



La thérapie psychodynamique

un mini-guide de pratique

première édition

2
0
1
9

Claude Blondeau

Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap



Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap
Montréal, QC, Canada
2019

ISBN 978-2-925053-08-8

Dépôt légal 3^e trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2019

Bibliothèque et Archives Canada 2019

1^{re} édition

Table des matières

| | |
|---------------------------------------------------|----|
| Introduction | 1 |
| Capsule 1 : Première et deuxième topique de Freud | 2 |
| Objectifs de la psychothérapie | 3 |
| Efficacité de la thérapie psychodynamique | 4 |
| Indications | 4 |
| Contre-indications | 5 |
| Principes thérapeutiques | 5 |
| Les principales étapes de la thérapie | 14 |
| Capsule 2 : Évaluation initiale | 14 |
| Outils et instruments | 18 |
| Capsule 3 : L'analyse des rêves | 20 |
| Formation | 24 |
| Lectures suggérées | 24 |
| Conclusion | 25 |
| Références | 26 |
| La thérapie psychodynamique en résumé | 28 |

La thérapie psychodynamique : Un mini-guide de pratique

Dr Claude Blondeau,^{a,b} MD, M.Ps,
FRCPC, candidat en formation à l'Institut
psychanalytique de Montréal

Introduction

La psychothérapie psychodynamique est née de la méthode psychanalytique élaborée par Freud au début du 20^{ième} siècle. Elle s'articule autour de l'idée qu'il existe des forces inconscientes qui agissent à notre insu et influencent plusieurs de nos pensées, émotions et comportements. Ainsi, la partie consciente de notre rapport au monde ne représenterait qu'une toute petite portion de la réalité psychique, qui demeurerait largement inconsciente.

Selon la perspective psychanalytique, les symptômes et insatisfactions diverses qui motivent la demande de consultation en psychothérapie ne sont que le signal visible («la pointe de l'iceberg») de ces forces inconscientes en action. Dans cette approche, le travail de psychothérapie vise principalement à mettre à jour les conflits intrapsychiques associés à ces forces jusqu'alors demeurées inconnues du patient.

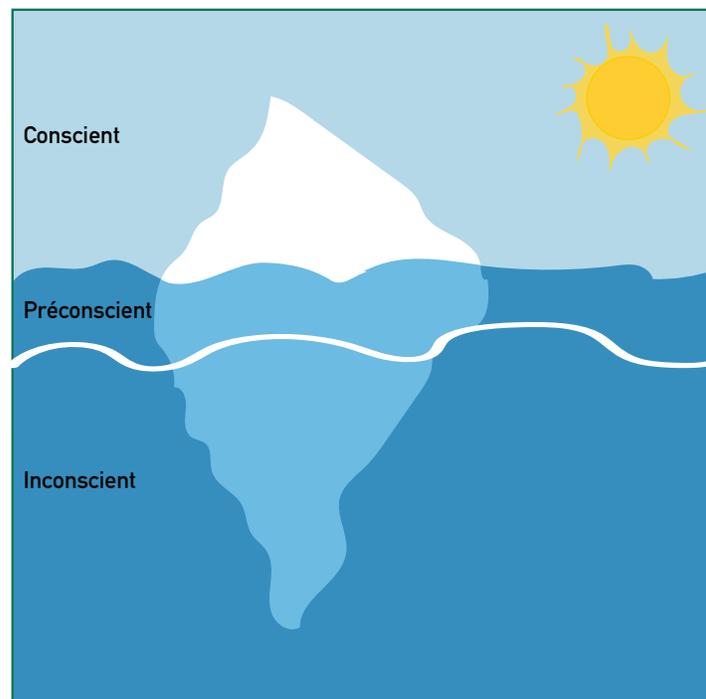


Figure 1. Les trois systèmes de l'appareil psychique (Première topique de Freud)

^a Université de Montréal, département de psychiatrie

^b Pavillon Albert-Prévost (Clinique des maladies affectives), Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal

Capsule 1 : Première et deuxième topique de Freud

Selon Laplanche et Pontalis (2002), une topique est « une théorie ou un point de vue qui suppose une différenciation de l'appareil psychique en un certain nombre de systèmes doués de caractères ou de fonctions différentes et disposés dans un certain ordre les uns par rapport aux autres, ce qui permet de les considérer métaphoriquement comme des lieux psychiques dont on peut donner une représentation figurée spatialement. »

C'est dans son livre « L'Interprétation du rêve » (1900) que Freud élabore sa première topique. Selon ce modèle, l'appareil psychique se compose de trois systèmes, soit le conscient (la surface qui relie le monde extérieur et le monde intérieur, dimension de l'être conduite par la raison), le préconscient (« espace » où les représentations peuvent facilement être amenées à l'état de conscience) et l'inconscient (composé principalement de diverses pulsions refoulées qui font sans cesse « pression » pour atteindre le système conscient). Deux modes de fonctionnement organisent ces différents systèmes :

- Les **processus primaires** caractérisent le système inconscient. L'énergie psychique y circule plus librement, passant sans entraves d'une représentation à une autre. Le *principe du plaisir* y prédomine, c'est-à-dire la recherche soutenue d'une décharge énergétique abaissant la tension (et générant du plaisir), sans prise en compte de la réalité. Les motions contradictoires s'y côtoient sans problème; la dimension temporelle n'existe pas et les modalités hallucinatoires y prédominent. C'est ce type de processus que l'on retrouve à l'œuvre dans le travail du rêve (cf. capsule 3).
- Les **processus secondaires** régissent le système préconscient-conscient, où l'énergie est liée aux représentations de façon plus stable. La décharge énergétique s'effectue de manière plus contrôlée, en tenant compte du *principe de réalité* ; et un ajournement de la satisfaction devient possible grâce à diverses expériences mentales liées à la raison, au langage et à la pensée vigile.

Entre le système inconscient et le système préconscient-conscient, une certaine forme de censure limite la circulation libre d'un espace à l'autre.

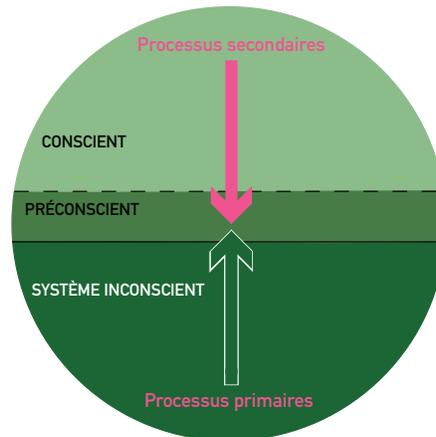


Figure 2. Systèmes Conscient et Préconscient-Conscient: deux modes de fonctionnement psychique

Dans la deuxième topique (décrite dans « Le moi et le ça » (1923)), Freud ajoute aux systèmes précédemment décrits une cartographie de diverses instances psychiques qui opèrent en nous. Il décrit ces instances selon les catégories du Ça (le réservoir pulsionnel, d'où originent les souhaits et les désirs), du Surmoi (la conscience morale qui proscrie l'assouvissement de certains désirs incompatibles avec la réalité et prescrit certains idéaux) et du Moi (qui agit comme médiateur et tente de concilier les demandes du Ça, du Surmoi et du monde extérieur).

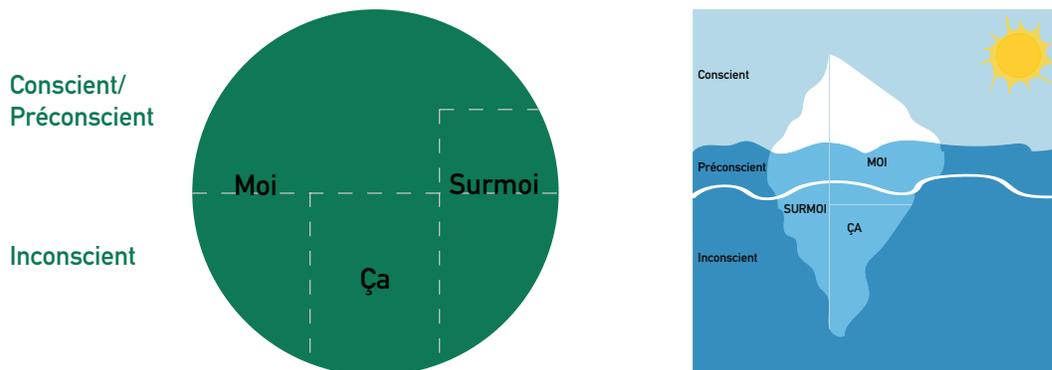


Figure 3. Deuxième topique (structural model) Tiré de Gabbard, 2000

Objectifs de la psychothérapie

L'objectif principal de cette approche consiste à libérer le patient des contraintes liées aux forces inconscientes à l'origine de son mal-être. Au cœur de cette approche se trouve l'idée que le moi se trouve soumis à diverses exigences - provenant à la fois du monde interne et du monde externe - qu'il doit concilier en tenant compte de la réalité, ce qui le place en état de tension constante.

