évaluation car elle fournit une perspective longitudinale des performances du stagiaire en tant que thérapeute.

Références

- Beitman BD, Yue D: Learning Psychotherapy. New York, WW Norton, 1999
- Bienenfeld D, Klykylo W, Knapp V: Process and product: development of competency-based measures for psychiatric residency. *Acad Psychiatry* 24:68-76, 2000
- New Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles, Vol 1. Edited by Brown L. Oxford, UK, Clarendon Press, 1993.
- Weerasekera P: Competency-based psychotherapy training: can we get there? Paper presented at the annual meeting of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training. San Juan, Puerto Rico, 2003

INDEX

- A**
- Abréaction cathartique 4
 - Abstinence, principe de l' 63, 76
 - Accolades, patients et 53, 173
 - Acting in 103–105, 108, 118, 142
 - Acting out 103–105, 118
 - Action thérapeutique
 - aspects provenant de la relation thérapeute–patient 92
 - buts 80
 - cibles de l' 89
 - contributions des neurosciences 86
 - difficulté de détermination de l' 79
 - modèle intégré d' 86
 - modes multiples d' 85
 - pour une pathologie introjective versus anaclitique 85, 86
 - stratégies secondaires 94
 - techniques favorisant le changement dans la thérapie 90, 94
 - Activité mentale 88
 - consciente
 - cible de l'action thérapeutique 88, 89
 - états affectifs 89
 - inconsciente 5
 - cible de l'action thérapeutique 88, 89
 - Affirmation 97
 - Agressivité 4
 - Ajustement
 - entre les parents et l'enfant 7
 - entre un patient et un thérapeute, *voir* compatibilité entre un patient et un thérapeute
 - Alcool, abus d' 35, 37
 - Alcooliques Anonymes 38, 39
 - Alimentaire, troubles du comportement 34
 - Alliance thérapeutique 45, 57, 59, 71, 72, 76, 161
 - Altruisme 27
 - Anaclitique, patient 86
 - Annulation 26
 - Anonymat 62, 76
 - Anorexie mentale 34
 - Anticipation 27
 - Antidépresseurs 35, 39
 - Antisociale, personnalité 35
 - Anxiété généralisée, trouble de l' 34
 - Anxiété, signal d' 5
 - Apprentissage, problèmes d' 15
 - Arrêt unilatéral de la prise en charge 174
 - Ascétisme 27
 - Association libre 94, 102
 - favorisant la prise de conscience 90
 - Associations
 - changement des 86
 - réseaux d' 86
 - Attachement, théorie de l' 2, 8, 9, 16
 - Attitudes du thérapeute 61, 196
 - Audio, enregistrement, des séances
 - pour évaluer les compétences d'un thérapeute 200
 - supervision et 178
 - Auto-dénigrement 89
 - Automutilation 172
- B**
- Biopsychosocial, modèle 33, 36, 38, 39
 - Bipolaire, trouble de la personnalité 35
 - Borderline, mode d'organisation de la personnalité 29, 31, 40, 160
 - Borderline, trouble de la personnalité 34, 153
 - fin de la prise en charge chez un patient atteint de 171
 - mécanismes de défense associés au 28, 31
 - Bowlby, John 8
- C**
- Ça 4
 - Cadeaux 57, 66
 - à la fin de la prise en charge 173
 - Cas cliniques
 - présentation orale de, pour évaluer les compétences d'un thérapeute 198

