

Deborah L. Cabaniss

Sabrina Cherry • Carolyn J. Douglas • Anna R. Schwartz

Psychothérapie psychodynamique

Manuel clinique étape par étape

Traduction de
Philippe Dumoulin Golstein

Introduction de
Christine Anzieu-Premmereur



+ EN LIGNE

- Outils de prise en charge
- Guide psychoéducatif de la situation de soin
- Guide pédagogique
- FAQ



Psychothérapie psychodynamique Manuel clinique étape par étape

Deborah L. CABANISS

En collaboration avec Sabrina CHERRY,
Carolyn J. DOUGLAS et Anna R. SCHWARTZ

Traduction de Philippe DUMOULIN GOLSTEIN

Introduction de Christine ANZIEU-PREMMEREUR

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre de pratiques et de théories d'orientations très diversifiées.

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

Ouvrage original : *Psychodynamic Psychology. A Clinical Manual* (2nd édition, 978-1-119-14198-3)
© 2017 John Wiley & Sons, Ltd.

© De Boeck Supérieur s.a., 2022
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

1^{re} édition
Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : Février 2022
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2022/13647/003

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-1580-8

Sommaire

Les compléments numériques	11
Préface	15
Avant-propos du traducteur	17
Comment utiliser ce manuel	19
Introduction à l'édition américaine	21
Introduction à l'édition en langue française	25

PARTIE 1

Qu'est-ce que la psychothérapie psychodynamique ?

Chapitre 1 Le traitement d'un esprit en mouvance	31
Qu'est-ce que la psychothérapie psychodynamique ?	32
L'inconscient	32
Psychothérapie psychodynamique et inconscient	33
Dévoiler et soutenir	33
L'importance de la relation thérapeutique	36
Chapitre 2 Comment agit la psychothérapie psychodynamique ?	37
Théories de l'action thérapeutique	38

PARTIE 2 Évaluation

Chapitre 3	Création d'un espace sécurisé et conduite de l'évaluation	47
	Créer un espace sécurisant de dialogue	48
	Réaliser une évaluation	51
Chapitre 4	Évaluation des domaines de fonctionnement	59
	Évaluation des domaines de fonctionnement	60
	Le Soi	61
	Les relations	63
	L'adaptation	64
	Cognition	71
	Aptitude au travail et au jeu	75
	Pourquoi l'évaluation des domaines fonctionnels est importante quand nous évaluons les personnes en vue d'une thérapie psychodynamique ?	76
	Forces et faiblesses	77
	Les schémas toujours fluctuants du fonctionnement	78
Chapitre 5	La formulation initiale	81
	Décrire	82
	Réviser	86
	Relier	87
	La formulation est la clé pour ajuster l'objectif	89
	La formulation en cours de traitement	89
Chapitre 6	Les indications de la psychothérapie psychodynamique	93
	Choisir la psychothérapie psychodynamique	93
	Les facteurs inconscients	95
	Les difficultés aiguës ou persistantes	98
	L'évaluation des domaines de fonctionnement oriente la stratégie thérapeutique	100
	Les objectifs	101
	Les ressources	102

PARTIE 3
Commencer le traitement

Chapitre 7	Le consentement éclairé et la fixation participative des objectifs	107
	Le consentement éclairé dans une psychothérapie psychodynamique	108
	Fixation participative des objectifs	110
Chapitre 8	Définir le cadre et établir des limites	117
	Définir le cadre	118
	Pourquoi avons-nous besoin d'un cadre ?	118
	Les éléments du cadre	119
	Les limites, leurs franchissements et leurs violations	130
Chapitre 9	Développer l'alliance thérapeutique	133
	Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?	134
	Établir une alliance thérapeutique	134
	Autres éléments contribuant à consolider l'alliance	138
	Quand la confiance vacille	138
	Comment reconnaître une bonne alliance thérapeutique ?	140
Chapitre 10	La neutralité technique	143
	La neutralité technique	144
	Prendre parti	145
	L'abstinence thérapeutique	147
	Neutralité, abstinence et « hardiesse »	148
Chapitre 11	La conduite d'une séance de psychothérapie	153
	Le début : l'ouverture	154
	Le milieu, le corps : l'approfondissement	156
	La fin : la clôture	157
	Les séances : durée, fréquence, nombre	158

Chapitre 12 Les sentiments des patients à notre égard et nos sentiments à l'égard de nos patients	163
Les sentiments de nos patients à notre égard	164
Nos sentiments à propos des patients	168
Aperçu: transfert et contre-transfert	171
Chapitre 13 L'écoute empathique	175
Apprendre à être un auditeur actif	176
Les défis de l'écoute empathique	178
Osciller entre notre perspective et celle du patient	183
Chapitre 14 La recherche de sens	187
La recherche de sens est cruciale pour penser en psychothérapeute psychodynamicien	188
Commencer à écouter pour découvrir le sens	189
Devrions-nous parler de significations inconscientes avec les patients ?	190
Chapitre 15 Médication et thérapie	193
Utilisation simultanée des modèles psychodynamique et phénoménologique	194
Le choix d'une approche	195
Se sentir à l'aise avec l'incertitude	196
Les significations de la médication	197
Traitement combiné <i>versus</i> traitement distinct	199

PARTIE 4 Écouter / Réfléter / Intervenir

Chapitre 16 Apprendre l'écoute	205
L'écoute est la première des trois étapes techniques en psychothérapie psychodynamique	206
Comment écoutons-nous ?	206
Les variétés d'écoute	206
Ce que nous écoutons	208
Le contenu important à écouter attentivement	210
Nous écoutons tous de différentes manières	210

Chapitre 17 Apprendre la réflexivité	213
La réflexivité	214
Développer une stratégie thérapeutique	221
Chapitre 18 Apprendre les interventions	225
Les interventions non verbales	226
Mesurer l'impact de nos interventions	226
Section 1 Les interventions de base	229
Les interventions de base	230
Section 2 Les interventions de soutien	235
Qu'est-ce que le soutien ?	235
Suppléer et assister	237
Les interventions de suppléance	238
Les interventions d'assistance	246
Suppléer et assister – une comparaison	250
Section 3 Les interventions de dévoilement	251
Les interventions de dévoilement	251

PARTIE 5

Technique de conduite d'une psychothérapie psychodynamique

Chapitre 19 L'affect	265
Pourquoi l'affect est-il essentiel en psychothérapie	
Technique	268
Chapitre 20 Les associations libres et les résistances	281
L'association libre	282
Qu'est-ce que la résistance ?	284
Technique	285
Chapitre 21 Le transfert	299
Qu'est-ce que le transfert ?	300
Pourquoi nous intéresser au transfert ?	300
Réalité ou transfert ?	300
Discuter du transfert est important car « vous y étiez »	301

Transfert lié à la relation thérapeutique actuelle	301
Décrire et comprendre le transfert	302
Transfert et résistance	305
Technique	305
Chapitre 22 Le contre-transfert	321
Qu'est-ce que le contre-transfert ?	322
Pourquoi nous soucions-nous du contre-transfert ?	323
Est-il mauvais d'avoir un contre-transfert ?	324
Les types de contre-transfert	324
Que se passe-t-il si je ne suis pas averti de mon contre-transfert ?	325
Technique	326
Chapitre 23 Le conflit inconscient et les défenses	335
Qu'est-ce qu'un conflit intrapsychique ?	336
Les complexes	337
Technique	339
Comparaison du travail de soutien et de dévoilement avec les défenses	353
Chapitre 24 Les rêves	357
Technique	359

PARTIE 6

Atteindre les objectifs thérapeutiques

Chapitre 25 Améliorer la perception de soi et réguler l'amour-propre	377
L'évaluation de soi et la gestion de l'amour-propre	379
L'objectif	379
La reconnaissance du problème	380
Les stratégies thérapeutiques	382

Chapitre 26 Améliorer les relations interpersonnelles	389
L'objectif	390
Reconnaître le problème	390
Stratégies thérapeutiques	393
Stratégies de soutien	394
Chapitre 27 Améliorer la résistance au stress	399
Les mécanismes d'adaptation conscients et inconscients	400
En quoi les défenses peuvent-elles être inadaptées ?	400
L'objectif	402
Reconnaître le problème	402
Stratégies thérapeutiques	403
Chapitre 28 Améliorer les fonctions cognitives	409
Peuvent-ils ou ne peuvent-ils pas ?	410
L'objectif	411
Reconnaître le problème	411
Les stratégies thérapeutiques	413

PARTIE 7

La perlaboration et la terminaison

Chapitre 29 La perlaboration : la cure en œuvre	429
Qu'est-ce la perlaboration ?	430
Technique	432
Chapitre 30 La clôture ou terminaison	441
Comment décidons-nous de mettre fin à une psychothérapie psychodynamique ?	442
Combien de temps devrait durer la phase de terminaison ?	447
Technique	448
Chorégraphier les dernières séances	453
Communiquer vos pensées sur le traitement	453

Chapitre 31 Poursuivre l'étude	463
Apprendre de vos superviseurs	463
Apprendre de vos patients	466
Apprendre de vous-même	467
En guise de conclusion	467
Bibliographie	469
Index	487

Les compléments numériques

En vous rendant sur le site des éditions De Boeck Supérieur, à l'adresse www.deboecksuperieur.com/site/315808, vous trouverez les annexes suivantes à télécharger :

-  Un guide pédagogique (manuel de thérapie servant de base pour enseigner la psychothérapie psychodynamique)
-  Un modèle pour l'évaluation du moment et de la révision de vidéo
-  Le « GPS » : Guide Psychoéducatif de la Situation de Soins

Au chapitre 16, vous rencontrerez également une bande-son () servant à réaliser un exercice d'écoute. Pour y accéder :

Flashez le code avec votre téléphone
ou votre tablette



OU

Tapez l'URL dans votre navigateur



À nos familles

Thomas, William et Daniel

Marc, Rebecca et Ruth

Jon, William et Ben

Eric, Lena et Maia

Préface

Au cours des quatre années écoulées depuis la publication de la première édition, nous avons pris à cœur l'énorme quantité de savoir que nos étudiants et nos lecteurs nous ont offerte. Si le fond de notre méthode « Écouter/Refléter/Intervenir » est en grande partie inchangé, nous nous sommes attelées à la rédaction de cette deuxième édition pour produire un manuel qui inscrive ce traitement dans le XXI^e siècle. En voici les nouveaux points forts.