La santé mentale résulte de notre capacité à moduler de façon adaptée nos réponses à ces diverses exigences et stimulations souvent conflictuelles

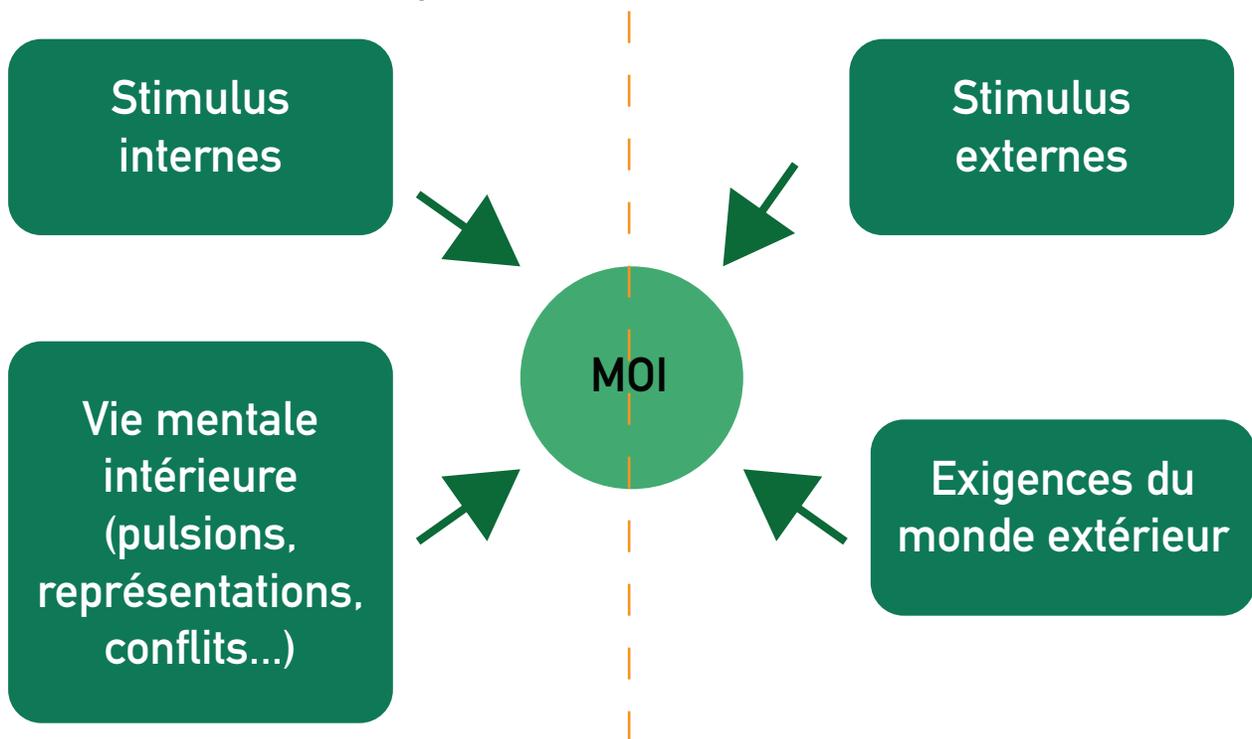


Figure 4. Le Moi: toujours en conflit

Pour éviter de faire face à certaines réalités (interne ou externe), le moi recourt à divers mécanismes de défenses ; ce qui entraîne des distorsions parfois importantes dans la façon de percevoir la réalité. Le moi du patient se trouve ainsi protégé d'une certaine anxiété, mais au prix d'une énergie psychique perdue et d'une vision déformée de soi et des autres, souvent à l'origine de ses symptômes.

L'objectif de la thérapie consiste à libérer le plus possible le patient des contraintes liées à ses défenses afin qu'il acquiert une vision plus réaliste du monde. Pour y arriver, il faudra d'abord identifier les raisons pour lesquelles ces défenses ont été mises en place, le plus souvent durant l'enfance.

De façon plus générale, le thérapeute invite aussi le patient à développer sa capacité à entrer en contact avec son monde intérieur sans trop chercher à se défendre face aux émotions et pensées

inconfortables que cette démarche peut générer. Le travail de psychothérapie psychodynamique vise ainsi à rendre le patient plus à l'aise à « dialoguer avec lui-même » lors des séances de psychothérapie, mais surtout dans sa vie en général. Un sentiment de liberté intérieur se fait sentir lorsque cet objectif est atteint. Les inhibitions deviennent moins importantes et le patient éprouve plus facilement du plaisir dans sa vie de tous les jours. Également, l'estime de soi s'améliore puisque le patient apprécie de manière plus réaliste ses forces et accepte davantage ses faiblesses.

La thérapie vise également une réduction des conflits interpersonnels à travers une meilleure régulation des émotions et le développement d'une « saine dépendance » dans les relations avec les autres. Le patient apprend à cultiver des attentes plus réalistes face aux autres, moins teintées par le prisme de ses expériences infantiles.

L'approche psychodynamique facilite également l'exploration du monde onirique à travers l'analyse des rêves, abordés comme autant de « messages de l'inconscient » qui demandent à être décryptés.

Efficacité de la thérapie psychodynamique

Le nombre d'études démontrant l'efficacité de la thérapie psychothérapie n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années malgré les difficultés méthodologiques inhérentes à la recherche dans ce domaine (Leichsenring, 2015). Cette approche s'est avérée particulièrement efficace dans le traitement de la dépression et de plusieurs formes de troubles anxieux soit le trouble anxiété sociale et possiblement le trouble anxiété généralisée et le trouble panique (Fonagy, 2015). Des données récentes ont également démontré une diminution de la suicidalité chez les patients traités par la thérapie psychodynamique (Briggs, 2019). L'effet thérapeutique serait également plus soutenu chez les patients déprimés ayant complété une thérapie de cette approche quand on les compare à ceux qui ont obtenu une rémission en recourant uniquement à la médication (Rosso, 2019).

Indications

Pour bénéficier pleinement de cette approche, le patient doit avoir le sentiment que parler librement de ses problèmes peut l'aider à jeter un éclairage nouveau sur ses difficultés. Il doit pressentir qu'une part de sa réalité lui échappe, que ses difficultés représentent une forme d'énigme qu'il s'agit de résoudre. Ce sentiment témoigne d'un rapport favorable à l'inconscient et il constitue un moteur essentiel pour le processus thérapeutique.

Un confort minimal face à la dimension non structurée inhérente à l'approche psychodynamique doit également être présent, le choix des thèmes à aborder lors des séances étant généralement laissé à l'initiative du patient.

Une capacité d'introspection minimale est également requise, de même qu'une reconnaissance d'une certaine part de responsabilité face à ses difficultés.

Contre-Indications

Sur le plan psychopathologique, il n'y pas de contre-indications formelles pour cette forme de psychothérapie. Certaines conditions peuvent toutefois représenter des contre-indications relatives. Par exemple : Les états de psychose aigus, les troubles de la personnalité avec forte pression d'agir, les troubles sévères liés à l'usage de substances ou encore le retard mental.

Au cours des dernières décennies, diverses formes de thérapies psychodynamiques ont toutefois été développées pour traiter des troubles auparavant considérés comme des contre-indications formelles pour cette approche. Par exemple, la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2009) et la thérapie focalisée sur le transfert (Stern et Yeomans, 2018) ont démontré leur efficacité pour le traitement du trouble de la personnalité limite depuis déjà plusieurs années.

Principes thérapeutiques

■ 1. Les libres associations du patient

La méthode psychanalytique vise à placer le patient dans une situation où il se sentira à l'aise de s'exprimer le plus librement possible sur ses difficultés, sans se censurer comme il peut être indiqué de le faire dans le cadre d'une conversation « ordinaire » avec ses proches.

C'est la raison pour laquelle le thérapeute dynamique demande explicitement au patient de « dire tout ce qui lui vient en tête, sans se censurer au niveau logique (« ça n'a pas de sens ») ni moral (« c'est trop gênant ») ». Cette injonction, l'une des rares formulées dans cette approche de psychothérapie, vise donc à faciliter l'élaboration du patient en minimisant les entraves potentielles liées à la raison. Le patient est ainsi invité d'emblée à mettre sa conscience « en veilleuse » durant les séances, afin de faire émerger des contenus de pensées qui sont normalement laissés de côté dans la vie quotidienne. En laissant défiler sa parole avec le moins de retenue possible, le patient en vient progressivement à dire des choses qui le surprennent et/ou à se remémorer des pans de sa vie qu'il avait oubliés, par exemple.

■ 2. L'attention flottante du thérapeute

De son côté, le thérapeute se met à l'écoute des pensées, images, émotions, etc., que les paroles du patient génèrent en lui. Son attention est alors dite « flottante », parce qu'il ne cherche pas à monopoliser d'emblée son intérêt sur un sujet plutôt qu'un autre. Il s'agit d'une posture thérapeutique qui est le contrepoint direct des associations libres demandées au patient.

■ 3. Co-construction

C'est à partir du point de rencontre entre les associations du patient et celles du thérapeute qu'une compréhension nouvelle des difficultés pourra émerger progressivement au fil des rencontres.

Le patient sera ainsi invité à redéfinir peu à peu la nature de ses problèmes en collaboration avec le thérapeute, sans construction de sens « pré-fabriquée » qui lui serait imposée de l'extérieur. Il pourra ainsi redéfinir progressivement certaines représentations de lui-même et des autres qui se sont avérées contraignantes et souvent à l'origine de ses symptômes.

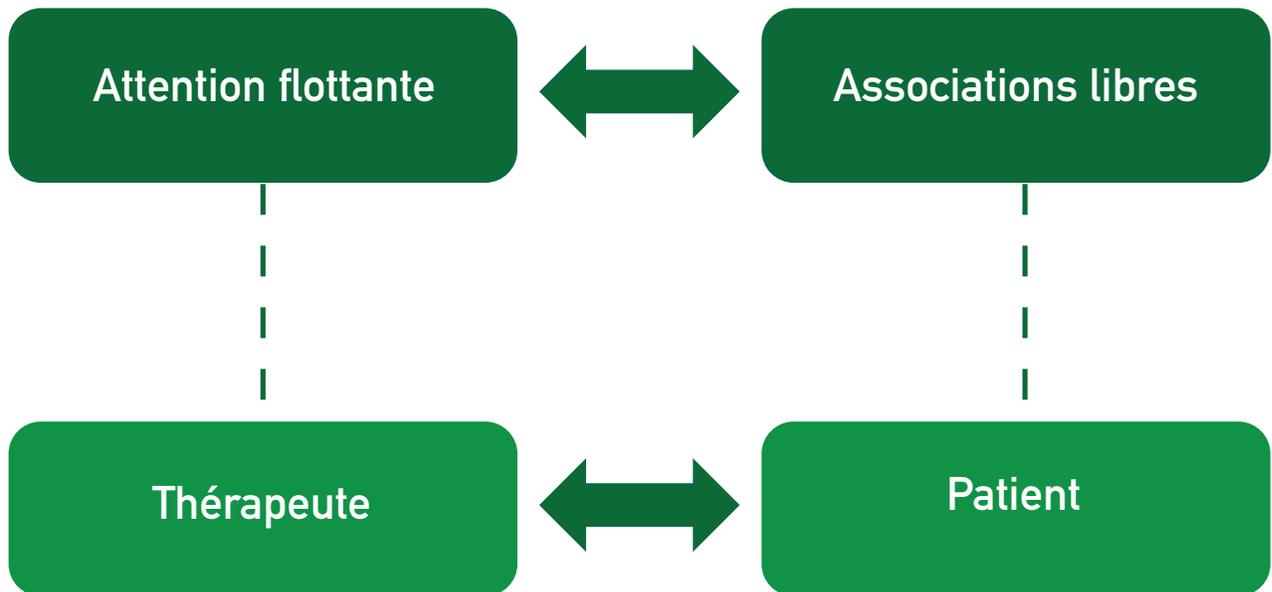


Figure 5. Le travail thérapeutique en co-construction

■ 4. Interprétation des résistances

Il est toutefois difficile de renoncer à certaines représentations de soi-même (et des autres) auxquelles notre identité s'articule depuis l'enfance. C'est pourtant sur cette route que le patient s'engage en débutant la thérapie. Et c'est la raison pour laquelle diverses formes de résistances (p.ex. : oublis, retards, évitement de certains sujets significatifs, dévalorisation du processus...) se manifestent dès le début du traitement, de façon à préserver l'inertie psychique et éviter le risque d'un bouleversement identitaire. Le patient se trouve alors confronté à un dilemme intérieur : il veut changer (c'est la raison pour laquelle il consulte), mais une partie de lui-même souhaite maintenir le statu quo (et préserver les anciennes stratégies défensives qui ne répondent pourtant plus à ses besoins d'adulte).

