

## 4

## Présentation de l'approche psychodynamique (psychanalytique)

L'approche psychodynamique regroupe des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves. La théorie générale sous-jacente à ces pratiques psychothérapeutiques est commune mais différentes variantes se sont progressivement distinguées. Elles se réfèrent plus spécifiquement à différents sous-modèles, et s'appliquent à des troubles impliquant à des niveaux divers les événements actuels, l'histoire individuelle et familiale, et les conditions du développement de la personne.

### Évolution de la théorie et des pratiques psychanalytiques

La contribution de la psychanalyse aux soins en psychiatrie a maintenant un siècle d'histoire. Son activité s'est développée considérablement après la Seconde Guerre mondiale. Plusieurs modèles et variantes cliniques associés à divers aspects nosologiques et aux différentes étapes de la psychothérapie se sont progressivement construits.

La naissance de la psychanalyse se situe à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle avec les publications successives des ouvrages suivants : « Études sur l'hystérie » (Freud et Breuer, 1895), « L'interprétation des rêves » (Freud, 1900), « Psychopathologie de la vie quotidienne » (Freud, 1901) et « Fragments d'une analyse d'hystérie » (Freud, 1905a ; Bonaparte et coll., 1956). Ces textes soulignent l'importance du conflit psychique entre exigences internes contraires et de la censure, ainsi que celle de leurs liens avec l'histoire infantile, dans l'origine de l'angoisse et des symptômes. Freud apporte à cette notion déjà présente dans les œuvres philosophiques et littéraires, notamment celles des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, une méthode d'observation et d'investigation sur laquelle se fonde le traitement. La psychanalyse s'inscrit ainsi dès son origine comme une description et une approche de la réalité psychique et des conditions dans lesquelles certaines de ses particularités peuvent être à l'origine d'un processus pathologique.

L'approche générale de Freud peut être considérée comme biologique, au sens large du terme, et dynamique même si elle ne vise pas à situer les bases structurelles et physiologiques cérébrales des phénomènes psychiques (Freud, 1895). Cette approche postule que le sujet et ses fonctions psychiques, soumis à des demandes externes et internes (Freud, 1915a), recherchent des solutions bien au-delà de la conscience (Freud, 1900) et des tendances spontanées de l'organisme (l'interruption du déplaisir) (Freud, 1895 et 1920) et que les organisations mentales – et même neuronales – sont susceptibles de se reconfigurer au cours de ce processus. Ces demandes peuvent être conflictuelles et l'aboutissement peut être la résolution ou l'échec, sous la forme de l'expression d'un symptôme. L'approche thérapeutique découle directement des éléments précédents qui relèvent de l'observation commune. Elle consiste à apporter une aide psychologique externe et à organiser un cadre particulier dans lequel la pensée va pouvoir se déployer et ses principaux traits pourront être décrits « grâce à l'emploi d'un petit nombre de formules psychologiques » (Freud et Breuer, « Études sur l'hystérie », cas d'EvR, 1895). Cette démarche narrative, interactionnelle avec le psychanalyste qui complète et interprète – « co-pense » avec l'analysant – (Widlöcher, 2001), ouvre à une prise de conscience (*l'insight*) d'éléments pré-psychiques (au sens des sciences cognitives actuelles). Cette prise de conscience s'accompagne d'une ré-expérience thérapeutique (le transfert) de certaines modalités de relation à soi et aux autres.

L'intervention du psychanalyste dans ce processus est loin d'être passive. Sa « co-pensée » est en permanence adaptée au matériel qui lui est livré. Elle lui permet de considérer comment les pulsions, les mécanismes de défense (Freud, 1894, 1895 et 1896 ; Freud et Breuer, 1895), les fantasmes (Freud, 1900 et 1915b), les comportements et les symptômes se sont élaborés jusqu'à produire de véritables organisations pathologiques, elles-mêmes sources de vulnérabilités et de difficultés secondaires et tertiaires. Surtout, elle lui permet d'évaluer sur quel mode la relation que le patient entretient avec lui (et souvent parallèlement avec son entourage) est engagée (le transfert) et d'y répondre au bon niveau.