Les points communs : les résultats des études indiquent que des facteurs communs, tels que le rapport avec le thérapeute et l'attente de résultats positifs, expliquent, au moins en partie, l'efficacité de toutes les thérapies fondées sur l'échange verbal. Cela vaut aussi pour la psychothérapie psychodynamique. Tout au long de ce manuel, les « facteurs communs » sont mis en évidence, et leur rôle est présenté comme une théorie majeure de l'action thérapeutique.

Un langage moderne : l'utilisation de termes comme « fonction de l'ego » et « super-ego » suggère que la psychologie de l'ego demeure la manière dominante de penser la psychodynamique. Dans cette édition, nous introduisons un nouveau langage pour une nouvelle époque. L'idée de « domaines de fonctionnement », le Moi, le relationnel, l'adaptation, l'état de la cognition, le travail, l'aptitude au jeu, reflètent les élaborations actuelles. Ils font aussi écho aux recherches entreprises par l'institut national américain des maladies mentales NIMH. Même le sinistre terme « résiliation cessation » de la cure a été abandonné.

Les recherches en cours : ce manuel fait état de recherches récentes, depuis l'épigénétique jusqu'aux résultats d'études de résultats qui affectent notre manière de penser la psychothérapie psychodynamique aujourd'hui.

La formulation : nous avons maintenu, dans cette édition, nos idées sur la formulation exprimées de notre livre de 2013 *Psychodynamic Formulation*

(Wiley, 2013), y compris la méthode « Décrire/Réviser/Relier » pour enseigner et construire des formulations.

Nouveaux concepts : d'importants concepts et techniques actuels, de la mentalisation au traitement axé sur le transfert, ont été ajoutés. Nous avons également actualisé notre approche de la résistance, des défenses et des rêves.

Utilisation de ce manuel : aujourd'hui, il est essentiel que les étudiants et les enseignants disposent d'un guide pour savoir comment utiliser les manuels dans la conduite et l'enseignement de la psychothérapie. C'est précisément à cet effet qu'est destinée notre nouvelle section intitulée « Comment utiliser ce manuel ».

Guide pédagogique : nous avons inclus dans cette édition un « Guide pédagogique » (disponible en complément numérique), assez semblable à celui de l'ouvrage *Psychodynamic Formulation*, afin d'aider les enseignants à se servir de ce manuel pour intégrer un programme psychodynamique dans le cursus. On trouvera aussi davantage d'« Activités suggérées », à utiliser au cours ou comme outil d'évaluation.

Matériel psychoéducatif pour les patients : enfin, nous avons prévu un « Guide psychoéducatif de la situation de soin », le GPS (disponible en complément numérique), pour vous aider à éclairer vos patients sur cet important traitement.

Nous espérons que cet ouvrage constituera réellement un manuel de psychothérapie pour aujourd'hui et demain.

Avant-propos du traducteur

Deborah L. Cabaniss fait œuvre de pionnière dans la *transmission* du savoir pratique en psychothérapie. Experte reconnue en formation et supervision en psychothérapie psychodynamique, elle transmet avec souplesse et ingéniosité ses expériences, son savoir et sa philosophie de la thérapie. Son but : aider à aider, épauler le thérapeute dans son travail de contribution douce mais efficace au mieux-être de son patient.

Nous avons l'espoir de nous être gardé de toute trahison de la volonté de l'auteure et d'avoir serré au plus près sa conception actualisée de l'échange en psychothérapie psychodynamique. Nous avons privilégié un vocabulaire usuel et accessible. La précision est cependant au rendez-vous. Ainsi les termes de soutien, de dévoilement et de Moi seront nos mots de travail. Et ceux de « domaines de fonctionnement » que décrit Deborah Cabaniss respectent sa volonté d'un matériel pragmatique.

Les thérapeutes avertis trouveront, nous l'espérons, un support maniable, commode et agréable pour communiquer aux apprentis leur propre savoir et assumer les activités de supervision. Deborah Cabaniss aborde de manière directe et concrète tous les thèmes des connaissances indispensables au travail clinique : les indications de la psychothérapie psychodynamique, l'évaluation des domaines de fonctionnement, la formulation initiale, les objectifs, la cure et la clôture.

De très nombreux exemples pratiques tirés de l'expérience au quotidien, des astuces, des conseils fructueux et des mises en garde facilitent l'accessibilité des notions et leur maîtrise. Une large palette d'exercices accompagnés de commentaires adaptés et méticuleux renforce l'entraînement et affermit l'assimilation durable des outils diagnostiques et thérapeutiques.

Certes, destiné à un public de « professionnels du psychisme » et de la psychothérapie de la personne en détresse, ce manuel trouvera un bon accueil auprès de

toute personne concernée par le rapport à l'Autre : ressources humaines, conseiller/conseiller en orientation professionnelle, service de réinsertion professionnelle, mentor de chercheurs d'emploi...

L'individu s'interroge sur le sens de sa place et sa signification dans le cosmos, sur ses mécanismes de choix, sur ses rapports à l'Autre, l'humain. Emmanuel Kant résume : « Que puis-je connaître ? », « Que dois-je faire ? », « Que m'est-il permis d'espérer ? »

Laissons Deborah Cabaniss conclure...

« La psychothérapie psychodynamique aide l'Homme à trouver un sens en lui-même, ce qui signifie que le sens est présent mais hors de la conscience... Apprenez des autres, apprenez de vos patients et apprenez de vous-même dans votre voyage en tant que psychothérapeute psychodynamicien ».

Merci Deborah.

D^r Philippe Dumoulin Golstein

Comment utiliser ce manuel

Psychothérapie psychodynamique. Manuel clinique étape par étape est un manuel pratique pour la conduite et l'application de la psychothérapie. Il décrit les techniques utilisées pour :

- l'évaluation ;
- le début du traitement ;
- la conduite d'une psychothérapie psychodynamique par des techniques de dévoilement / d'exploration et de soutien.

Comme tous les manuels de psychothérapie, il est conçu pour définir opérationnellement avec clarté les techniques afin que cette thérapie puisse être enseignée, transmise et étudiée de la manière la plus efficace. Les manuels de psychothérapie ne sont pas des scénarios ni des livres de recettes. Ce sont au contraire des guides de traitement. Voici quelques suggestions pour une utilisation optimale de ce manuel.

Pour les étudiants : les manuels de psychothérapie ne sont pas destinés à être lus de la première à la dernière page comme un roman. Abordez ce manuel chapitre par chapitre. Essayez d'apprendre tous les termes et les concepts, puis, le cas échéant, de les utiliser immédiatement dans votre travail avec les patients. Bien que vous puissiez utiliser d'emblée le langage exact suggéré dans les exemples, tâchez d'adapter les compétences décrites dans le manuel aux patients avec qui vous travaillez. Retournez aux chapitres à différentes étapes de votre formation pour en assimiler les compétences de manière nouvelle et plus proactive. Servez-vous des activités suggérées pour mettre en pratique les compétences apprises individuellement, en supervision ou dans une salle de cours.

Pour les superviseurs : même si vous avez appris la psychothérapie psychodynamique à partir d'autres ressources, lisez conjointement avec vos

supervisés pour leur apprendre comment superviser à partir d'un manuel. Recourez à la rubrique « Écouter/Refléter/Intervenir » pour aider vos supervisés à prendre conscience des compétences spécifiques qu'ils utilisent. Envisagez d'adapter les activités suggérées à un cadre de supervision.

Pour les enseignants : vous pouvez utiliser ce manuel, ainsi que son livre complémentaire, *Psychodynamic Formulation* comme textes de base pour enseigner la psychothérapie psychodynamique aux étudiants en :

- Conseils en orientation ;
- Soins infirmiers ;
- Psychiatrie ;
- Psychothérapie psychanalytique ;
- Psychologie.

Pour des suggestions plus détaillées sur l'emploi de ce manuel dans des objectifs didactiques et de supervision, consultez en ligne l'annexe intitulée « Un guide pédagogique ».