Le schéma suivant (figure 6) illustre comment les résistances apparaissent dès que le processus psychothérapeutique est activé suivant l'établissement du cadre par le thérapeute, et le plus souvent même dès les premiers temps de la rencontre. Résistances et processus sont des forces qui demeurent en opposition dynamique tout au long de la thérapie.

1) Établissement du cadre interne et externe

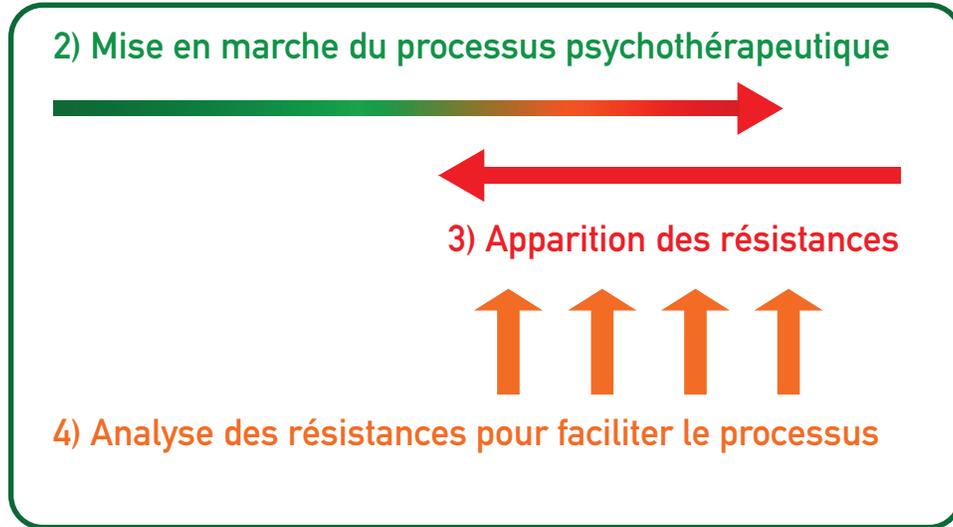


Figure 6. Processus et résistance

Un des rôles importants du thérapeute dynamique consiste à interpréter régulièrement ces résistances pour permettre la poursuite du processus thérapeutique face auquel le patient est toujours fondamentalement ambivalent.

■ 5. Mécanismes de défense

Les résistances se manifesteront généralement sous la forme de « mécanismes de défense », c'est-à-dire des stratégies utilisées par le moi (le plus souvent de manière inconsciente) pour éviter de ressentir l'anxiété générée par certaines représentations menaçantes. L'identification de ces mécanismes oriente le thérapeute et le patient vers le conflit intrapsychique sous-jacent, ce qui en facilite l'exploration et éventuellement la liquidation.

Le recours aux mécanismes de défense mobilise une partie des énergies du moi du patient; une énergie qui ne peut donc pas être investie ailleurs (pour le développement personnel, par exemple). Plusieurs mécanismes de défenses ont été décrits au fil des années. Certains auteurs en dénombrent près d'une centaine ! On peut toutefois les regrouper en quatre grandes catégories en fonction de leurs caractéristiques prédominantes ([tableau 1](#) et [figures 7, 7b](#)).

Tableau 1. *Classification des mécanismes de défense*

Primitifs

Ces mécanismes se caractérisent par une distorsion importante de la réalité articulée autour du mécanisme central du **déni**. Le sujet qui y recourt perçoit difficilement le fait qu'il a un problème. L'autocritique est souvent absente. Dans cette catégorie, on retrouve le déni psychotique, la projection délirante ou encore le retrait autistique, par exemple.

Immatures

Le patient garde un bon contact avec la réalité, mais sa façon de percevoir les autres et soi-même est parfois sans nuance, c'est-à-dire soit complètement bonne ou complètement mauvaise (en alternance). On parle alors de **clivage**. À ce niveau, le patient reconnaît le plus souvent qu'il y a un problème (il n'y a pas de déni psychotique), mais il attribue l'origine de ce problème à une cause externe (via une projection). On parle alors d'externalisation de la conflictualité psychique, une caractéristique propre aux organisations de personnalité dites «limite».

Névrotiques

Le patient garde ici un bon contact avec la réalité. Sa vision de lui-même et des autres est nuancée et il assume sa juste part de responsabilité pour ses difficultés. À ce niveau, c'est surtout l'intégration des dimensions affectives et cognitives qui pose problème. Cette dissociation porte la marque du **refoulement**, mécanisme central de cette catégorie. Cette défense «dissocie» la représentation de l'affect qui lui est associé. En fonction du destin réservé à chacune de ces composantes, on reconnaît alors d'autres mécanismes de défense tel que l'isolement de l'affect (un patient surpris de ne pas pleurer lors d'un événement triste, par exemple), l'intellectualisation ou le déplacement (un patient explose de colère envers un ami alors qu'il n'a pas su s'affirmer devant son frère, par exemple).

Il arrive également que l'affect et la représentation soient écartés de la conscience. Dans ce cas, le patient ne peut tout simplement pas entrer en contact avec l'émotion et le contenu de pensée. Le refoulement est alors «complet» et repérable uniquement par des indices cliniques indirects (par exemple, un lapsus ou un rêve).

Matures

Ces défenses permettent une protection efficace contre l'anxiété tout en favorisant le développement personnel, sans distordre la réalité et en permettant au patient d'assumer pleinement la responsabilité de ses problèmes. Ces défenses permettent également une intégration des dimensions affectives et cognitives. Dans cette catégorie de défenses, on retrouve l'humour, la sublimation et l'affirmation de soi, par exemple.

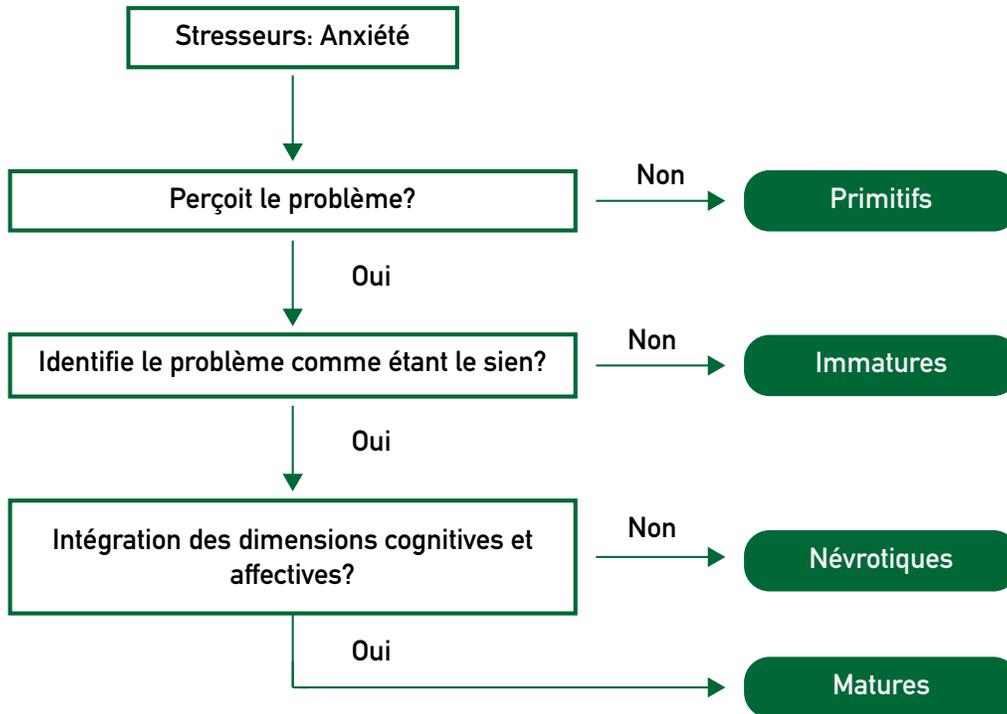


Figure 7. Algorithme clinique de classification (Adapté de Beresford, 2012)

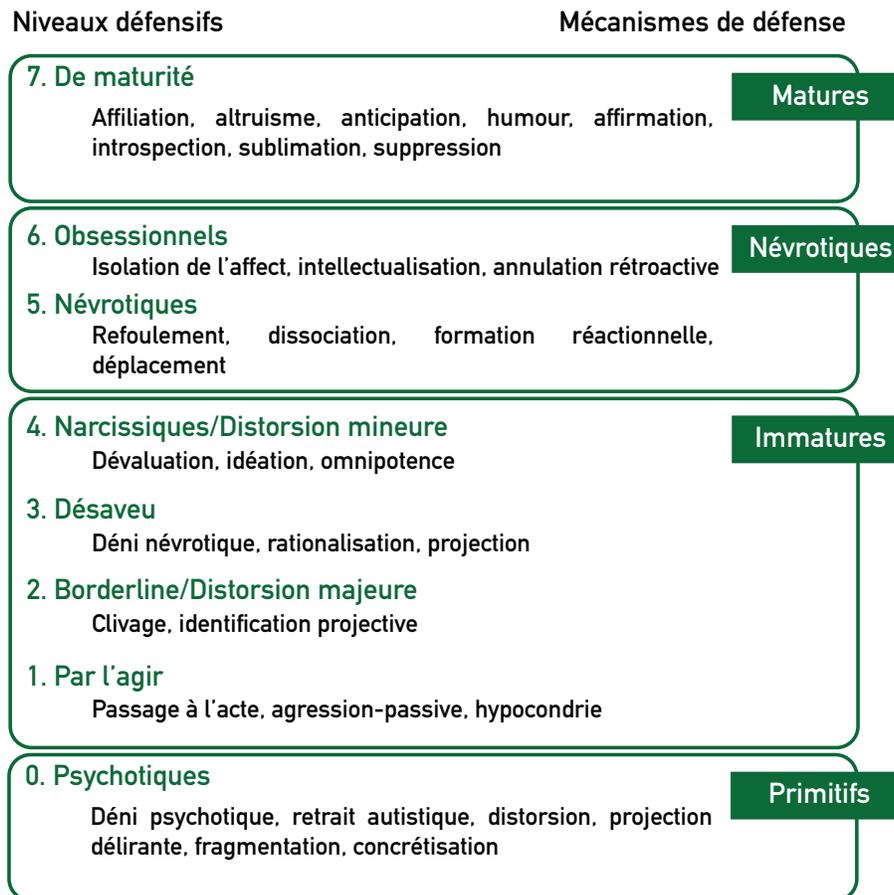


Figure 7b. Mécanismes de défense et niveaux défensifs (Adapté de Perry, 2016)