- rédaction de, pour évaluer les
 compétences d'un thérapeute 198
 Castration, angoisse de 7
 Clarification 64, 70
 Clivage 25, 28, 31
 Colère, patient en 152
 Commentaire sur le pas de la porte 109,
 110, 118
 Compatibilité entre un patient et un
 thérapeute 44, 141
 Compétences fondamentales en
 psychothérapie psychodynamique
 193
 domaines de 194
 outils d'évaluation des 198
 Compliments 64, 72
 Condensation, dans les rêves 122
 Confidentialité 48, 51, 55, 58
 frein à la supervision 190
 Conflictuel central de la relation, thème 132
 Conflit
 inconscient 5
 intrapSYCHIQUE 8, 28
 névrotique 5
 résolution de 81
 Confrontation 64, 70
 aux comportements d'acting out/acting
 in 105
 aux croyances dysfonctionnelles 95
 dévoilement de soi comme moyen de 145
 Connaissance de soi 81
 Connaissances du thérapeute 194
 Conscience morale 4
 Conseils 64, 72
 Constellation des sexes et transfert 73, 77
 Constructiviste, modèle, du transfert 10
 Contact physique avec le patient 53, 173
 Contact visuel 50
 Contre-transfert 135
 complémentaire 140
 concordant 140
 constellation des sexes et 74
 désir de soigner et 166
 diversité du 147
 entretien psychodynamique et 23
 érotique 150
 évaluation de la fin de la prise en
 charge et 169
 franchissement et violations des limites
 et 51, 52
 gestion du 142
 identification projective et mise en acte
 du 137
 impasse et 162
 incapacitant 152
 patient adressé par un confrère et 44
 pour nourrir la compréhension et
 l'interprétation 143
 supervision et 184
 tolérance du 142
 utilisation judicieuse des révélations
 d'informations personnelles 145
 vision freudienne du 11, 136
 Coping, mode de 89, 101
- D**
- Date, fixer une, comme stratégie
 thérapeutique 174
 Défense, mécanismes de, voir Mécanismes
 de défense
 Déné 25
 Dépendante, trouble de la personnalité 34
 Déplacement 26, 31
 dans les rêves 122
 Dépressif, patient 35, 37, 89
 Déterminisme psychique 12
 Dévalorisation 31
 Développement, point de vue 6
 ajustement entre les parents et l'enfant 7
 développement psychologique de la
 fille 7
 développement psychologique du
 garçon 7
 mentalisation 30
 psychologie de l'égo 8, 9
 psychologie du self 8, 9
 théorie de l'attachement 8, 9
 théorie des relations d'objet 8, 9
 Diagnostic descriptif 22, 33
 Dialogue thérapeutique, production de
 sens dans le 82
 Dissociation 25
 Drogue, abus de 35, 37
 Durée de la psychothérapie 2
 Dysthymique, trouble 35
- E**
- Ego, psychologie de l', voir Psychologie
 de l'égo
 Élaboration secondaire, dans les rêves 123
 Empreinte sexuelle 130
 Encouragement à l'élaboration 64, 71
 Ennui du thérapeute 149
 Enthousiasme thérapeutique à outrance
 166
 Entretien psychodynamique 21, 40
 communications non verbales 22
 évaluation de la personnalité 23

- mécanismes de défense 24, 25
 patient et thérapeute en tant que
 collaborateurs 22
 transfert et contre-transfert et 23
- Équilibre intrapsychique 11
- Érotisation 26
- Espace analytique 144
- Étayantes, interventions 71
- Évaluation du patient 21, 39
 entretien psychodynamique, *voir*
 Entretien
- Évitante, trouble de la personnalité 34
- Examen
 d'imagerie 33
 de laboratoire 33
 médical 33
 pour évaluer les compétences d'un
 thérapeute 199
 pour évaluer les compétences d'un
 thérapeute
 écrit 199
 oral 199
- Expérience optimale du thérapeute
 débutant 196
- Exposition 96
- F
- Facilitatrices, techniques 97
- Fairbairn, William R.D. 8
- Fantasme
 approches thérapeutiques du 132
 de sauveur du thérapeute 147
 érotique 130
 idéal 129
 inconscient 128
 irréaliste 159
 résistance et 132
 réticence du patient à en parler 132
 rêves diurnes et rêveries 127
 schizoïde 26
 sexuel 130
 sur l'impact du suicide 133
 thème conflictuel central de la relation 132
- Fille, développement psychologique 7
- Fin de la prise en charge
 arrêté unilatéral 174
 évaluer si le patient est prêt à la 168
 fixer une date de, comme stratégie
 thérapeutique 174
 mythe autour de la 167
 naturelle 157
 question des limites et 173
 thérapie à perpétuité 168
 travail de 170
- variété des modes de 167, 168
- Formation réactionnelle 26, 29, 31
- Formulation psychodynamique 35
- Fréquence de la psychothérapie 68
- Freud, Sigmund 2-4, 7, 10, 23, 46,
 61, 94, 96, 101-103, 116, 117,
 121-123, 136, 157, 164
- Fuite dans l'illusion de la guérison 114
- G
- Garçon, développement psychologique 7
- Genre, question du, *voir* Constellation
 des sexes
 stéréotypes 74
- H
- Histrionique, trouble de la personnalité 34
- Honoraires 55
 pour une séance manquée 117
- Humour 27
- Hystérique, trouble de la personnalité 34
- I
- Idéalisation 25, 31
- Identification 26
- Identification projective 10, 11, 25, 28,
 31, 137-139
- Impasse dans la perlaboration 162
- Impulsivité 32, 162
- Inconscient, fonctionnement mental 3
 conflit et 5
 modèle de Freud 4
- Intellectualisation 26, 29, 31
- Interaction répétitive, structure d' 86
- Intériorisation des fonctions et attitudes
 du thérapeute 92, 93
- Interprétation
 de la résistance 68
 des réactions des patients à la fin de la
 prise en charge 173
 des rêves 123
 des situations extratransférentielles 68
 du transfert 65, 91
 espace analytique pour l' 144
 exemple d'une 64
 favorisant la prise de conscience 90
 mécanismes de l'action thérapeutique
 79, 80
 suggestion et 94
 utilisation du contre-transfert pour
 l' 143
- Interruption d'une séance de
 psychothérapie 54