Introduction à l'édition américaine

« *Pourquoi ne puis-je pas trouver une relation satisfaisante ?* »

« *Pourquoi est-ce que je ne cesse d'exploser au travail ?* »

« *Pourquoi n'ai-je pas plus de patience avec mes enfants ?* »

« *Pourquoi ne puis-je me sentir bien dans ma peau ?* »

Se sentir bien dans sa peau, avoir des relations affectueuses et exercer un travail satisfaisant sont, pour la plupart d'entre nous, nos objectifs de vie. Nous avons tous certains modèles qui guident la façon dont nous essayons d'atteindre ces objectifs. À l'âge adulte, nos modèles sont assez fixes et il n'est pas si facile d'en changer. Leur caractère routinier est semblable à la façon dont l'eau coule d'une colline : après un certain temps, un sillon se creuse, et l'eau suit inmanquablement ce canal. Si vous voulez que l'eau coule d'une autre manière, vous devrez entreprendre un rude travail pour en modifier le cours. C'est pareil avec nous : passé un certain âge, nous sommes assez constants dans notre façon de penser et de nous comporter. Mais pour beaucoup de gens, leurs façons de penser à eux-mêmes et de traiter avec les autres sont inadaptées et ils ont besoin d'un moyen de changer.

Le problème est qu'ils *veulent* changer mais ne savent *quoi* changer. La raison en est que les modèles habituels, le plus souvent, sont motivés par les souhaits, les pensées, les peurs et les conflits hors de la conscience. Prenez, par exemple, une personne qui ne prend jamais sa propre défense et ne sait pas pourquoi, mais qui a le sentiment profond de mériter d'être punie. Ou une personne esseulée, qui ignore que sa peur du rejet des autres la pousse à les éviter. Pour ces personnes, il peut s'avérer prodigieusement efficace de découvrir leurs pensées profondes et leurs peurs. La femme peu sûre d'elle-même

peut comprendre que son autosabotage a été une forme d'autopunition sa vie entière, et l'homme solitaire peut commencer à comprendre qu'il produit son propre isolement en niant son besoin d'autrui. Ils peuvent commencer à développer de nouveaux modes de comportement. Ils peuvent changer leurs vies.

Voilà ce qu'est la psychothérapie psychodynamique. Elle offre aux gens une chance de créer de nouvelles façons de penser et de se comporter pour améliorer la qualité de leur vie. Étant donné que la plupart de nos façons de penser à nous-mêmes et de gérer notre relation à ce qui nous entoure ont évolué au fur et à mesure de notre croissance, nous pouvons considérer ce processus comme une réactivation du développement. Une chose incroyablement excitante à propos de cette vision de la psychothérapie psychodynamique réside dans son adéquation avec les progrès des neurosciences (1-4)¹. Par exemple, nous pouvons maintenant émettre l'hypothèse que tout apprentissage s'accompagne de changements dans notre substrat neuronal : ainsi le cerveau adulte change tout le temps. Selon les mots d'Éric Kandel, « Dans la mesure où la psychothérapie fonctionne, elle agit en modulant des fonctions cérébrales et sur les synapses bien que pas uniquement sur elles » (5). Nouvelle croissance, nouvelles connexions, nouveaux modèles.

Dans ce modèle, tous les environnements ne favorisent pas une nouvelle croissance : un ensemble particulier de circonstances est nécessaire, dans lesquelles les gens se sentent suffisamment en sécurité pour permettre cette transformation. Si vous avez déjà travaillé à changer tout ce qui était devenu habituel, il est probable que le processus a impliqué une autre personne, un entraîneur, un enseignant ou un parent. En psychothérapie psychodynamique, cette personne est le thérapeute. Le changement se produit non seulement parce que les gens apprennent de nouvelles choses sur eux-mêmes, mais aussi parce qu'ils se sentent suffisamment en sécurité pour essayer de nouvelles façons de penser et de se comporter dans le contexte de cette nouvelle relation. Ce manuel vous apprendra à mener une psychothérapie psychodynamique. Ayant été développé initialement sous la forme d'un cours destiné aux résidents en psychiatrie, il a été testé en classe depuis de nombreuses années. Il vous mènera systématiquement de l'évaluation à la clôture à l'aide d'un langage clair, sans équivoques, et d'exemples soigneusement décrits. La psychothérapie psychodynamique est un type spécifique de thérapie qui demande que le thérapeute réalise soigneusement et résolument une évaluation complète et approfondie, établisse un cadre thérapeutique, interagisse avec les patients de manière particulière et fasse des choix concernant la stratégie thérapeutique.

En parcourant ce livre, vous apprendrez à acquérir toutes ces compétences essentielles. Voici la feuille de route de base. La première partie (« Qu'est-ce que la psychothérapie psychodynamique ? ») vous initiera à la psychothérapie

1. Ces annotations correspondent aux références bibliographiques, listées par chapitre à la fin de l'ouvrage.

psychodynamique et à certaines façons dont nous émettons des hypothèses sur le fonctionnement de la méthode. La deuxième partie (« Évaluation ») vous apprendra à évaluer les patients pour une psychothérapie psychodynamique, y compris l'évaluation des domaines de fonction et des défenses. Dans la troisième partie (« Commencer le traitement »), vous apprendrez l'essentiel pour commencer le traitement, notamment favoriser l'alliance thérapeutique, définir le cadre et fixer des objectifs. La quatrième partie (« Écouter/Refléter/Intervenir ») vous découvrirez la manière systématique d'écouter les patients, de réfléchir à ce que vous avez entendu et de faire des choix quant à quoi dire et comment le dire. La cinquième partie (« Technique de conduite d'une psychothérapie psychodynamique ») vous enseignera comment appliquer la méthode « Écouter/Refléter/Intervenir » aux éléments essentiels de la technique psychodynamique : l'affect, la résistance, le transfert, le contre-transfert, le fantasme inconscient, le conflit et les rêves. À ce stade, vous serez prêt à utiliser ces méthodes pour atteindre les objectifs thérapeutiques. Dans la sixième partie (« Atteindre les objectifs thérapeutiques »), vous verrez comment employer ces techniques pour résoudre les problèmes d'amour-propre, de relations avec les autres, les moyens d'adaptation caractéristiques et les fonctions cognitives. Enfin, la septième partie (« La perlaboration et la terminaison ») vous amènera à la fin du traitement, en abordant les manières dont notre technique évolue au cours du temps.

L'apprentissage actif est le plus efficace : nous avons donc inclus des activités suggérées à la fin de la plupart des chapitres. Celles-ci sont conçues pour vous permettre de tester les compétences et techniques apprises dans ce livre. Elles peuvent être réalisées seules, avec un partenaire ou lors d'une activité collective au cours. Des « commentaires » ont été prévus pour guider la réflexion et la discussion : ils ne sont pas censés être des réponses définitives ou « correctes ».

Nous avons soigneusement sélectionné les termes techniques. Par exemple, nous employons peu de termes comme « transfert » et « résistance » avant qu'ils ne soient formellement présentés dans la cinquième partie, à la fois parce que nous voulons définir nos termes avec soin et parce que nous voulons que vous réfléchissiez aussi ouvertement que possible au début de votre apprentissage de cette thérapeutique. Nous avons tous des idées préconçues sur ces concepts et, autant que possible, nous essayons de réduire l'impact des notions antérieures. Nous avons aussi consciemment décidé d'éviter la discussion de certaines écoles de théorie de la psychothérapie psychodynamique, telles que la théorie de la relation d'objet et l'autopsychologie. Une fois encore, cette décision reflète notre intention d'enseigner la technique de la psychothérapie psychodynamique de la manière la plus fédératrice possible.

Introduction à l'édition en langue française

C'est un grand plaisir pour moi d'introduire le lecteur francophone au travail de mes collègues de l'université Columbia à New York. Deborah Cabaniss, Sabrina Cherry, Carolyn Douglas et Anna Schwartz sont de remarquables professeures qui ont reçu de multiples honneurs pour la qualité de leur enseignement dans les départements de psychiatrie et de psychologie. Psychanalystes, elles ont cherché avec acharnement à rendre clairs et précis les concepts parfois complexes de la psychanalyse et à démontrer combien cette théorie permettait une technique thérapeutique certes sophistiquée, mais remarquablement efficace. Ce manuel est un modèle de rigueur théorique et de précision clinique.

Le lecteur y découvrira comment les cliniciens américains associent le pragmatisme avec la pensée scientifique et une grande expérience clinique. En effet, ce manuel est organisé de façon à aider le jeune clinicien qui commence à pratiquer les rencontres avec les patients, autant que l'enseignant qui cherche des techniques d'apprentissage claires et précises. L'organisation du manuel en définitions, démonstrations et exercices cliniques permet de lire séparément chaque chapitre selon les besoins du lecteur, novice qui découvre la pratique de la psychothérapie, ou professeur ou superviseur qui recherche des explications simples aux concepts complexes et des exemples cliniques.