■ 6. Principe de retournement et de neutralité

La psychothérapie psychodynamique vise d'abord le développement de l'autonomie du patient. Elle souhaite libérer le sujet de certaines représentations aliénantes (de lui, des autres et du monde) auxquelles il a adhéré durant son enfance, mais qui ne collent plus à sa réalité actuelle.

Le patient ressent tout naturellement le besoin de placer initialement son thérapeute dans le rôle de celui qui sait (le transfert dit « positif »). Il attend de lui des réponses « claires » ou encore des conseils. Dans la mesure du possible, le thérapeute lui retourne plutôt la responsabilité de trouver lui-même sa voie. Il évite ainsi de rejouer le rôle d'un parent qui lui dirait quoi faire de sa vie. Ce principe permet de prévenir le développement d'une autre forme d'aliénation qui serait celle d'un « endoctrinement » par le thérapeute.

Le thérapeute dynamique joue donc plutôt le rôle d'un accompagnateur qui aide le patient à élaborer lui-même une nouvelle compréhension de ses difficultés. Évidemment, certains patients nécessitent des formes d'interventions plus concrètes de la part du thérapeute, en fonction de la psychopathologie ou des phases de la thérapie.

■ 7. Négativité et associativité

L'écoute analytique n'est pas focalisée sur le contenu manifeste mis de l'avant par le patient. Elle cherche plutôt à « entendre » les manifestations de l'inconscient qui se « faufilent » à travers le discours rationnel sous diverses formes : silence soudain, changement d'affect, lapsus, signal non-verbal... C'est à ce niveau que l'écoute du thérapeute dynamique se situe.

Le thérapeute porte aussi une attention particulière à « ce qui n'est pas là mais devrait y être » (principe de négativité). Par exemple, un patient qui n'aurait jamais glissé un mot sur sa famille après plusieurs mois de thérapie ; ou un autre qui demeurerait silencieux quant au fait d'avoir été oublié par son thérapeute la semaine précédente. Autant de signes de conflits psychiques potentiels se manifestant par « l'absence de... ».

Pour le thérapeute dynamique, la logique selon laquelle s'articulent les différents thèmes abordés par le patient a également un sens (principe de générativité associative). Par exemple, le thérapeute sera particulièrement attentif au contenu d'un rêve abordé par un patient qui vient tout juste d'exprimer ses inquiétudes par rapport au début de la thérapie ; il est possible que le matériel exposé dans le rêve « parle » de la nature de ses angoisses face au processus d'exploration qui s'amorce. Ainsi, deux thèmes sans liens apparents peuvent être associés par une logique inconsciente qu'il peut être utile de découvrir.

■ 8. Un spectre d'intervention: de la validation à l'interprétation

Le thérapeute dispose d'un large spectre d'interventions. À une extrémité du continuum, on retrouve les interventions dites de « support », qui sont surtout utilisées lorsque le niveau d'anxiété du patient est trop élevé ou encore ses capacités d'introspection trop peu développées. En situation de crise aiguë, par exemple, le patient éprouvera surtout le besoin de se sentir compris et soutenu par le thérapeute. Des interventions de types reflets empathiques pourront alors temporairement être privilégiées, par exemple.

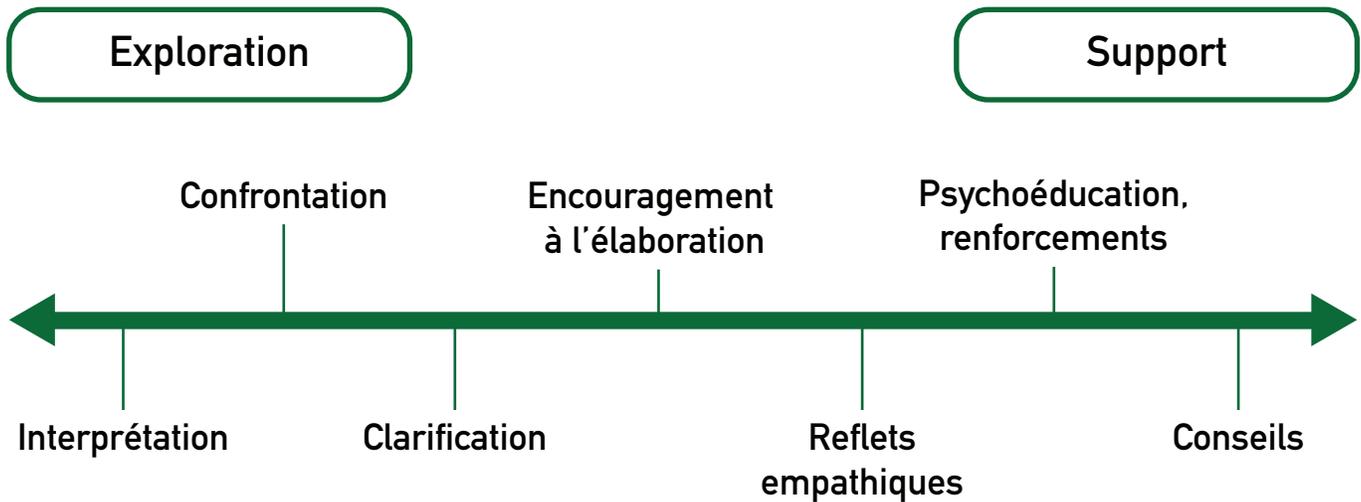


Figure 8. Spectre des interventions (Tiré de Gabbard, 2000)

L'objectif principal de la thérapie psychodynamique consiste toutefois à « rendre conscient ce qui est inconscient ». Les interventions pour atteindre cet objectif se retrouvent à l'autre extrémité du spectre, dans le pôle « exploration ». Ce groupe d'interventions visent à orienter le regard du patient vers son monde interne, et plus particulièrement différents conflits qui l'animent. Elles génèrent souvent plus d'anxiété et de résistance chez le patient parce qu'elles le confrontent à une nouvelle façon de concevoir la réalité. Ces interventions sont généralement formulées sous forme d'hypothèses ouvertes de façon à ce que le patient puisse s'en saisir ou non. Elles visent à nommer à la fois l'objet de l'angoisse (jusqu'alors inconscient) et le type de défenses mobilisées par le patient pour en éviter la prise de conscience. Par exemple, l'intervention suivante d'un thérapeute : « Ça semble difficile pour vous de parler de votre séparation récente; peut-être est-ce pour cette raison que vous préférez changer de sujet lorsque nous abordons la question? » Le thérapeute cherche ainsi à nommer la présence d'un conflit interne en lien avec la séparation.

De façon générale, le thérapeute oscille entre divers types d'intervention en fonction des besoins du patient et de sa capacité à tolérer l'anxiété. Le but étant de faciliter le développement de l'autonomie du patient dans l'exploration de ses difficultés tout en préservant l'alliance thérapeutique.

■ 9. Transferts

Le patient développe inévitablement certains sentiments, fantaisies et attentes face à son thérapeute. Ces réactions sont fortement déterminées par les relations que le patient a entretenues avec les personnes significatives dans sa vie (tout particulièrement ses parents). En adoptant une attitude de neutralité dite « bienveillante » (et non froide), le thérapeute facilitera le développement de ce « transfert » des figures du passé sur lui. Ce redéploiement du passé dans le présent représente un axe d'intervention important dans une thérapie psychodynamique.

Lors des séances de thérapie, le patient adopte donc une posture similaire à celle adoptée dans ses relations antérieures. Le thérapeute se trouve ainsi inévitablement engagé dans la même dynamique relationnelle que le patient fait jouer ailleurs dans sa vie. Se trouveront ainsi déployées dans l'espace thérapeutique diverses dyades relationnelles appelées « relations

d'objet », dans lesquelles patient et thérapeute sont appelés à jouer différents rôles en fonction de divers scénarios (le plus souvent inconscients) que le patient ne cesse de répéter dans sa vie. Par exemple, tel patient (dimension « soi » du schéma) ayant vécu sous le joug d'une mère dénigrante (dimension « objet » du schéma) pourra être habité par la conviction d'ennuyer le thérapeute et ressentir de la honte.