- Interventions du thérapeute
 constellation des sexes et transfert 73, 77
 continuum interventionnisme–soutien 64, 76
 étayantes 71
 interprétation 64
 non interprétatives
 clarification 64, 70
 confrontation 64, 70
 conseils et compliments 64, 72
 encouragement à l'élaboration 64, 71
 observation 64, 69
 validation empathique 64, 71
 validation empathique souplesse dans les 85
- Introjection 26, 86
 Introspection 88
 Isolation de l'affect 26, 29
- J**
 Jeu 30
 Jugement 32
- K**
 Klein, Melanie 8
 Kohut, Heinz 8, 71, 81, 97, 105, 136
- L**
 Libidinales, zones 7
 Limites et cadre 51
 contact physique 53
 éviter les interruptions durant l'entretien 54
 fin de la prise en charge et 173
 flexibles 52
 franchissement et violations 52, 53
 supervision et 182, 187
 Limites, établissement de 76, 152, 175
- M**
 Mécanismes de défense 4
 composantes de la personnalité 23
 évaluation des 24
 hiérarchisation des 25, 28
 mémoire procédurale implicite et 6
 Moi de la personne qui rêve et 122
 patients anaclitiques 86
 patients introjectifs 86
 résistance et 101
- Mémoire
 déclarative 5, 6
 explicite 5, 6
 implicite 5, 6
- procédurale 5, 6, 22, 23, 30, 91
- Mentalisation 29
 attachement rassurant et 30
 définition 30
 développement et 30
 promouvoir la 160
- Modèle structurel 4
- Moi
 idéal 4
- N**
 Narcissique, trouble de la personnalité 34, 149
- Neurosciences
 contributions pour la compréhension de l'action thérapeutique 86
 recherches sur les 121
- Neutralité 61, 76
- Névrotique, conflit 5
- Névrotique, mode d'organisation de la personnalité 29, 31, 40
- Non-jugement, attitude de 62
- Notes, prise de, *voir* Prise de notes
- O**
 Objectifs de la psychothérapie 45, 79
 fonctionnement réflexif renforcé 82
 patient versus thérapeute 83
 production de sens dans le dialogue thérapeutique 82
 recherche de la vérité 81
 capacité renforcée de trouver des selfobjects appropriés 81
 relations approfondies 81
 résolution de conflit 81
- Observation 64, 69
 des séances pour évaluer les compétences d'un thérapeute 199
 favoriser la prise de conscience par l' 91, 94
- Obsessionnelle-compulsive, trouble de la personnalité 34, 112
 mécanismes de défense 28
- Œdipienne, phase de développement 7
- P**
 Panique, trouble 34, 96
 Paranoïaque, personnalité 28
 Passage à l'acte 25
- Patient
 adressé par un confrère 43
 attirance sexuelle du thérapeute pour un 146, 147, 150
 cadeau de la part d'un 57, 66, 173