Le vocabulaire de ce livre a été choisi après des années de travail d'enseignement et de recherche d'efficacité dans la formation de psychothérapeutes. Il s'agit de formation à la psychothérapie « psychodynamique », terme maintenant banal aux États-Unis pour qualifier une pratique inspirée des concepts de la psychanalyse : la psychothérapie en face-à-face avec un patient.

Ce n'est donc pas un manuel de pratique de la psychanalyse. Mais un ouvrage de démonstration de la technique d'évaluation de la pathologie d'un patient, du choix du traitement adéquat et des différents moments de

la conduite d'une psychothérapie jusqu'à la phase finale. Démonstration toujours guidée selon les concepts fondamentaux de Freud, la répression de mouvements inconscients, les conflits et mécanismes de défense contre l'angoisse à l'origine des symptômes, la force du transfert dans la relation thérapeutique, les résistances au changement et les facteurs d'évolution positive. La rigueur scientifique des collègues de l'université Columbia les amène aussi à montrer combien les changements opérés par une psychothérapie bien conduite sont aussi des modifications neurologiques et physiologiques durables, permettant une meilleure stabilité émotionnelle et de nouvelles capacités cognitives.

Fondée sur des années de formation des jeunes internes en psychiatrie et des nouveaux diplômés en psychologie, testée sur son efficacité auprès des étudiants et des superviseurs, la dernière version de ce manuel est un ouvrage complet, facile d'utilisation, clair et concret.

Ainsi est définie la psychothérapie « psychodynamique » comme une pratique spécifique de thérapie qui requiert une rigoureuse évaluation clinique, l'établissement d'un cadre clair de travail avec le patient où la neutralité du thérapeute sera garantie, une technique de communication spécifique avec les patients et des choix de stratégies thérapeutiques précis fondés sur l'observation clinique.

La première partie – « Qu'est-ce que la psychothérapie psychodynamique ? » – définit la thérapie psychodynamique, les hypothèses qui la fondent et la rigueur qu'elles impliquent. La seconde partie – « Évaluation » – enseigne comment conduire une évaluation clinique. La troisième partie – « Commencer le traitement » – expose en détail comment mettre en place une alliance thérapeutique, construire le cadre du travail et définir les buts du traitement. La partie numéro quatre – « Écouter/Refléter/Intervenir » – expose les modalités d'écoute du patient et les choix de différents types d'interventions, comment parler au patient et quand ? La cinquième partie – « Technique de conduite d'une psychothérapie psychodynamique » – définit les éléments essentiels de l'écoute et des interventions, la place des émotions et des affects, le rôle des résistances, du transfert et du contre-transfert, la place des conflits, des rêves et des fantasmes inconscients, toutes notions essentielles pour aborder la dynamique interne du patient et des échanges avec le thérapeute. La partie numéro six – « Atteindre les objectifs thérapeutiques » – montre comment ces concepts permettent la mise en place de changements durables dans les domaines aussi bien des capacités sociales, cognitives et d'adaptation que de l'amour-propre. Enfin, la dernière partie – « La perlaboration et la terminaison » – expose les modalités de terminaison de la psychothérapie.

En annexe, des outils modernes d'évaluation seront très utiles aux nouveaux thérapeutes comme à leurs formateurs : ils leur permettront de construire un programme de formation et d'évaluer le travail accompli. Ces annexes sont disponibles en ligne.

Comprendre et apprendre la thérapie psychodynamique sera, avec ce manuel, une pratique active toujours éclairée d'exemples cliniques, de vignettes montrant patients et thérapeutes dans leurs interactions et d'exercices particulièrement instructifs.

Christine Anzieu-Premmereur
Directrice du Département de psychothérapie parents-bébés
du Centre de psychanalyse de l'Université Columbia.

PARTIE 1

Qu'est-ce que la psychothérapie psychodynamique ?

CHAPITRE 1

Le traitement d'un esprit en mouvance

Concepts clés

- Le terme « psychodynamique » signifie *esprit en mouvement* ou *en mouvance*.
- Le fondement structurel de la psychodynamique postule que des éléments dynamiques (mouvants) de l'inconscient affectent les pensées, les sentiments et le comportement conscients.
- Une psychothérapie fondée sur ce socle de référence est une psychothérapie psychodynamique (thérapie psychodynamique – TPD).
- L'objectif fondamental de la psychothérapie psychodynamique consiste à aider les personnes dont les problèmes et les schémas psychiques les mènent à la déconvenue et à l'insatisfaction dans l'existence.
- Le mécanisme s'appuie sur le dévoilement des pensées et des sentiments inconscients et/ou sur le soutien direct au fonctionnement du psychisme dans le cadre de la relation interpersonnelle avec le thérapeute.
- Les deux techniques, le dévoilement et le soutien, interviennent dans la plupart des thérapies psychodynamiques.

Qu'est-ce que la psychothérapie psychodynamique ?

Littéralement, « psychothérapie » signifie « traitement de l'esprit ». La psychothérapie tire son origine de la psychanalyse – le « parler qui soigne » (*talking cure*) développé pour la première fois par Sigmund Freud, en 1895 (1). Par extension, le terme « psychothérapie » en est arrivé à signifier un traitement fondé sur l'échange langagier. Mais ce n'est pas un quelconque parler : pour être « psychothérapie », cette communication doit impliquer :

- un traitement
- réalisé par un professionnel qualifié
- dans un cadre défini
- afin d'améliorer la santé mentale et émotionnelle d'un patient.

Que signifie le mot « psychodynamique », que vous avez probablement entendu à plusieurs reprises ? « Psycho » vient du mot grec *psuchè* (*ψυχή*), qui a signifié « âme » devenu « esprit », et « dynamique » provient du mot grec *dunamis*, qui a signifié le « pouvoir », et par extension, « force physique en mouvement ». En résumé, le terme psychodynamique se réfère aux forces de l'esprit en mouvement. À l'encontre des conceptions antérieures d'une psyché statique, Freud forgea le mot « psychodynamique » pour décrire un système psychique en constante transformation, évoluant avec des éléments perpétuellement mouvants. Ces éléments inconscients pourraient exploser dans la conscience et *vice versa*, tandis que des désirs et des interdits violents pourraient se heurter les uns les autres, libérant l'équivalent psychique des collisions de particules subatomiques de haute énergie (2).

Freud réalisa non seulement que des éléments de l'esprit étaient en mouvement, mais aussi que la plupart de cette activité mentale vibrante se poursuivait en dehors de la conscience. Il nomma cette activité mentale l'« inconscient » et émit l'hypothèse que celui-ci se répercute sur les pensées, les sentiments et les comportements conscients. Ainsi, nous accédons aux deux définitions caractéristiques qui sous-tendent ce manuel :

1. Le fondement structurel de la psychodynamique, cadre de référence, postule que l'activité mentale inconsciente affecte nos pensées, nos sentiments et nos comportements conscients.
2. Une psychothérapie psychodynamique est une thérapie – quelle qu'elle soit – qui se base sur un cadre de référence psychodynamique.

L'inconscient

Nous désignons souvent notre activité mentale inconsciente par le terme « l'inconscient ». Les sentiments, les souvenirs, les conflits, les manières de nouer des relations avec les autres, les perceptions de soi, tout cela peut être

inconscient et peut causer des problèmes au niveau des pensées et des comportements. Les pensées et les sentiments inconscients se développent chez une personne dès l'enfance et procèdent d'un mélange unique des premières expériences et de facteurs génétiques. Nous repoussons en dehors de notre conscience certaines pensées, sentiments et fantasmes, car ils menaceraient de nous écraser s'ils devenaient conscients. Ils pourraient être trop effrayants ou surexcitants; ils pourraient nous remplir de honte ou de dégoût. Voilà pourquoi nous les rendons inconscients, mais ils ne disparaissent pas – ils persistent, pleins d'énergie, et poussent constamment à atteindre le niveau conscient. Leur animosité nous affecte depuis leurs cachettes inconscientes et exerce son influence sur la façon dont nous pensons, ressentons et nous comportons. Une bonne analogie vient de la mythologie grecque :

Zeus, le jeune dieu, était fatigué de l'emprise des Titans patriarcaux. Il les enterra dans une grande fosse appelée le Tartare. Au fond de la terre, ils ne représentaient plus une menace pour la domination de Zeus. Mais était-ce bien certain? Bien que soustraits à la vue, ils n'avaient pas disparu, et l'on considérait que tremblements de terre et raz-de-marée étaient le fruit de leur grondement de colère.

De même, les pensées et les sentiments inconscients échappent à la vue, mais continuent de gronder à leur manière, provoquant le malheur et la souffrance sous forme de pensées et de comportements inappropriés.

Psychothérapie psychodynamique et inconscient

À bien des égards, le psychothérapeute psychodynamicien est comparable au plombier que vous appelez pour réparer une fuite dans votre plafond. Vous voyez les gouttes, mais vous ne pouvez en voir l'origine; vous pouvez récupérer les gouttes dans un seau, mais cela n'arrête pas la fuite. Le plombier sait que la rupture réside derrière le plâtre, quelque part dans des tuyaux qui ne sont pas encore visibles. Cependant, le plombier a un avantage sur le psychothérapeute psychodynamicien : il peut utiliser un marteau pour traverser le plâtre, révéler les tuyaux cachés, trouver et réparer la fuite agaçante, puis replâtrer le plafond. Mais le psychothérapeute psychodynamicien travaille avec la psyché humaine, qui n'a rien du plafond en plâtre et nécessite des outils plus subtils pour chercher et réparer ce qui se passe sous la surface.