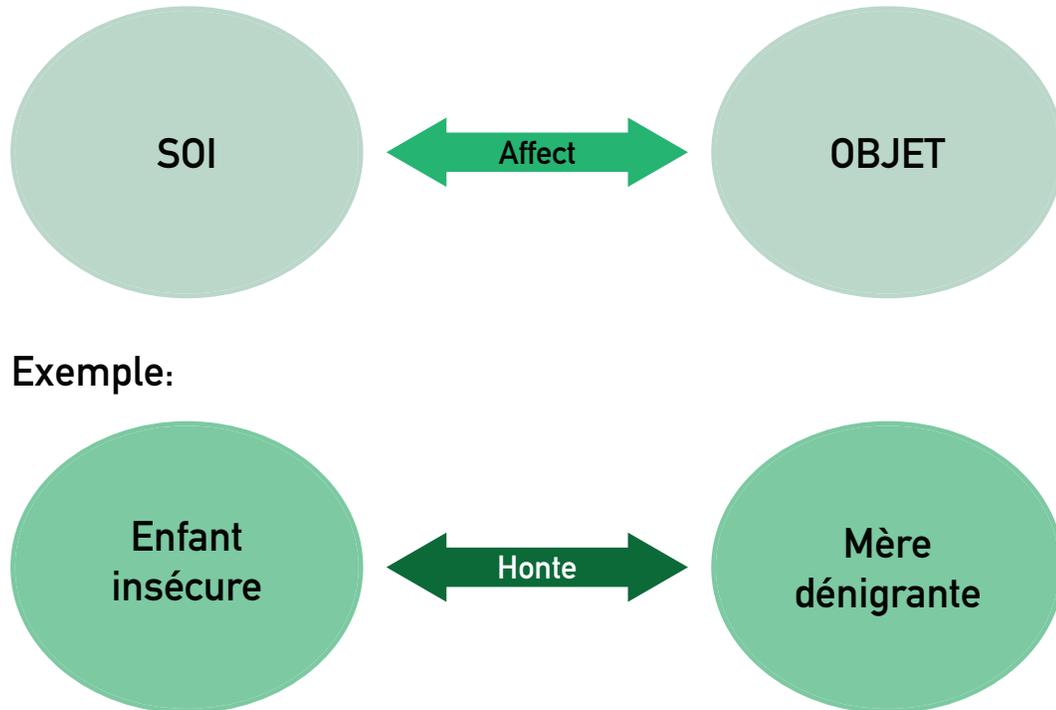


Figure 9. Transfert et relations d'objet

Le triangle de Malan peut être utilisé pour explorer l'univers des relations d'objet d'un patient. La première face du triangle est associée aux influences forgées par les relations des premières années de vie. La seconde face réfère à la nature de la relation transférentielle avec le thérapeute. La dernière face du triangle réfère aux relations que le patient cultive actuellement dans sa vie en dehors de la thérapie. Ces trois faces représentent autant de « points d'observation » à partir desquels explorer la nature des dyades objectales qui peuplent le monde interne du patient et colorent son univers relationnel.

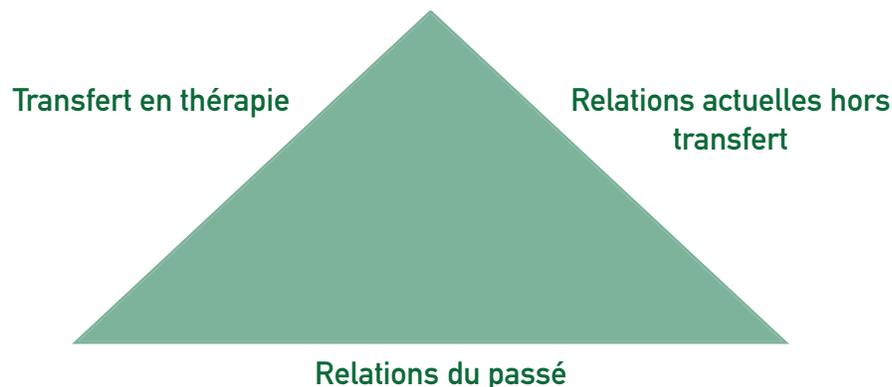


Figure 10. Triangle relationnel (Malan, 1979)

■ 10. Contre-transferts

Le contre-transfert désigne l'ensemble des réactions affectives, pensées et fantaisies qui habitent le thérapeute durant sa rencontre avec le patient. Leur analyse occupe une place importante dans l'approche psychodynamique puisqu'elle révèle de précieuses informations sur le monde interne du patient.

Il faut d'abord identifier, parmi l'ensemble de ces réactions, lesquelles sont en lien avec la problématique du thérapeute lui-même. Par exemple, un stagiaire peut se trouver anxieux en séance parce qu'il anticipe les commentaires de son superviseur face à sa « performance » avec le patient. Ce type de contre-transfert, appelé contre-transfert « indirect » doit plutôt être abordé dans le cadre d'une démarche personnelle et/ou en supervision.

Les réactions contre-transférentielles qui serviront à faire évoluer le processus psychothérapeutique concernent celles qui sont induites spécifiquement par le patient. Ainsi, en identifiant les divers « rôles » que le thérapeute se sent amené à jouer auprès du patient, il peut en arriver à mieux comprendre certains besoins ou désirs inconscients du patient qui le poussent à se représenter les autres de telle ou telle manière. Le ressenti du thérapeute alimente ainsi sa compréhension du monde interne du patient.

Lorsque le thérapeute s'identifie au vécu du patient (unité *soi* de la relation d'objet), le contre-transfert est alors dit « concordant ». Le thérapeute se trouve alors « sur la même longueur d'onde » que le patient (par exemple, ressentir la peine et la souffrance qu'un patient a pu vivre sous la tyrannie d'un père violent). Dans la dyade objectale rejetant-rejeté internalisé du patient, le thérapeute joue alors le rôle de la victime. Si le thérapeute est plutôt amené à s'identifier à un objet appartenant au monde interne du patient, le contre-transfert est alors appelé « complémentaire » (par exemple, ressentir l'impulsion de mettre fin de manière impromptue à un suivi avec un patient victime de rejet tout au long de sa vie). Dans la dyade objectale rejetant-rejeté, le thérapeute joue alors le rôle du bourreau.

Principales étapes de la thérapie

Entretiens préliminaires

Le patient qui formule une demande de thérapie analytique est d'abord invité, après un bref échange téléphonique, à participer à quelques séances (généralement entre 2 et 4) « préliminaires » au cours desquels il sera appelé à préciser la nature de sa demande. La règle fondamentale (associations libres) est généralement énoncée dès le début du premier entretien.

Durant les entretiens préliminaires, le thérapeute a la responsabilité d'offrir « un échantillon représentatif » du type de travail qui pourra éventuellement se poursuivre plus tard.

Au terme de ces entretiens, le patient décidera si la méthode de travail proposé lui convient. De son côté, le thérapeute déterminera si l'approche psychodynamique est indiquée pour traiter le problème présenté par le patient. Les indices suivants orientent généralement vers une indication favorable pour poursuivre la thérapie :

- Le patient ressent un certain soulagement après avoir parlé de ses difficultés;
- Il accueille de manière non défensive le travail d'exploration proposé par le thérapeute;
- Il se souvient davantage de ses rêves;
- Il démontre un degré d'introspection suffisant pour profiter de la méthode proposée;
- Il démontre un degré de motivation manifeste face à la démarche.

Capsule 2: Évaluation initiale

Durant les entretiens préliminaires, le thérapeute tentera d'évaluer:

- Ce qui ne peut être changé : génétique, maladie, tempérament, certaines circonstances de vie.
- Fonctions du moi : perception d'une réalité commune partagée, sens de la réalité (sensation de contact avec la réalité ; perdu dans les états dissociatifs, par exemple), jugement, relations d'objet (relation avec autrui), régulation sensorielle, tolérance à l'anxiété, contrôle pulsionnel, capacité de jouer, capacité d'introspection, régulation de l'estime de soi, auto-évaluation juste de nos capacités, fonctions cognitives, mécanismes de défenses.
- Fonctions du surmoi : conscience morale et censure, idéaux (prescriptions) et exigences (proscription), punition et indulgence.

- Niveau d'organisation de la personnalité prédominant : psychotique, limite ou névrotique (tableau 2)

Tableau 2. Niveaux d'organisation de la personnalité

| | Psychotique | Limite | Névrotique |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Angoisse | Morcellement | Abandon | Castration |
| Relations d'objet | Fusionnelle | Anaclitique | Triangulaire |
| Défenses | Déni, projection, retrait autistique | Identification projective, idéalisation, clivage | Refoulement, intellectualisation, rationalisation |
| Développement | Stade oral Méfiante de base | Séparation-Individuation | Stade oedipien |
| Conflit | Vie-Mort | Abandon-Fusion | Désirs-Interdits |
| Épreuve de réalité | Perdue | Fluctuante | Bonne |
| Contre-Transfert | Impression de ne pas exister | Pression d'agir et de penser | Plus grande liberté |
| Mentalisation | Équivalence psychique | Phase téléologique | Mentalisation |

- États affectifs : l'affect prédominant du patient nous conduit généralement au thème central de la séance et le plus souvent au conflit intra-psychique sous-jacent. Le thérapeute aide le patient à ressentir, nommer, identifier l'origine des émotions.
- Identification et contre-identifications : le thérapeute identifiera quels sont les objets qui ont joué un rôle déterminant dans le développement identitaire du patient.

Établissement du cadre et début de la thérapie

S'il y a entente pour débiter formellement la psychothérapie, les diverses modalités du cadre thérapeutique doivent alors être déterminées : horaire et durée des séances, honoraires, conduite en cas d'absence, vacances, etc.

Ce cadre servira de *contenant* au thérapeute et au patient, mais aussi de *repère* à partir duquel tout écart pourra être interprété comme la manifestation d'une motivation inconsciente (par exemple, un retard à une séance ou une erreur dans le versement des honoraires).

Les modalités de traitement s'étalent généralement de la psychanalyse formelle à la thérapie dynamique brève.

Tableau 3. Comparaison de trois modalités de traitement en thérapie psychodynamique

| | Psychanalyse | Thérapie dynamique long terme | Thérapie dynamique brève |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Durée des séances | 40-60 min | 40-60 min | 40-60 min |
| Durée du traitement | Indéterminée | ≥ 3 ans | 6-24 mois |
| Nombre de séances/sem | 3-5 | Variable: 1-3 en moyenne | Variable: 1-2 en moyenne |
| Présence d'un focus convenu au départ | Non | Non > oui | Oui > non |
| Interventions du thérapeute | Minimales | Occasionnelles | Plus fréquentes |
| Nature du dispositif | Divan-fauteuil | Généralement face-à-face, parfois divan-fauteuil | Face-à-face |
| Objectif | Changement du niveau d'organisation de la personnalité | Entre la psychanalyse et la thérapie brève | Retour à l'équilibre antérieur avec une compréhension nouvelle |

La psychanalyse comporte classiquement l'utilisation du divan, qui vise à faciliter les associations libres du patient et limiter le plus possible les interférences liées à la présence du thérapeute dans son champ visuel. Le nombre de séances hebdomadaires est plus élevé (entre 3 et 4) de façon à faciliter le développement d'un transfert plus intense. La durée d'une psychanalyse est généralement indéterminée au départ.