La théorie du conflit psychique et les pratiques psychanalytiques qui en découlent (portant en particulier sur l'activité associative) sont issues de la cure des névroses. Cette théorie s'est complétée d'un second axe majeur : celui des différentes étapes du développement psychologique, de ses conditions et de ses avatars potentiels (sous la forme de « fixations » à une étape particulière, ou d'un véritable déficit développemental). La conceptualisation de ce second axe et ses applications dans la pratique clinique se sont faites au fur et à mesure que se posait la question de nouvelles indications : troubles du développement, narcissiques et borderline, psychoses, affections psychosomatiques. On trouve une première typologie du développement conçu dans une perspective psychodynamique dans les « Trois essais sur la sexualité » (Freud, 1905b). Elle sera progressivement enrichie par de

nombreux travaux, émanant notamment de psychanalystes d'enfants confrontés à des troubles graves concernant l'accès à la symbolisation (Klein, 1932), la dépression anaclitique et la construction de l'individualité (Spitz, 1965), l'importance des espaces transitionnels dans la construction du rapport à la réalité (Winnicott, 1977), celle des premières relations interindividuelles et leurs conséquences dans l'élaboration du sentiment de sécurité et des liens avec autrui (Bowlby, 1969)..., plus récemment le rôle de l'accordage affectif dans l'élaboration du sentiment de soi (Stern, 1985) et celle du fantasme intergénérationnel dans les relations familiales (Lebovici et Mazet, 1989). Il faut citer également ici l'apport de psychologue comme Wallon (1949) et de psychanalystes d'adultes comme Bion (1962) soulignant le rôle du psychanalyste comme contenant des identifications projectives du patient, Lacan soulignant le rôle du stade du miroir et des relations affectives qui l'accompagnent dans la formation du « Je » (1949), ainsi que la distinction de trois registres (symbolique, imaginaire, réel) d'appréhension de la réalité, Kohut (1978) et Kernberg (1984) précisant la place des déficits de l'individualisation du *self* et du moi dans la compréhension des états limites. Les relations psychosomatiques ont été explorées par Alexander (1950) sur la base d'un modèle bio-psycho-environnemental, impliquant la dimension du conflit entre tendances régressives et actives, par l'École de Paris (Marty, Fain, Kreisler...) qui a décrit les conduites démentalisées et leurs conséquences vitales et par l'École de psychosomatique (Thurin, 1997) qui prolonge les hypothèses précédentes en soulignant les conséquences du traumatisme et de la négligence sur la construction du soi et du rapport au monde.

Il existe ainsi trois modèles principaux dans l'approche psychodynamique : le concept conflit-défense-symptôme, le concept de déficience de l'individuation et de structuration du moi, et le concept d'interaction des représentations de soi et de l'objet (Bachmann et coll., 2003). La compréhension de l'origine des troubles, la focalisation de l'évaluation diagnostique et la définition des objectifs thérapeutiques découlent de ces trois modèles.

Les circonstances et les événements de l'histoire individuelle (sexuelle au sens large du terme, c'est-à-dire concernant les investissements et désinvestissements psychiques, qu'ils soient narcissiques, de personnes ou concernant différentes fonctions corporelles notamment génitales), déterminent la valeur affective des représentations. L'organisation psychique qui en résulte présente des traits saillants, mais également déficitaires, qui conditionnent la lecture du monde (la réalité psychique). Cette réalité individuelle se trouve particulièrement mobilisée quand les facteurs actuels (événement du jour, incident d'ordre sexuel, surmenage, confrontation interindividuelle) ou certaines situations vitales (deuil, séparation, exclusion) rappellent des événements traumatiques, évoquent des fantasmes ou se heurtent à des carences fonctionnelles. Des symptômes, voire des « décompensations »

(rupture de l'efficacité de l'ensemble des stratégies psychiques et comportementales mises en place jusqu'à cet événement pour éviter la souffrance), s'expriment alors et révèlent la précarité de l'équilibre antérieur longtemps maintenu avec peine.