Dévoiler et soutenir

Comme le plombier, le premier but du psychothérapeute psychodynamicien est de découvrir ce qui se cache sous la surface – c'est-à-dire comprendre ce qui se passe dans l'inconscient du patient. Beaucoup de techniques de psychothérapie psychodynamique sont conçues pour agir précisément en

ce sens. Dès que nous pensons que les patients sont motivés par des pensées et des sentiments hors de leur conscience, nous devons choisir comment utiliser ce que nous avons appris pour les aider au mieux. Parfois, nous pensons qu'il sera utile de sensibiliser les patients à ce qui travaille dans leur inconscient. C'est ce que nous appelons le dévoilement – Freud parlait de « rendre conscient ce qui jusque-là était demeuré inconscient » (3). Nous disposons de plusieurs techniques pour aider les patients à dévoiler un matériel inconscient – ou à en prendre connaissance, c'est-à-dire en prendre conscience. Ce que nous dévoilons, ce sont des pensées et des sentiments intérieurs qui restent occultés pour la personne, mais affectent sa perception de soi, ses relations avec les autres, ses moyens d'adaptation et son comportement.

Parfois, nous estimons que rendre les patients conscients du matériel inconscient ne sera *pas* utile. Nous prenons généralement cette décision lorsque nous jugeons que le matériel inconscient pourrait être potentiellement écrasant. Nous utilisons alors ce que nous avons appris de l'inconscient pour soutenir le fonctionnement sans explorer les pensées et les sentiments. (Voir le chapitre 18 pour la discussion sur les techniques de dévoilement et de soutien.)

Voici deux exemples. Dans l'un, nous choisissons d'« explorer/dévoiler » et, dans l'autre, nous choisissons de « soutenir » :

Madame A., une femme de 32 ans, entretient une relation de confiance avec son mari. Elle a beaucoup d'amis proches et mène une carrière professionnelle satisfaisante. Avant, elle mettait à jour son journal intime, s'appliquait à la cuisine, pratiquait l'athlétisme pour traverser de courtes périodes d'anxiété. Elle se plaint d'insomnie qu'elle attribue au conflit qui l'oppose à sa petite sœur, B. Madame A. se dit « déroutée » par le comportement hostile de B., qui a commencé il y a environ un mois dans le contexte de l'obtention prochaine de son diplôme de médecine. Un dévoilement plus approfondi révèle que malgré l'envie de B. de devenir dermatologue, celle-ci n'a pas obtenu de poste dans ce domaine et devra accomplir une année intérimaire de médecine interne, puis postuler à nouveau. Madame A. assure qu'elle a été très empathique à propos de ce revers et ignore pourquoi B. lui est si hostile. Lorsque vous l'interrogez sur leur relation antérieure, vous découvrez que Madame A. est passée sans effort d'une université prestigieuse à une autre, alors que B. a lutté durant ses études. Vous formulez l'hypothèse que l'hostilité de B. envers Madame A. peut être alimentée par l'envie, et que Madame A. s'est protégée inconsciemment contre la prise de conscience de ce phénomène par sentiment de culpabilité. Vous pensez que Madame A. gagnerait à en apprendre plus sur sa culpabilité inconsciente. Vous décidez de l'aider à dévoiler celle-ci. Lorsqu'elle se heurte à ses sentiments de culpabilité, elle est capable de comprendre l'hostilité et l'envie de sa sœur. Cette prise de conscience l'aide à comprendre leurs difficultés interpersonnelles récentes et à résoudre l'insomnie.

Madame C. est une femme de 32 ans. Elle vit seule, change souvent d'emploi et réagit souvent au stress par une frénésie boulimique suivie de purgation. Elle se plaint d'insomnie qu'elle attribue au conflit qui l'oppose à sa jeune sœur D. Elle dit porter sur ses

épaules tout le fardeau des soins à apporter à leur mère malade chronique, alors que D. « se contente d'envoyer des chèques en restant tranquillement dans son pavillon de banlieue avec les autres mères au foyer ». Madame C., qui essaie de joindre les deux bouts, vous dit qu'elle pense que sa sœur, mariée à un homme très riche, est « superficielle et matérialiste » et qu'elle « ne voudrait pas échanger de vie contre la sienne même si on la payait ». Elle déclare être « furieuse » contre D. qui n'en fait pas plus pour aider leur mère et que ses ruminations à ce sujet la tiennent éveillée pendant la nuit. Vous formulez l'hypothèse que la colère de Madame C. est alimentée par l'envie qu'elle éprouve à l'égard de D., mais vous estimez qu'apprendre la façon dont cette attitude contribue à son insomnie ne l'aidera pas à l'heure actuelle. Au lieu de cela, vous décidez d'apporter un soutien au fonctionnement psychique de Madame C. en soulignant par empathie la quantité de travail dont qu'elle accomplit pour sa mère en difficulté et en lui suggérant de faire appel aux prestations médico-sociales pour obtenir un peu d'aide aux personnes âgées. Dès qu'elle se sent validée, Madame C. se détend, son insomnie s'estompe, et elle est plus en mesure de comprendre les divers aspects de sa situation actuelle.

Dans les deux cas, la première tâche du psychothérapeute psychodynamique était de comprendre la manière dont les pensées et les sentiments inconscients affectent le comportement conscient du patient. Cependant, dans un cas, le thérapeute a décidé de dévoiler et, dans l'autre, d'apporter un soutien. De cette façon, on peut dire que les techniques de base de la psychothérapie psychodynamique sont les suivantes :

1. comprendre la façon dont le patient est affecté par des pensées et des sentiments hors de sa conscience ;
2. déterminer si c'est le dévoilement ou le soutien qui aidera le plus à ce moment précis ;
3. découvrir un matériel inconscient et/ou apporter un soutien au fonctionnement mental de la manière la plus profitable au patient.

La décision prise à l'étape 2 dépend d'une évaluation minutieuse du patient, à la fois au début et tout au long du traitement, pour déterminer ce qui sera le plus utile à chaque instant (voir la deuxième partie). Quand la psychothérapie psychodynamique se sert principalement des techniques de dévoilement, on la qualifie souvent d'introspective, d'expression interprétative, de psychothérapie exploratoire ou psychanalyse. Quand elle s'appuie principalement sur le soutien, elle est souvent appelée thérapie de soutien ou thérapie de crise (ou d'intervention brève de crise) (4). Malheureusement, ces techniques sont souvent considérées comme complètement indépendantes l'une de l'autre. Au contraire, dévoiler et soutenir ne constituent pas des thérapies distinctes ; elles sont plutôt utilisées de manière balancée dans tous les cas de psychothérapie psychodynamique. Un patient peut bénéficier d'une thérapie dans laquelle des techniques de dévoilement sont utilisées, tandis qu'un autre peut bénéficier d'une thérapie où prédominent les techniques de soutien. Mais tous les traitements utilisent certaines techniques de chaque outil à différentes étapes.

Le mélange optimal des techniques de support et de dévoilement varie d'un patient à l'autre et parfois d'un moment à l'autre, selon les atouts individuels, les problèmes et les besoins de la personne. Certains patients n'ont besoin que d'un soutien implicite véhiculé dans l'attitude d'empathie, de compréhension et d'intérêt du thérapeute. D'autres patients ont besoin d'un soutien plus explicite tout au long du traitement. Quels que soient les objectifs globaux que nous fixons au début du traitement, nous restons prêts à changer notre approche de manière flexible selon les besoins changeants du patient.

L'importance de la relation thérapeutique

Le dévoilement et le soutien ne se produisent pas dans le vide, mais dans le contexte de la relation entre le thérapeute et le patient. Cette relation est au cœur de ce que définit la psychothérapie psychodynamique. Non seulement elle fournit un environnement sécurisant dans lequel les patients peuvent parler de leurs problèmes, mais elle leur permet également d'en apprendre plus sur eux-mêmes et sur leurs relations sociales au travers de leur interaction avec le thérapeute. La relation thérapeutique elle-même est susceptible d'être un agent de changement en psychothérapie psychodynamique, à la fois en tant que « laboratoire de relation » à partir duquel le patient peut apprendre et comme source directe de soutien qui peut favoriser la maturation et le changement. Parler de la relation thérapeutique et l'intégrer se nomme la discussion du transfert (voir les chapitres 12 et 21) : c'est souvent l'un des principaux axes de la psychothérapie psychodynamique.

En outre, nous pouvons compléter notre définition de la psychothérapie psychodynamique de cette façon :

La psychothérapie psychodynamique est une thérapie par le langage, basée sur la conception que les personnes sont touchées et motivées par des pensées et des sentiments qui ne sont pas conscients. Ses objectifs visent à aider les individus à changer leurs modes habituels de penser et de se comporter, en les épaulant pour en savoir plus sur les activités de leur psychisme, dans le contexte de la relation avec le thérapeute.