La thérapie dite « psychodynamique » est directement inspirée de la psychanalyse et repose sur les mêmes principes. Elle se déroule généralement en face-à-face, à une fréquence d'une à deux séances par semaine. La durée du traitement est le plus souvent indéterminée. Des objectifs de traitement plus spécifiques (focus) sont parfois discutés explicitement si la durée de la thérapie est plus limitée.

Étapes de la thérapie

Freud comparait le déroulement d'une psychanalyse à une partie d'échec, dans laquelle il est plus facile de préciser les divers scénarios qui peuvent survenir au début et à la fin. Entre ces deux moments, les scénarios sont infinis et il est difficile de prévoir ce qui peut survenir. Cette analogie s'applique également aux diverses formes de thérapies psychodynamiques.

Il n'y a donc pas d'étapes formelles prédéfinies dans une thérapie psychodynamique, bien que les différentes phases du traitement, implicites, soient associées à certaines manifestations cliniques et à des objectifs de travail généraux :

Début : De la « lune de miel » à la réaction de fuite

Les premiers temps de la thérapie sont souvent caractérisés par une phase de « lune de miel » au cours de laquelle la nature du transfert est souvent teintée par une idéalisation du thérapeute et des pouvoirs de guérison qui lui sont attribués. A contrario, le début de traitement mobilise parfois les défenses du patient de façon telle qu'il choisit de mettre fin subitement au suivi.

Milieu : Perlaboration

Au cours de cette phase, qui constitue le « cœur » de la thérapie, le patient apprend progressivement à faire le deuil d'une certaine vision de ses problèmes. Il se responsabilise de plus en plus face à ses difficultés et confronte ses résistances aux changements avec l'aide du thérapeute. Il parvient à percevoir le thérapeute d'une manière plus réaliste à travers l'élaboration du transfert. Sa représentation de lui-même et des autres est également moins teintée par ses expériences passées.

On appelle « perlaboration » la mise en scène répétée des difficultés du patient en thérapie, mais associée à une prise de conscience nouvelle fournie progressivement par le travail d'analyse. Plus le patient devient conscient de la nature de ses conflits internes au fil du traitement, moins il ressent le besoin de mobiliser ses mécanismes de défense. Il acquiert ainsi la liberté de développer de nouvelles capacités dans diverses sphères de sa vie.

Terminaison

La fin de la thérapie est souvent marquée par la réactivation de certains enjeux liés à la séparation chez le patient (et parfois chez le thérapeute) et une recrudescence temporaire des défenses. C'est la raison pour laquelle la date de la fin de la thérapie est souvent déterminée plusieurs mois à l'avance, afin de permettre une élaboration des angoisses de séparation.

Ce dernier droit de la thérapie est parfois l'occasion de faire un bilan des nouvelles capacités acquises et du chemin parcouru. C'est aussi le moment où le patient doit faire le deuil de certains changements souhaités qui ne sont pas survenus.

Outils et instruments

L'approche psychodynamique ne favorise pas l'utilisation systématique de grilles ou d'échelles de mesure durant ou entre les séances.

Parmi les techniques employées par le thérapeute, on retrouve :

- L'attention flottante
- L'analyse des résistances
- L'analyse du transfert et du contre-transfert
- L'analyse des actes manqués et des rêves
- Le refus d'adopter le rôle d'expert
- La négativité
- La générativité associative

Le cycle suivant se répète à l'intérieur d'une même séance, dans l'esprit du thérapeute :

- 1 Observation** : À cette étape, le thérapeute tente d'abord de repérer les manifestations de l'inconscient en séance. Il peut focaliser son attention à différents niveaux: observer le patient « de l'extérieur » (discours explicites, manifestations non-verbale...) ou « de l'intérieur » (dimension phénoménologique, «se mettre à la place du patient»...); s'observer « de l'intérieur » (contre-transferts) ou « de l'extérieur » (dimensions non-verbales). Le thérapeute tentera par la suite d'organiser ses observations en hypothèses cliniques.

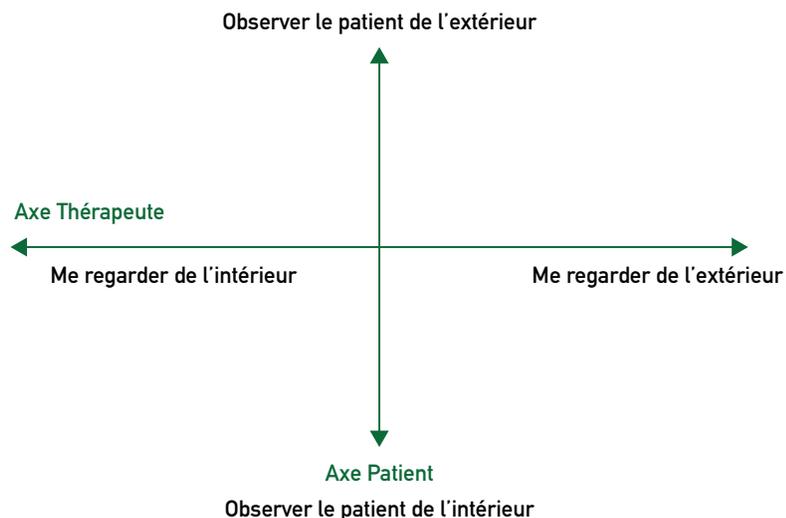


Figure 11. Principes généraux: observation (adapté de Shea, 1998)

- 2 Formulation d'une hypothèse psychodynamique** : Le thérapeute peut ici recourir (ou non) à différents modèles théoriques pour organiser le matériel clinique observé. Il détermine ensuite s'il est pertinent (ou non) de formuler ses hypothèses au patient.

3 Interventions:

■ Techniques:

- garder le silence et poursuivre l'écoute analytique et empathique,
- encouragements à l'élaboration (verbaux et non verbaux), invitation à associer (qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?),
- demandes de précision,
- validation,
- psychoéducation,
- questions fermées/ouvertes,
- reflets simples (répéter ou reformuler ce que le patient dit) ou complexe (implique une certaine inférence, à formuler sous forme d'hypothèse).

■ Deux axes d'interventions:

- Visant à soutenir l'égo : encourager, motiver, déflexion stratégique, encourager/décourager certains comportements, réassurance, conseils, recadrage,
- Visant à élargir le champ de la conscience :
 - dépend de la phase du traitement, de la force de l'alliance, des forces du moi en présence,
 - trois étapes :
 - **Confrontation** : susciter la curiosité face à des manifestations possibles de l'inconscient en orientant simplement l'attention du patient vers un phénomène auquel il n'aurait pas accordé d'importance par lui-même (p.ex. : « vous êtes arrivés en retard aujourd'hui »).
 - **Clarification** : rendre conscient l'inconscient en liant des phénomènes similaires, en nommant certains phénomènes qui semblent se répéter (p.ex. : « vous vous préoccupez beaucoup de ce qu'on pense de vous »). Il s'agit d'un prolongement de la technique de confrontation.
 - **Interprétation** : intervention qui vise à nommer comment un phénomène conscient donné - soit un affect, comportement ou pensée - pourrait être causé par l'influence de forces inconscientes (par exemple : « vous vous mettez souvent en colère lorsque je souligne vos difficultés »)

*À noter que la majorité des interventions visant à élargir la conscience se situent au niveau de la confrontation/clarification et que le recours aux interprétations formelles est plutôt rare en pratique.

4 Écoute de la réaction du patient : Il s'agit d'une étape importante au cours de laquelle le thérapeute porte attention à l'impact de son intervention sur le patient. La visée ultime des diverses interventions est de favoriser l'élaboration du patient sur ses difficultés de façon à faire émerger une nouvelle perspective sur son vécu.

Capsule 3 : L'analyse des rêves

Dans « L'interprétation du rêve », publié en 1900, Freud émet l'hypothèse que les souhaits (ou désirs) inconscients se manifestent à la conscience sous forme de rêves. Le rêve est considéré comme une sorte de rébus qu'il s'agit de déchiffrer, une « traduction » en image des pensées inconscientes. Le contenu manifeste du rêve, en apparence insensé, adopte une signification nouvelle à travers l'analyse des associations du rêveur. C'est le contenu latent du rêve qui est porteur de sens.

Pour le thérapeute, il s'agit donc d'aider le patient à opérer un travail de « détraduction », en partant des images du contenu manifeste pour aller « à rebours » vers les représentations inconscientes associées au contenu latent (Fink, 2017)

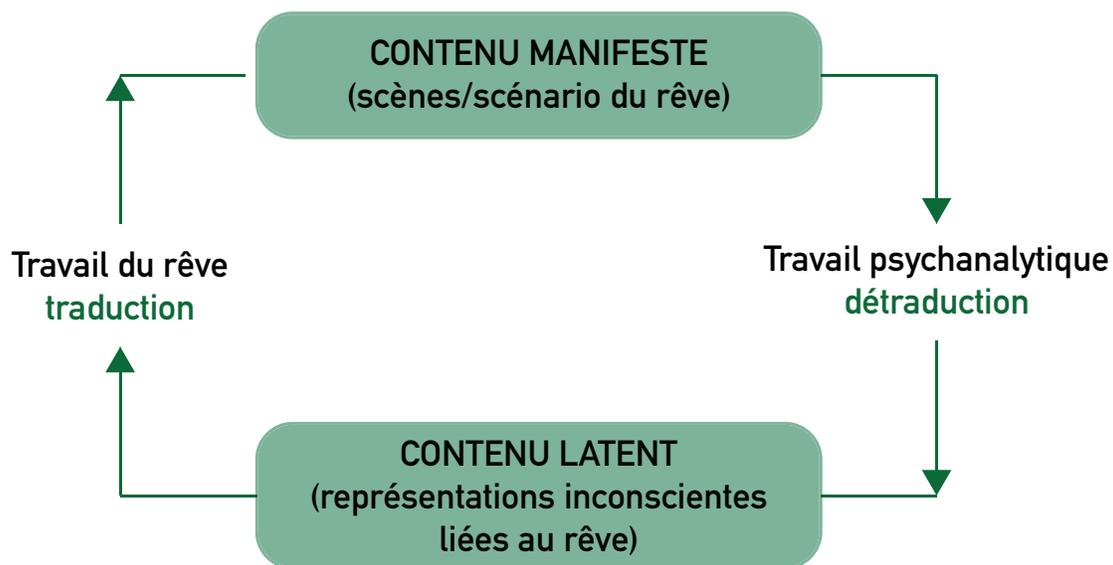


Figure 12. L'interprétation du rêve (1900) (Adapté de Fink, 2017)

Mécanismes de traduction impliqués dans le travail du rêve

Pour aborder le rêve d'un patient, il est utile de connaître les différents mécanismes impliqués dans son élaboration. Parmi ceux-ci, on retrouve :

- **La condensation** : des éléments liés dans l'inconscient forment une seule unité dans le contenu manifeste visuel du rêve (ex: un visage composé des yeux de la mère du patient et du menton d'une amie). Ce mécanisme illustre bien la fonction économique du rêve qui, à travers une seule image, peut traduire plusieurs représentations inconscientes. Ne dit-on pas qu'« une image vaut mille mots... » ?