- collaboration avec le thérapeute lors de l'entretien psychodynamique 22
commentaire sur le pas de la porte 109, 110, 118
contact physique avec le 53, 173
créer un lien avec le 44
évaluation du 21, 39
interaction avec le thérapeute 2
intériorisation des fonctions et attitudes du thérapeute 92, 93
mode de coping 89, 101
objectifs du 83
premières séances avec le 44
réaction thérapeutique négative du 164
réactions de transfert du 10
résistance du 11, 101
réticence à entrer dans la thérapie 45
satisfaction du 1
subjectivité unique du 13
- Pénis, envie du 7
- Perception, mentalisation et 30
- Perlaboration
concept de Freud 157
des relations 158
des résistances 157
impasse dans la 162
promouvoir la mentalisation 160
relation thérapeute-patient et 159
- Personnalité 7
antisociale 35
composantes 23
évaluation de la, durant l'entretien psychodynamique 23
indication d'une psychothérapie psychodynamique 34
mécanismes de défense 24
niveau d'organisation de la 29, 31
tempérament et 6, 23
- Personnalité, troubles de la
acting out et 104
- Peur de la peur 96
- Phase d'essai de psychothérapie psychodynamique 46
- Phobie sociale 34
- Phobique, patient 96
- Pratiques, considérations
accueil du patient dans la salle d'attente 48
alliance thérapeutique 45
arrangement des sièges 50
répondre aux questions personnelles 48
- Préconscient 3
- Prise de conscience
favoriser la 90
triangle de la 158
- Prise de décision consciente 95
- Prise de notes 55, 59, 178
- Processus parallèle 184
- Projection 25
- Psychologie
de l'ego 8, 9, 16, 81, 142
du self 2, 8-10, 16
expérimentale 5
- Psychothérapie brève, approches de la 34
recherches sur les 14
- Psychothérapie psychodynamique 48
buts de la 80, 98, *voir* aussi objectifs de la psychothérapie
concepts clés 1, 3
considérations pratiques, *voir* Pratiques contre-indications 35
contre-transfert dans la 135
début de la 43
définition 2
difficulté à déterminer le fonctionnement de l'action thérapeutique 80
dissipation des mythes 46
durée des séances 2
évaluation des compétences fondamentales en 193
fin de la, *voir* fin de la prise en charge
fréquence des séances 68
Freud, Sigmund 3
idées fausses 1
indications 34
modèles conceptuels 2, 16
non directive 95
perlaboration et 157
prises en charge limitées dans le temps 2
prises en charge non limitées dans le temps 3
recherche sur la 13
supervision et 177
travailler avec les résistances en 101
utilisation des rêves et des fantasmes en 121
- R**
- Rationalisation 26
- Réaction thérapeutique négative 164
- Réalité, analyse de la 32
- Recherche, données de la 13
- Réflexive, fonction 29
définition 30
niveau d'organisation de la personnalité et 31