Mais comment cela se produit-il ? Passons au chapitre 2 pour explorer certaines théories derrière la technique.

CHAPITRE 2

Comment agit la psychothérapie psychodynamique ?

Concepts clés

Une théorie de l'action thérapeutique est une théorie qui essaie d'expliquer comment agit la psychothérapie. Les théories élémentaires de l'action thérapeutique de la psychothérapie psychodynamique comprennent :

- le rôle des facteurs communs ;
- la prise de conscience de l'inconscient ;
- le soutien des schémas caractéristiques de fonctionnement ;
- la réactivation du développement.

La psychothérapie psychodynamique peut se concevoir comme un procédé de réactivation du développement et de restauration d'une nouvelle croissance dans le contexte du relationnel avec le thérapeute.

Expliquer au patient le mécanisme d'action de la thérapie rend le traitement plus efficace.

Théories de l'action thérapeutique

Pour choisir ce qu'il faut dire au patient, nous devons avoir quelque idée des raisons pour lesquelles ce que nous disons les aidera. Cela signifie que nous devons concevoir des théories au sujet du mécanisme d'action de la thérapie. On appelle théorie de l'action thérapeutique (1) une théorie qui essaie d'expliquer comment agit la thérapie. En psychothérapie psychodynamique, nous disposons de plusieurs théories de l'action thérapeutique qui vont aider notre travail.

Le rôle des facteurs communs

La recherche indique que les formes les plus efficaces de psychothérapie – y compris la psychothérapie psychodynamique – partagent des éléments similaires qui expliquent, du moins en partie, un résultat thérapeutique (2-10). Ceux-ci sont habituellement dénommés facteurs communs. Ils sont reliés très étroitement à l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute, c'est-à-dire à la confiance engendrée quand le patient se sent sécurisé, écouté et compris dans une atmosphère dénuée de jugement (voir le chapitre 9). Les facteurs communs comportent :

- l'entente entre le patient et le thérapeute ;
- l'induction d'attentes positives à l'égard du traitement ;
- l'établissement des objectifs bénéfiques ;
- l'accord sur les rôles de chacun ;
- la présentation du principe de base du traitement.

Ces éléments assurent aux patients que le thérapeute est fiable et engagé à les aider. Ils indiquent que le thérapeute les écoute et répond aux besoins et aux objectifs du patient. Ils offrent l'espoir que le traitement aborde les problèmes du patient et mène à une amélioration. Nous reviendrons à une discussion des facteurs communs dans la troisième partie.

La prise de conscience de l'inconscient

En psychothérapie psychodynamique, une des choses qui – pensons-nous – aide le plus nos patients est de rendre conscient l'inconscient. Cette idée fut la base de la première théorie de Freud sur l'action de la thérapie (11). En se fondant sur ses recherches cliniques, Freud émit l'hypothèse que certains patients développaient des symptômes parce que leurs pensées et leurs sentiments, inaccessibles à leur conscience, exerçaient un effet pathologique sur leur fonctionnement conscient. Pour Freud, beaucoup de ces pensées étaient des souvenirs. D'où sa fameuse parole : « ces patients souffrent principalement de réminiscences » (12). Bien que Freud utilisât d'abord l'hypnose pour ramener à la conscience des souvenirs prisonniers dans l'inconscient, lui et

ses patients réalisèrent rapidement que l'entretien, le simple échange verbal libre, ramenait des pensées inconscientes et des sentiments vers la surface. Depuis cette époque, les visions de l'action curative se sont complexifiées. Cependant, les idées fondamentales selon lesquelles :

- les pensées et les sentiments hors de notre portée consciente peuvent affecter et motiver des personnes, souvent en les conduisant vers des processus habituels mais inadaptés de penser et de se comporter ; et
 - devenir conscient de ces pensées et sentiments peut être thérapeutique
- demeurent des principes centraux de la psychothérapie psychodynamique.

Pourquoi devenir conscient de pensées et sentiments inconscients peut-il être thérapeutique ?

Les manières de l'envisager sont multiples :

- **Percer l'abcès :** un point de vue est que ces pensées et sentiments séquestrés peuvent devenir nuisibles et que les relâcher peut être cathartique¹. L'analogie est établie avec la médecine somatique, où un abcès purulent cause de la douleur même s'il est caché sous la peau. Tout comme l'abcès nécessite une incision et un débridement, les sentiments captifs doivent être dégagés. Cela est souvent appelé l'abréaction et demeure un principe important en psychothérapie psychodynamique (13).
- **Éviter la dissémination dans l'obscurité :** Freud disait qu'un élément issu de l'inconscient « prolifère dans l'obscurité » s'il n'est pas amené à la conscience par la parole, ce qui signifie qu'il grossira jusqu'à devenir énorme et de dimensions intolérables (14). De nouveau, nous avons tous vécu des expériences au sein desquelles nous sommes moins effrayés par quelque chose quand nous en avons parlé. Dans ce modèle, parler d'une chose, c'est comme allumer la lumière dans votre chambre à coucher pour découvrir que le monstre géant dans le coin est, en réalité, un chapeau sur une chaise.
- **Se connaître soi-même aide à prendre de meilleures décisions :** si les forces qui gouvernent nos pensées, nos sentiments et nos comportements sont inconscientes, nous ne pouvons les contrôler. Elles guident nos prises de décisions, provoquent de l'anxiété et produisent des sentiments. Il est logique que l'augmentation de conscience de ces forces puisse aider les personnes en leur donnant plus de maîtrise consciente de leur prise de décision, leur manière de se penser et de créer des relations avec les autres. Expliquer ces concepts au patient peut être une manière très efficace et puissante de l'aider à comprendre le traitement et son potentiel thérapeutique.

1. *N.d.T.* Cathartique : du grec *catharsis*, signifie « purification ».

Comment aider les personnes à prendre conscience de choses en dehors de leur conscience ?

Si nous considérons que les pensées et les sentiments inconscients causent des souffrances conscientes, nous devons y accéder. Mais *comment* ? Cela revient à se rendre dans un territoire inexploré sans carte. Même avec une carte, nous pourrions ne pas comprendre ce que nous y avons découvert, car l'esprit inconscient et l'esprit conscient recourent à différents types de processus de pensée. L'esprit inconscient est gouverné par ce que nous appelons un processus primaire, qui est non linéaire et non verbal (tel que les rêves), tandis que l'esprit conscient est gouverné par un processus secondaire, qui est linéaire et verbal (tel que la pensée consciente) (15). Ainsi, pour comprendre les pensées et sentiments inconscients, nous devons les traduire en une forme accessible à l'esprit conscient. Nous faisons cela avec des *mots*. Vous pouvez penser aux mots comme à des bateaux qui transportent des idées entre les parties inconsciente et consciente du cerveau. Nous avons tous vécu cette expérience d'un moment révélateur en employant un mot pour décrire une pensée vague. Cela est très utile et peut réduire notre anxiété. Souvent, nous possédons des mots pour une pensée ou un sentiment, nous pouvons en parler, le soumettre à notre examen conscient et nous en servir pour nous comprendre plus complètement.

Vous apprendrez des techniques spécifiques pour aider les patients à explorer leurs pensées et sentiments inconscients dans les parties quatre et cinq de ce manuel.

La fonction de soutien

Une troisième théorie de l'action thérapeutique veut que la psychothérapie psychodynamique agisse en aidant des patients par le renforcement de leur fonctionnement dans plusieurs domaines. Autrefois dénommés *fonctions de l'ego* (voir le chapitre 4), ces domaines de fonctionnement incluent des processus tels que le test de réalité, le contrôle des conduites impulsives et la régulation de l'amour-propre, qui nous aident à gérer notre vie mentale intérieure et nos relations au monde. Ils peuvent être affaiblis globalement ou sélectivement de manière aiguë ou permanente. À mesure des progrès de la compréhension du psychisme et des neurosciences, les chercheurs découvrent de plus en plus que la meilleure manière de comprendre ces fonctionnements est de les rassembler en dimensions ou domaines (16, 17). Dès lors, dans notre ouvrage complémentaire, *Psychodynamic Formulation*, nous suivrons cette approche en utilisant cinq domaines de fonctionnement (voir le chapitre 4 pour plus de détails) :

- le Soi ou le Moi ;
- le relationnel ;
- la cognition ;

- la souplesse d'adaptation ;
- le jeu et le travail.

La psychothérapie psychodynamique aide les patients en améliorant leur fonctionnement dans tous ces secteurs. Cette théorie de l'activité thérapeutique suggère que les patients peuvent non seulement tirer un bénéfice temporaire en « empruntant » un fonctionnement à leur thérapeute, mais aussi renforcer durablement leur fonctionnement en internalisant de nouveaux modes de penser et de se comporter. Toutes ces techniques de soutien décrites dans le présent manuel sont destinées à perfectionner ces fonctionnements (voir le chapitre 18).