- **Le déplacement** : un élément du contenu manifeste (généralement moins menaçant) remplace un élément inconscient générateur d'anxiété pour le sujet. C'est parfois un « pont verbal » qui ouvre la voie d'un déplacement (ex: un homme en attente d'une biopsie (un *examen* anticipé) pour éliminer la présence d'un cancer rêve plutôt qu'il se présente en retard pour un *examen*... scolaire).
- **La symbolisation** : un élément du contenu manifeste du rêve traduit, par la voie symbolique, une représentation inconscient (ex: une patiente à qui l'on vient d'annoncer un diagnostic de cancer rêve la nuit suivante que sa maison est infestée de fourmis).
- **L'élaboration secondaire**: processus par lequel les représentations inconscientes (soumises aux lois de fonctionnement des processus primaires) sont transformés en une forme plus cohérente et intelligible dans le scénario manifeste du rêve.

Diverses fonctions langagières sont également utilisées pour l'élaboration du rêve, comme autant de « ruses » de l'inconscient pour masquer les représentations trop anxiogènes pour le patient. Par exemple :

- **Métaphores** (ex : un patient rêve d'un bateau quittant un port alors qu'il traverse un moment de transition de vie difficile associé à de nombreux deuils) ;
- **Glissement par homophonie** (ex : un patient rêve d'un « Monsieur Laporte » alors qu'il vient de se faire congédier (i.e. se faire mettre à *la porte*) ;
- **Maximes, expressions** (ex : un patient commente la tenue vestimentaire particulière d'un moine qui apparaît dans son rêve; le thérapeute se demande si l'expression « l'habit ne fait pas le moine » pourrait avoir un sens dans ce contexte) ;
- **Double sens** (ex: un patient rêve qu'il doit *plier* des feuilles à l'infini... Ses associations l'amènent à réfléchir sur ses capacités d'affirmation limitées) ;
- **Mots d'esprit, calembours** (ex: un patient rêve qu'il reçoit sa mère à souper avec le plus grand *des plaisirs* (*déplaisir*)).

Restes diurnes

Le contenu inconscient se greffe à des *restes diurnes* pour trouver une voie d'expression dans le rêve. Selon Laplanche et Pontalis (2002), les restes diurnes sont des « éléments de l'état vigile du jour précédent qu'on retrouve dans le récit du rêve et les associations libres du rêveur; ils sont en connexion plus ou moins lointaine avec le désir inconscient qui s'accomplit dans le rêve. » Par exemple, un patient consulte suivant l'apparition de symptômes dépressifs après une mise à pied. Dans son rêve, il se retrouve coincé à l'extérieur de sa maison après avoir oublié ses clés (un événement survenu réellement la veille). Ici, le reste diurne concerne l'oubli des clés survenu la veille. Le rêve utilise cette représentation/souvenir pour la mise en image d'une situation entourant un congédiement (se faire « mettre dehors »).

Pourquoi le rêve exprime-t-il si indirectement le contenu inconscient? Selon Freud, le déguisement du rêve favoriserait la continuité du sommeil en épargnant au rêveur une confrontation trop directe avec ses désirs inconscients. Dans cette optique, le cauchemar représenterait un échec de cet « habillage ».

Au-delà de l'approche freudienne du rêve

Selon les perspectives post-freudiennes, le contenu manifeste du rêve ne résulte pas nécessairement d'un maquillage lié à la censure. Il peut s'agir aussi d'une représentation métaphorique directe des enjeux et conflits qui préoccupent le sujet, consciemment ou inconsciemment. On considère alors que le rêve révèle parfois plus qu'ils ne dissimule. Certains auteurs ont identifié d'autres fonctions du rêve, au-delà de la simple réalisation du désir proposée par Freud. Parmi ces autres fonctions du rêve, Glucksman (2001) recense par exemple:

- La représentation d'un conflit (ex: un homme tente de s'échapper d'une prison) ;
- La compensation, le maintien de l'homéostasie psychique (ex: un patient rêve qu'il devient président après avoir subi un revers narcissique lors d'une réunion de famille). Cette perspective a été particulièrement développée par C.G. Jung (cf. Kaswin-Bonnefond, 2018) ;
- L'annonce d'une crise imminente (ex: une patiente rêve que les routes asphaltées d'un centre-ville se referment sur elle... et sombre dans la psychose quelques semaines plus tard) ;
- L'illustration d'une fantaisie inconsciente (ex: un aidant naturel très supportant envers sa mère rêve qu'il tue cette dernière) ;
- La représentation d'un état affectif (ex: une mère rêve que sa fille, en attente pour un examen de contrôle pour une néoplasie potentielle, disparaît sous la glace d'un lac gelé) ;
- L'expression d'un transfert (ex: un patient rêve que son thérapeute l'invite à partir en voyage avec lui) ;
- La résolution de problème (ex: une patiente rêve qu'elle quitte un autobus qui l'amenait dans une mauvaise direction...).

La production d'un rêve peut évidemment servir plusieurs fonctions simultanément.

Types de rêves

Le thérapeute s'intéresse à différents types de rêve :

- Rêve transférentiel initial,
- Rêve contre-transférentiel / complémentaire,
- Rêve « prémonitoire »,
- Rêve récurrent / Rêves signant l'évolution du processus.

Techniques d'interprétation

Pour aborder un rêve présenté par un patient, il est généralement recommandé de:

- Laisser le patient raconter le rêve sans intervenir dans un premier temps;
- Laisser ensuite le patient associer spontanément au sujet de son rêve (le thérapeute fait de même de son côté via l'attention flottante);
- Porter attention aux affects présents dans le rêve et ceux associés à la narration du rêve (cette dernière constituant en quelque sorte un prolongement du rêve) ;

- Au besoin seulement, le thérapeute peut faire associer le patient sur des fragments oniriques plus spécifiques (en fonction de la présence d'affect, d'éléments plus intrigants, flous ou énigmatiques; ou de certains contenus ignorés par le patient...).

L'idée générale est que le thérapeute ne peut connaître le sens d'un rêve avant d'avoir écouté le patient élaborer à son sujet. On note alors divers « ponts associatifs » entre le contenu manifeste du rêve sous forme d'images, les idées du patient au sujet de son rêve, les pensées incidentes et la chaîne de pensées inconscientes.

Par ailleurs, tout ce que le patient a dit avant le rappel du rêve peut être considéré comme des associations en lien avec le rêve. Un certain « rembobinage » doit être effectué par le thérapeute pour retrouver les contenus de pensée qui ont précédé le rappel du rêve. Ces contenus, plus souvent négligés, peuvent aider à donner un sens au rêve.

Autour d'un rêve, il est possible de faire une interprétation de contenu et/ou de processus. Dans l'interprétation de contenu, on fait raconter le rêve et le sens potentiel émerge à partir des associations du patient (et celles du thérapeute). Dans l'interprétation du processus, c'est plutôt l'analyse des enjeux communicationnels et relationnels liés à la présentation du rêve au thérapeute qui est abordé. On se demande :

- Qu'est ce que le patient essaie de me communiquer en me racontant ce rêve?
- À quel moment de la rencontre le rappel du rêve surgit-il dans la thérapie?
- Quelles sont les attentes du patient face au thérapeute en ce qui concerne la compréhension du rêve (ex: une énigme dont seul le thérapeute détiendrait la clé)?
- Comment le patient apporte-t-il son rêve en séance (ex. : comme un cadeau? Comme une diversion? Pour répondre à l'exigence d'être « un bon patient »)?

Petite mise en garde

Le rêve est une production de l'inconscient comme une autre (lapsus, actes manqués, etc.); et l'intérêt suscité par son travail d'interprétation ne doit jamais nous faire oublier les visées principales de la démarche thérapeutique. L'essentiel consiste à ouvrir un espace intérieur, un « dialogue avec l'inconscient » et l'exploration du rêve n'est qu'un outil parmi d'autres pour y parvenir.

Conclusion

En conclusion, le rêve nous ouvre une fenêtre sur les préoccupations des patients. Il permet le plus souvent de contourner les résistances en produisant des contenus métaphoriques qui court-circuitent la pensée secondarisée. Des enjeux plus délicats peuvent ainsi être plus facilement abordés. La recherche clinique démontre également que l'exploration des rêves en thérapie favorise le développement de l'alliance thérapeutique et des capacités d'introspection (Hill et Goates, 2003).

Formation

Tout thérapeute qui désire pratiquer l'approche psychodynamique est d'abord invité à s'engager dans une démarche de **thérapie personnelle** pendant quelques années, afin de faire l'expérience des diverses manifestations de l'inconscient associées à ses propres conflits intrapsychiques. Cette étape essentielle permettra au thérapeute de se rendre davantage disponible à l'écoute du patient, en étant moins encombré par ses conflits non résolus.

Le thérapeute devra également s'engager dans une démarche de **supervision** pendant quelques années au cours desquelles il peaufinera ses capacités associatives et analytiques avec l'aide d'un analyste plus expérimenté qui lui fournira « un regard externe » sur ses interventions. La période de supervision représente également une occasion unique pour explorer les diverses facettes de son contre-transfert. Le suivi d'un nombre suffisant de patients est également essentiel pour développer ses capacités de thérapeute.

Il est également recommandé d'approfondir ses **connaissances théoriques** en prenant part à divers séminaires continus ou programmes de formation (par exemple : Institut psychanalytique de Montréal, Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec).

Suggestions de lectures pour les thérapeutes en formation

Le livre de Glen O. Gabbard, *Psychothérapie psychodynamique : Les concepts fondamentaux*, offre une introduction synthétique à cette forme de thérapie, de même que le chapitre 74, *Thérapie psychodynamique*, de Constantinidès et Blondeau dans *Psychiatrie clinique : Approche bio-psychosociale* (Lalonde et Pinard, 2016).