- renforcée 82
 - Refoulement 26, 31
 - Régression 26
 - Relation d'objet interne, théorie de la 7, 8, 9, 12, 81
 - Relations interpersonnelles 23
 - Relations sexuelles avec un patient 54
 - Rendez-vous manqué 115
 - faire payer un 117
 - fin de la thérapie et 175
 - téléphoner au patient après un 117, 175
 - Représentation 87, 97
 - d'objet 86
 - symbolique dans les rêves 122
 - Réserve du thérapeute 63, 76
 - Résidu diurne 123, 125
 - Résistance 11
 - à l'interprétation des rêves 123
 - à la prise de conscience du transfert 108
 - à parler d'un fantasme 132
 - acting out/acting in et 103
 - concept de Kohut 105
 - de caractère 111
 - fuite dans l'illusion de la guérison en tant que 114
 - interprétation 68
 - mécanismes de défense et 101
 - perlaboration 157
 - retard et rendez-vous manqué en tant que 115
 - transfert et 12, 102, 103
 - Résolution de problèmes, méthodes de 95
 - Retard 115
 - Réticence à entrer dans la thérapie 45
 - Révélation d'informations personnelles sur soi, *voir* Thérapeute dévoilement de soi
 - Rêveries 127
 - Rêves
 - compréhension des 121
 - contenu latent 122
 - contenu manifeste 122
 - diurnes 127
 - mécanismes de défense utilisés dans les 122
 - recherches en neurosciences sur les 121
 - résidu diurne et 123, 125
 - résistance à la 123
 - technique d'interprétation des 123
 - version déguisée d'un désir 121
 - Rumination 88
- S**
- Salle d'attente, accueil du patient dans la 48
 - Sauveur, fantasme de, du thérapeute 147
 - contre-transfert érotique et 151
 - Schizoïde, patient 28
 - Schizophrène, patient 15, 35
 - Self 2
 - faux 13, 81, 84
 - psychologie du, *voir* Psychologie du Self vrai 13, 81
 - Selfobject, fonctions 8, 81
 - Sexes, constellation des, *voir* Constellation des sexes
 - Sexualité 4
 - Sexuelle, attirance, pour un patient 146, 147, 150
 - Sièges, arrangement des 50
 - Silence 102
 - Situation étrange 9
 - Somatisation 25
 - Sommeil
 - à mouvement oculaire rapide, *voir* Sommeil paradoxal
 - paradoxal 121
 - Somnolence
 - du superviseur 187
 - du thérapeute 149
 - Stern, Daniel 8
 - Stress post-traumatique 34
 - Sublimation 27
 - Suggestion 94
 - Suicide
 - appel après une séance manquée 117, 175
 - fantasme de 133
 - fantasme de sauveur du thérapeute et 147
 - Superviseur
 - absence de limites chez un 187
 - autoritaire 188
 - bavard 186
 - somnolent 187
 - Supervision 177
 - alliance dans la 180
 - contre-transfert et 184
 - difficultés courantes dans la 186
 - du stagiaire et du professionnel 189
 - enregistrement audio et 178
 - enregistrement vidéo et 178
 - notes prises au cours des séances et 178
 - pour évaluer les compétences d'un thérapeute 200

- question des limites et 182
 Suppression 27
 Surmoi 4
 des personnes névrotiques 31
 phase œdipienne de développement du
 garçon et 7
 Synecdoque 122, 126
- T**
- Téléphone
 appeler au, après un rendez-vous
 manqué 117, 175
 répondre au, durant une séance 54
 Tempérament 6, 23
 Tests psychologiques 33
 Thérapeute
 anonymat 62
 attirance sexuelle du, pour un patient
 146, 147, 150
 attitudes du 61, 196
 besoin de la gratitude du patient 166
 collaboration avec le patient lors de
 l'entretien psychodynamique 22
 contre-transfert du 11, 135
 dévoilement de soi 48, 62, 76, 97, 145
 effrayé 75, 152
 ennui ou somnolence 149
 évaluation des compétences
 fondamentales du 193
 fantasme de sauveur du 147
 interaction avec le patient 2
 interventions du, *voir* Interventions du
 thérapeute
 neutralité 61
 objectifs du 83
 observateur de la vie du patient 44
 premières séances avec le patient 44
 répondre à des questions personnelles 48
 réserve 63
 supervision du 177, 200
 Thérapie à perpétuité 168
 Transfert
 acting out et 104
 constellation des sexes et 73, 77
 entretien psychodynamique et 23
 érotique 66, 67, 76
 identification projective et 10
 impasse et 162
 interprétation du 65, 91
 modèle constructiviste du 10
 prédiction de l'évolution du 72
 résistance à la prise de conscience du
 108
 résistance et 12, 102, 103
 selfobject et 10
 variation au cours de la psychothérapie
 69
 versus expression orale des sentiments
 65
- U**
- Urgences
 interruption d'une séance pour des
 54
 rendez-vous manqué à cause d' 117
- V**
- Validation empathique 64, 71
 Vérité, recherche de la 81
 Vidéo, enregistrement, des séances
 pour évaluer les compétences d'un
 thérapeute 199
 supervision et 178
- W**
- Winnicott, Donald W. 8, 13, 56, 81, 193