La réactivation du développement

Une autre théorie de l'action thérapeutique en psychothérapie psychodynamique soutient que le traitement réactive le développement émotionnel et mental pour favoriser de nouveaux processus de développement plus efficaces. Une bonne analogie avec ce modèle est ce qui arrive quand un joueur de tennis arrête de s'améliorer, parce que son faible service l'en empêche. Un nouvel entraîneur remarque le problème et l'aide à « désapprendre » son service inefficace, lui enseigne la nouvelle technique et améliore son jeu. Pareillement, des gens peuvent avoir de la difficulté à se projeter en avant comme adulte en raison d'un fonctionnement problématique, lié à des abus dans l'enfance ou des négligences, combiné au tempérament unique et au milieu génétique de la personne (18). Comme l'entraîneur, un thérapeute peut offrir aux patients l'opportunité de croître et de développer un fonctionnement plus sain *dans le cadre d'une nouvelle relation avec lui*. Une nouvelle progression peut apparaître dans des domaines tels que le développement de :

- nouvelles façons de penser à soi et de régler son amour-propre ;
- nouvelles modalités de se mettre en relation avec autrui ;
- mécanismes plus souples et plus appropriés pour faire face (résilience) ;
- fonctions cognitives améliorées.

Par exemple, si un individu qui croit que personne ne se soucie de lui réalise que le thérapeute le fait, nous faisons l'hypothèse que cela réactive le développement de son amour-propre et de sa capacité d'entrer en relation avec les autres, permettant d'ouvrir la voie à une nouvelle relation plus solide. Pour certains patients, le fait de traduire cette expérience en mots peut les aider à devenir conscient, non seulement du problème et de ses raisons potentielles, mais aussi des manières dont la relation thérapeutique les aide à développer de nouveaux schémas de penser et de ressentir. Avec d'autres patients, ce processus peut devenir expérimental et moins explicite verbalement. Aujourd'hui, nous commençons à saisir les mécanismes neurobiologiques à travers lesquels la psychothérapie peut relancer le développement. Les progrès des neurosciences

suggèrent que des expériences précoces peuvent entraîner des changements persistants possiblement réversibles dans certaines circonstances (19). Par exemple, dans des modèles animaux, la variation des soins maternels affecte la méthylation des histones, les protéines qui enveloppent l'ADN cellulaire. La méthylation modifie la structure des histones et influence les portions d'ADN disponibles pour la transcription. De cette manière, les soins maternels affectent la transcription génétique sans transformer le génome lui-même. C'est ce que l'on appelle un changement épigénétique (20, 21). Bien que ces altérations puissent affecter la transcription des gènes pour toute l'existence, il a été démontré qu'ils sont réversibles chez les rongeurs quand les rejetons de mère négligente sont confiés à des mères attentionnées et élevés avec les rejetons de celles-ci (22).

Les changements épigénétiques en réponse à des pertes parentales précoces ou des privations émotionnelles affectives peuvent se rassembler dans certaines régions cérébrales telles que l'amygdale (23). Heureusement, le cerveau est un organe souple, constamment construit et reconstruit par nos expériences tout au long de notre vie. Nous avons toutes les raisons de nous attendre à ce que cela vaille aussi pour l'expérience d'être en psychothérapie. La littérature en neuro-imagerie montre de plus en plus de changements quantifiables dans le fonctionnement cérébral après une intervention psychothérapeutique (24-27). Des chercheurs ont même suggéré que la psychothérapie entraîne des changements épigénétiques dans les gènes, ce qui produit un impact sur la chimie des circuits interneuronaux cérébraux et même de nouvelles connexions synaptiques (28-30). Dès lors, dans un sens très réel, la thérapie réussit au point que des thérapeutes créent et favorisent les conditions qui permettent la neuroplasticité ou l'apparition de changements dans les circuits neuronaux (31-34).

Expliquer au patient le mécanisme d'action de la psychothérapie

Il est très important, en tant que thérapeutes, de comprendre comment nous pensons que fonctionne la psychothérapie psychodynamique. Mais nos patients, eux aussi, ont besoin de le comprendre. Comme nous le discuterons dans la troisième partie, la thérapie est plus efficace quand nous offrons à nos patients des raisonnements ou récits explicatifs de leurs symptômes tout comme une explication du déroulement du traitement et son action, et ce, très tôt dans le cours du traitement (8). Dans le guide pédagogique en annexe disponible en ligne, nous proposons un exemple de ce type d'information de base et des questions fréquemment posées au sujet de la psychothérapie psychodynamique que vous pourrez fournir aux patients dès le début de la cure. Cette ressource éducative de deux pages recouvre non seulement les attentes du patient (« mon thérapeute parlera-t-il ? »), la façon dont il peut participer à

la thérapie au mieux (par exemple en décrivant tout ce qui lui vient en tête) et celle dont nous pensons qu'agit la psychothérapie psychodynamique. Nous recommandons de partager cela avec vos patients durant la phase de consentement éclairé (voir le chapitre 7). Bien sûr, on peut évoquer le mode d'action différemment selon le patient auquel on s'adresse. Cela peut varier en fonction de la problématique du patient. Par exemple, vous pourriez insister sur l'intérêt de réactiver le développement avec une personne porteuse d'une histoire lourde d'enfance traumatisée, tandis que vous pouvez souligner le bénéfice de l'émergence de l'inconscient vers le conscient avec une personne aux prises avec des craintes inconscientes portant sur l'expression de son angoisse.

Maintenant que vous avez une idée claire de ce qu'est la psychothérapie psychodynamique, de son mode d'action et de la manière de l'expliquer aux patients, poursuivons par une réflexion sur l'évaluation des patients pour ce traitement et l'identification de ceux pour qui il est le plus profitable.

PARTIE 2

Évaluation

Concepts clés

La psychothérapie psychodynamique se décompose en quatre phases fondamentales :

- l'évaluation ;
- l'ouverture ;
- la phase centrale ou corps ;
- la clôture.

Les deux buts principaux de la phase d'évaluation en psychothérapie psychodynamique sont :

- rassembler des informations au sujet du patient pour formuler le cas et avancer des propositions de traitement ;
- établir le lien avec le patient et déterminer le style de traitement.

La psychothérapie psychodynamique repose sur quatre phases :

PHASE	OBJECTIFS
Évaluation	Inclut l'évaluation du problème aigu et des schémas en cours de fonctionnement, le recueil de l'anamnèse, l'élaboration d'une formulation et la prescription d'un traitement.
Ouverture	Le début du traitement: inclut l'établissement du cadre, le développement d'une alliance, la description des objectifs et l'aide aux patients pour la compréhension du mécanisme du traitement. Cette étape est parfois appelée « phase d'induction ».
Phase centrale, corps	Le cœur du traitement: patient et thérapeute travaillent de concert pour atteindre les objectifs. Cette étape est souvent nommée « le corps ».
Clôture	La clôture du traitement: inclut la consolidation des objectifs, le passage en revue du traitement, une appréciation réaliste du ou des changements, la possibilité de développements futurs, la planification d'un traitement ultérieur si nécessaire et la cessation de la cure. Parfois dénommée « phase de terminaison ».

Ce manuel couvre toutes ces phases du traitement. Dans cette section, nous débiterons par la celle d'évaluation.

Afin d'aider au mieux nos patients, nous devons nous enquérir d'un maximum d'informations sur les problèmes qui les ont amenés à consulter à la recherche d'une aide ainsi que de la façon dont fonctionne leur psychisme habituellement. Tel est l'objet de la phase d'évaluation.

Le chapitre 3 vous apprendra à recueillir une histoire complète tout en mettant en place les conditions de confort et d'apaisement émotionnel, afin d'encourager vos patients à s'exprimer librement et ouvertement. Le chapitre 4 veillera spécifiquement à évaluer le fonctionnement ainsi que les mécanismes de défense. Le chapitre 5 vous enseignera à élaborer une formulation initiale qui vous aidera, vous et votre patient, à fixer des objectifs particuliers pour une psychothérapie psychodynamique. Enfin, le chapitre 6 décrira les indications d'une psychothérapie psychodynamique de sorte que vous jouirez d'une vue claire sur les personnes qui peuvent retirer un bénéfice de ce traitement.

CHAPITRE 3

Création d'un espace sécurisé et conduite de l'évaluation

Concepts clés

Toute psychothérapie psychodynamique débute par une évaluation. Selon le type de traitement et le cadre, cela peut prendre une à quatre rencontres.

Durant cette phase, le thérapeute devra :

- instaurer un soutien fiable et sécurisant pour le patient qui s'aventure à s'exprimer ;
- débiter par des questions ouvertes à la découverte de la plainte principale du patient ;
- recueillir une histoire complète du passé et du présent de la maladie psychique ainsi que de son cheminement développemental ;
- évaluer :
 - la plainte principale et les symptômes actuels ainsi que les troubles éventuels selon le DSM, *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders* ou la CIM, *Classification internationale des maladies*,
 - les domaines de fonctionnement, dont les forces et les difficultés,
 - la capacité réflexive et le souci psychique,
 - les motivations et les ressources.

Le docteur Z., un cardiologue interventionniste dans un centre médical tertiaire, se prépare à sa première angiographie du jour. Monsieur A., son premier patient, est envoyé par un interniste local pour mise au point d'un « angor classique ». « Bonjour Monsieur A. », dit le docteur Z., « Comment allez-vous ? » « Très bien, répond Monsieur A., si ce n'est que je continue à ressentir constamment cette douleur au niveau de l'estomac ». « Constamment ? » demande le docteur Z. Monsieur A. est envoyé par son interniste pour une angiographie, mais le diagnostic laisse perplexe le docteur Z., réalise son propre diagnostic avant de s'embarquer dans l'acte prescrit qui était demandé.