Le livre de Roger Perron, *Une psychanalyse : Pourquoi?*, présente une vulgarisation utile des principaux concepts liés à la psychanalyse.

Le lecteur trouvera à la fin de ce mini-guide une liste de références supplémentaires.

Suggestions de lectures pour les patients

Il n'est généralement pas recommandé au patient de lire sur la théorie psychodynamique ou psychanalytique avant de débiter une démarche.

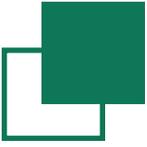


Conclusion

La thérapie psychodynamique est une approche transdiagnostique qui se base sur la compréhension des mécanismes psychologiques inconscients. Ses concepts clés sont: le déterminisme psychique, la perspective développementale, l'analyse du transfert et du contre-transfert, de la résistance, la subjectivité unique du patient. Elle vise à rendre conscient l'inconscient via des interventions à visée interprétative, à supporter l'égo du patient face aux forces inconscientes via la consolidation des défenses en place et la réactivation développementale via une nouvelle expérience relationnelle avec le thérapeute.

Il s'agit d'une thérapie basée sur des données probantes qui a démontré son efficacité pour le traitement de la dépression, des troubles anxieux (anxiété sociale, anxiété généralisée, trouble panique), des troubles alimentaires et liées à des substances, et des troubles de personnalité.

Cette approche permet aux intervenants dans le domaine de la santé d'améliorer la justesse de leur évaluation et l'efficacité de leur intervention en utilisant des techniques psychologiques. Elle peut être utile dans différents contextes : dans le cadre d'une psychothérapie formelle, à l'urgence, lors de rencontres familiales, pour gérer l'équipe de soins et la relation avec les collègues, pour analyser des phénomènes institutionnels et sociaux, pour préciser le diagnostic, mieux cibler les interventions, mieux gérer son contre-transfert, faciliter l'empathie, élargir le spectre des interventions, mieux gérer la prescription de médicaments, pour promouvoir la curiosité intellectuelle face au patient... et pour protéger sa propre santé mentale.



Commentaires et questions au sujet du contenu de ce mini-guide peuvent être formulés sur psychopap.com

Références

- Bateman, A. et Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), p.1355-64.
- Beresford, T. P. (2012). *Psychological adaptive mechanisms : Ego defense recognition in practice and research*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N.S., Kangogyere, P. ... Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214 (6), p.320-328.
- Cabaniss, D. L. (2016). *Psychodynamic Psychotherapy: A clinical manual*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Constantinidès, P. et Blondeau C. (2016). Chapitre 74 : Thérapie psychodynamique. Dans Lalonde, P. et Pinard, G.F., *Psychiatrie Clinique : Approche bio-psycho-sociale*, (4^e édition). Chenelière.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14 (2), pp.137-150.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation du rêve*. Œuvres complètes de Freud, volume IV. Paris: PUF.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Oeuvres complètes de Freud, volume XVI. Paris: PUF.
- Gabbard, G. O. (2012). *Psychothérapie psychodynamique : Les concepts fondamentaux*. London: Elsevier.
- Greenson, R. R. (1977). *Technique et pratique de la psychanalyse*, trad. F. Robert. Paris: PUF.
- Hill, C. E., et Goates, M. K. (2003). Research on the Hill dream model. Dans Hill, C. E. (dir.), *Dream work in therapy: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., ... & Cuijpers, P. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial. *PLoS one*, 7 (5), e38021.
- Kaswin-Bonnefond D. (2003). *Carl-Gustav Jung*. Collection Psychanalystes d'aujourd'hui. Paris : PUF.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*, 3^{ème} édition. Paris: PUF Quadrige.
- Leichsenring F, Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., ... Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2 (7), p.648-660.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Perron, R. (2000). *Une psychanalyse, pourquoi?* Paris: Dunod.
- Perry, J.C. (2016). Anomalies and specific functions in the clinical identification of defense mechanism. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (5), p.406-418.
- Quinodoz, J. M. (2004). *Lire Freud: découverte chronologique de l'oeuvre de Freud*. Paris: PUF.
- Roussillon, R. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Health Sciences.
- Roussillon, R. (2007). Pour une clinique de la théorie. *Psychothérapies*, 27 (1), p.3-9.
- Rosso, G., Aragno, E., Cuomo, A., Fagiolini, A., Di Salvo, G. et Maina, G. (2019). Five-year follow-up of first-episode depression treated with psychodynamic psychotherapy or antidepressants. *Psychiatry Research*, 275, p.27-30.
- Stern, B.L. et Yeomans, F. (2018). The psychodynamic treatment of borderline personality disorder: An introduction to transference-focused psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, p.207-223.

Suggestions de lectures supplémentaires

Livres :

Beitman, B.D et Yue, D. (2004). *Learning psychotherapy*. 2ième edition. Norton.

Bordeleau D. (2010). La psyché. Chapitre 1. Dans *Les personnages de contes de fée en nous*. St-Lambert : Groupéditions.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. et Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing

Freud, S. (1915-1917). *Leçons d'introduction à la psychanalyse (1915-1917)*. Œuvres complètes de Freud, volume XIV. Paris : PUF.

McWilliams N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. 2ième édition. New York, NY: Guilford Press.

Scarfone, D. (1999). *Oublier Freud?* Montréal : Édition du Boréal.

Articles :

Carhart-Harris, R.L. et Friston, K.J. (2010). The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological accounts of Freudian ideas. *Brain*, 133, p.1265-1283.

Gorman, J.M. (2016). Combining psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44 (2), p.183-210.

Kandel, E. (1979). Psychotherapy and the single synapse : The impact of psychiatric thoughts on neurobiological research. *The New England Journal of Medicine*, 301 (19), p.1028-1037.

Laplanche, J. (1992). Du transfert: sa provocation par l'analyste. *Psychanalyse à l'Université*, 17 (65), p.3-22.

Laplanche, J. (2007). Psychanalyse et psychothérapie. Dans *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien* (p.269-274). Paris: PUF.

Ogden TH. Comments on transference and countertransference in the initial analytic meeting. *Psychoanalytic inquiry*. 1992, 12, p.225-247.

Perry S., Cooper, A.M. et Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 144, p.543-550.

Stern, B.L. et Yeomans, F. (2018). The psychodynamic treatment of borderline personality disorder: An introduction to transference-focused psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, p.207-223.

Sublette, M.E. et Novick, J. (2004). Essential techniques for the beginning psychodynamic psychotherapist. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (1), p.67-75.

La thérapie psychodynamique en résumé

❑ **Qu'est-ce que la thérapie psychodynamique?** Elle s'articule autour de l'idée qu'il existe des forces inconscientes qui agissent à notre insu et influencent plusieurs de nos pensées, émotions et comportements. Ainsi, la partie consciente de notre rapport au monde ne représenterait qu'une toute petite partie de la réalité psychique, qui demeurerait largement inconsciente. Selon la perspective psychanalytique, les symptômes et insatisfactions diverses qui motivent la demande de consultation en psychothérapie ne sont que le signal visible (« la pointe de l'iceberg ») de ces forces inconscientes en action. Dans cette approche, le travail de psychothérapie vise principalement à mettre à jour les conflits intrapsychiques associés à ces forces jusqu'alors demeurées inconnues du patient.

❑ **À qui s'adresse-t-elle?**

Il s'agit d'une thérapie basée sur des données probantes (Fonagy, 2015) qui a démontré son efficacité pour la dépression, des troubles anxieux (anxiété sociale, anxiété généralisée, panique), des troubles alimentaires, des troubles liés à des substances, des troubles de personnalité.

❑ **Quels outils sont disponibles?**

Le thérapeute pratique l'écoute flottante et le patient est invité à associer librement.

Les principes généraux sont :

- Le repérage des manifestations de l'inconscient (actes manqués, rêves, transferts, contre-transferts, résistances...)
- La formulation répétée d'hypothèses psychodynamiques (transmises ou non au patient)
- Une oscillation constante entre des interventions visant à soutenir l'ego et des interventions à visée interprétative
- L'écoute de la réponse du patient qui génère du nouveau matériel clinique et contribue à peaufiner la compréhension psychodynamique

❑ **Lectures recommandées**

Cabaniss, D. L. (2016). *Psychodynamic Psychotherapy: A clinical manual*. John Wiley & Sons.

Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.

Greenson, R. R. (1977). *Technique et pratique de la psychanalyse*, trad. F. Robert. Paris: PUF.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.

Perron R. (2000). *Une psychanalyse, pourquoi?* Dunod.

Quinodoz, J. M. (2004). *Lire Freud: découverte chronologique de l'oeuvre de Freud*. Paris: PUF.

❑ **Comment se former?**

- Thérapie personnelle
- Supervision
- Développer ses connaissances théoriques en participant à des séminaires et/ou programmes de formation (par exemple, Institut psychanalytique de Montréal, Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec, Centre de Psychothérapie de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost)

❑ **Comment l'appliquer?**

Entretiens préliminaires

- Évaluation
- Établissement du cadre et début de la thérapie

Étapes de la thérapie :

- Le thérapeute aide d'abord le patient à tolérer l'anxiété inhérente au processus de thérapie et qui génère des résistances. Par la suite, à travers la mise à jour et l'analyse répétée des différents conflits inconscients du patient, ce dernier ressent moins le besoin de recourir à ses anciens mécanismes de défense. Sa vision des autres, de lui-même et du monde devient plus réaliste et moins déformée par le prisme de ses expériences passées. Un plus grand sentiment de liberté intérieure est ressenti. En fin de thérapie, les enjeux liés à la séparation doivent souvent être élaborés et le patient doit inévitablement faire le deuil de certaines attentes auxquelles la démarche n'a pas su répondre.

Dr Claude Blondeau
Psychiatre
M.Ps
Candidat en formation à
l'Institut psychanalytique de
Montréal

Département de psychiatrie
CIUSSS-NIM

Ce guide s'intègre dans une série de mini-guides sur la psychothérapie, élaborés en collaboration avec le Centre de Psychothérapie affilié au Pavillon Albert-Prévost. Ces guides tentent principalement de répondre aux questions que peuvent se poser les thérapeutes débutants et se veulent une introduction aux différents types de psychothérapie existants.