En qualité de psychothérapeutes psychodynamiciens, nous devons faire la même démarche. Selon un vieux dicton : « Tout ressemble à un clou pour qui ne possède qu'un marteau ». Ce n'est pas parce que l'on est psychothérapeute psychodynamicien que la psychothérapie psychodynamique est toujours traitement adéquat. La première chose à faire avec tout nouveau patient est un bilan complet afin de préciser le traitement le plus approprié pour cette personne. Même si vous êtes un assistant, auquel un patient est « envoyé » pour une psychothérapie psychodynamique, vous devez à chaque fois procéder à une évaluation pour formuler une recommandation avisée.

Des multitudes de dessins et de caricatures dans divers journaux ont décrit les psychiatres comme passifs, attendant que leurs patients aient commencé. Rien n'est plus loin de la vérité. Quand nous entreprenons la phase d'évaluation, nous avons deux missions principales. La première est de créer une situation dans laquelle le patient se sente assez à l'aise pour parler de choses extrêmement intimes. La seconde est d'essayer de découvrir :

- qui est cette personne ; et
- pourquoi elle sollicite maintenant notre aide.

Créer un espace sécurisant de dialogue

On parle d'offrir un soutien fiable et sécurisant (1, 2), par quoi l'on entend aide le patient à se sentir en sécurité, écouté et compris dans une atmosphère de non-jugement. Dans la relation thérapeutique, la mise en place de ce soutien fiable et sécurisant consiste à établir les conditions qui aident les patients à se sentir sécurisés, hors de danger et en confiance. C'est le travail de fondement de l'alliance psychothérapeutique entre le patient et son thérapeute (voir le chapitre 9).

Nous allons essayer de créer cet espace de sécurité à l'aide des techniques suivantes.

Adopter un point de vue empathique et non jugeant

Comme nous en discuterons plus en détail dans la troisième partie, la clé de l'instauration d'un cadre sécurisant consiste à approcher le patient avec

empathie et sans prise de position. Une partie de ce processus implique de débiter par des questions ouvertes, destinées à encourager le patient à parler du problème qui l'amène à consulter et à rechercher un traitement. Même s'il y a des myriades de choses que vous désirez connaître à son sujet, commencez l'entretien de départ en suivant le patient pendant un moment (à peu près 5 à 10 minutes sur une séance de 45 à 50 minutes) de manière à parfaitement prendre connaissance de la plainte principale. Aucun sujet n'est trop personnel en ce lieu. Certains patients parleront librement de tout, de leurs relations sexuelles à leurs craintes les plus profondes. D'autres peuvent avoir du mal à parler à cause de la honte, de la crainte d'un jugement ou d'une difficulté à se confier à quelqu'un. Soyez prêt à ces situations, écoutez attentivement et posez des questions appropriées sur un ton le plus neutre possible. Certains restent tendus et mal à l'aise malgré tous vos efforts. Essayez d'aborder et de réduire leur embarras tout en vous souvenant que leur anxiété peut vous offrir d'importantes informations sur leur personnalité.

Thérapeute : J'ai appris par le docteur Y. que vous viendriez à la consultation, mais je n'en sais pas plus sur ce qui vous amène aujourd'hui ici. Pouvez-vous m'en dire davantage ?

Madame B. : C'est au sujet de mon compagnon. Nous devions nous marier, mais tout est annulé. J'ai pleuré pendant des jours. Je pense avoir gâché ma vie. Je peux à peine en parler.

Thérapeute : Je vois que vous êtes très perturbée. Pouvez-vous m'en dire plus sur ce qui est arrivé ?

Madame B. : C'est trop embarrassant – je suis quelqu'un de si épouvantable –, j'avais trop bu il y a trois semaines et j'ai couché avec un autre. Il l'a découvert – je suis désemparée depuis lors. Vous devez penser que je suis une personne monstrueuse.

Thérapeute : C'est clairement difficile pour vous d'en parler, mais le fait que cela vous ait tant perturbée et bouleversée est ce pourquoi vous êtes venue me parler aujourd'hui. Je voudrais seulement entendre ce qu'il s'est passé pour pouvoir vous aider, vous faire vous sentir mieux et comprendre la situation. Commençons par le commencement. Quand devait avoir lieu le mariage ?

Attitude chaleureuse et intérêt sont les clés du succès. En recueillant tout le récit, vous transmettez au patient votre intérêt et l'aidez à se sentir assez en sécurité pour vous raconter les faits les plus pénibles.

Veiller au confort physique du patient

Il est très important d'offrir au patient un espace calme où il peut vous parler. Des chaises confortables proches peuvent encourager la confiance : c'est primordial ; mais pas trop proches, pour éviter les contacts physiques. Éteindre votre téléphone durant les entretiens ou proposer de modifier le thermostat peut aider les patients à se sentir en sécurité et à l'aise.

Assurer la stricte confidentialité

Assurer à vos patients que les entretiens sont confidentiels est essentiel pour les aider à se sentir en lieu sûr. Vous pouvez l'exprimer explicitement. Évitez aussi toute interruption durant l'entretien.

Démontrer la compréhension

Il peut être des plus thérapeutique de transmettre clairement vos impressions initiales aux patients de manière qu'ils se sentent écoutés, validés et compris (voir le chapitre 9).

Monsieur C. : Ainsi ces deux derniers mois ont été terribles – c'est difficile de mettre tout en mots, de verbaliser exactement ce qui s'est passé, mais je me suis juste senti misérable depuis la disparition de ma femme : ne pas manger, ne pas dormir, et juste me traîner. Je ne sais pourquoi j'ai été incapable de reprendre le travail.

Thérapeute : Il semble que vous étiez vraiment déprimé. C'est franchement difficile de travailler quand vous vous sentez aussi mal.

Monsieur C. : Oui, j'ai été déprimé, c'est vrai. Ma sœur n'a cessé de me dire de retourner au travail, mais vous avez raison, ce n'est pas aussi facile.

Installer le cadre et les limites

On dit que « de bonnes clôtures font les bons voisins », et pareillement un bon cadre fait une bonne évaluation. L'opacité et la supposition rendent les gens anxieux ; l'ouverture et la transparence aident les gens à se sentir en sécurité. Vous pouvez fournir aux patients le cadre de l'entrevue en leur faisant savoir qui vous êtes, la durée de votre intervention et qu'il s'agit d'une évaluation pour la psychothérapie. Nous en discuterons davantage au chapitre 8.

Être professionnel et consciencieux

L'emploi d'un ton professionnel aidera aussi les patients à se sentir rassurés. Ce qui signifie être chaleureux sans être familier. Rappelez-vous que c'est une relation à sens unique : tout l'art est de la maintenir comme telle sans être rigide.

Monsieur D. : Oui. J'ai grandi juste à la périphérie de Québec.

Thérapeute : Oh vraiment, moi aussi ! Quel lycée avez-vous fréquenté ?

Cette réponse est trop familière, le patient n'a pas besoin de savoir d'où vous venez.

Monsieur D. : Oui, j'ai grandi juste à la périphérie de Québec.

Un véritable guide clinique clés en main

Pionnière dans la transmission du savoir pratique en psychothérapie, Deborah L. Cabaniss propose d'épauler le thérapeute dans son travail de contribution douce mais efficace au mieux-être de son patient. Dans cette optique, *Psychothérapie psychodynamique* offre aux lecteurs un matériel (conseils pratiques, rappel de concepts, suggestion d'interactions...) à appliquer directement en traitement avec les patients. Le livre est construit suivant une approche unique et éprouvée faisant appel à trois étapes clés :

- l'écoute
- la réflexion
- l'intervention.

Celles-ci sont appliquées à tous les aspects du traitement et sont soutenues par des concepts psychothérapeutiques de base tels que l'évaluation, l'écoute empathique et la définition du cadre.

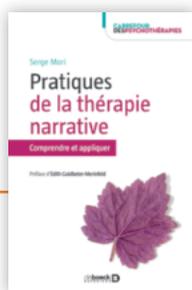
- Des conseils pratiques et exemples cliniques
- De nombreuses activités suggérées par chapitre
- Un guide psychoéducatif de la situation de soin, un guide pédagogique et une section de FAQ sont inclus en compléments numériques.

Deborah L. Cabaniss est professeur de psychiatrie clinique et directrice du département de Psychothérapie ainsi que de l'Académie Virginia Appgar au Collège des Médecins et Chirugiens de l'Université de Columbia (New York).

Sabrina Cherry, Carolyn J. Douglas et Anna R. Schwartz sont professeures agrégées en psychiatrie au Collège des Médecins et Chirugiens de l'Université de Columbia (New York).

Philippe Dumoulin Golstein est médecin et travaille en cabinet privé et dans les services psychiatriques de Berne.

DANS
LA MÊME
COLLECTION



ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-1580-8



9 782807 315808

deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com