La psychanalyse appréhende ainsi les troubles psychiques comme la manifestation, plus ou moins durable et masquée, d'une difficulté du sujet dans son rapport à lui-même et au monde. Cette difficulté peut s'exprimer de multiples façons, du plus simple au plus dissimulé, sous une forme active ou au contraire déficitaire. Cette expression est susceptible, chez un même sujet, d'évoluer dans le temps. L'apparition d'un trouble peut également avoir plusieurs origines. Initialement, par exemple, l'angoisse a une valeur de signal indiquant au sujet une situation qu'il ne peut maîtriser en raison de la charge émotive qu'elle provoque. Ultérieurement, ce symptôme indiquera une situation qui n'est plus seulement réelle, mais qui constitue un rappel symbolique d'une situation de détresse (la séparation, par exemple, et la crainte d'abandon et de mort qui l'accompagne). Par ailleurs, des mécanismes de substitution et de défense peuvent progressivement se mettre en place et contribuer à l'organisation de la personnalité et des modes de relation à la réalité.

C'est dire la complexité de l'évaluation psychodynamique, notamment dans les cas dépistés tardivement, à un moment où une véritable organisation pathologique s'est constituée. Cette évaluation vise la compréhension d'une structure fonctionnelle saisie en tant que telle (Perron, 1998) et s'appuie sur une analyse précise des fonctionnements psychiques pour en situer les traits principaux (notamment dans leur expression relationnelle), leur possible origine, leurs interactions et la façon de les aborder. L'identification précoce de difficultés chez l'enfant et dans les périodes de crise chez l'adulte offre la possibilité d'un abord plus simple et direct. Une autre implication du caractère évolutif des organisations pathologiques est qu'il est exceptionnel que les troubles soient isolés (sauf à un stade encore très précoce ou dans une situation particulière comme le deuil). Dans la majorité des cas, ils sont associés et l'on parle alors de comorbidités.

Cette compréhension de la dynamique psychopathologique organise la pratique. Non seulement la verbalisation peut permettre une réduction de la souffrance et des symptômes, par la prise de conscience, la distance et la possibilité d'action qu'apporte le passage du vécu et du représenté spontané à une approche réflexive structurée, mais elle constitue également la base d'un véritable réaménagement, voire d'une (re)construction de dimensions qui conditionnent l'être au monde (comme l'individuation).

La dimension associative et historique est particulièrement sollicitée dans le traitement des névroses. Elle est accompagnée d'une perspective développementale dans celui des troubles psychotiques et de la personnalité (narcissique ou borderline, notamment). Dans ces cas, la prise de conscience est

nécessairement associée à une véritable reconstruction des modes de représentation de soi et de l'autre, et de leurs rapports. La relation thérapeutique est alors conçue pour constituer un cadre d'interaction où peut se dérouler une expérience non pathologique des principales tendances de la personne, ouvrant à l'intégration au moi de nouvelles représentations.

De façon très résumée, la théorie et la pratique ont toujours été indissociables dans l'approche psychanalytique. La théorie a été influencée par de multiples champs de la connaissance, mais la clinique est restée le cadre dans lequel elle pouvait se confronter et progresser. Il est à noter que les données actuelles issues des neurosciences ouvrent la possibilité d'un dialogue entre cliniciens et chercheurs dans lequel l'analyse des trajectoires et des processus aura une place majeure (Kandel, 2002).

Actuellement, en France, les psychanalystes se réfèrent à plusieurs de ces cadres théoriques (freudien, adlerien, jungien, kleinien, lacanien...). Pour une part, ces praticiens se regroupent en deux associations qui font partie de l'Association psychanalytique internationale : société psychanalytique de Paris et l'Association psychanalytique de France. Par ailleurs, les lacaniens se regroupent dans différentes associations dont une association internationale regroupant environ 1 000 personnes (Widlöcher et Miller, 2003). Cette diversité se retrouve au niveau de certaines modalités spécifiques de formation et de pratique dans un cadre général qui est commun. Ce rapide tour d'horizon peut être complété par la visite des sites Internet des différentes écoles<sup>3</sup>.

## Formation

La « psychothérapie psychanalytique » recouvre un champ de pratiques très étendu, allant de certaines pratiques que beaucoup d'auteurs identifient comme des variantes de la cure psychanalytique elle-même jusqu'à des formes empreintes de directivité. Cette diversité des « techniques », avec la flexibilité qu'elle implique, sont au cœur de la formation (Widlöcher, 2001).

## Objectifs de la formation

Le terme de formation se réfère ici beaucoup plus à la transmission d'une pratique qu'à la communication d'un savoir. Il existe un certain nombre de capacités essentielles que le praticien, qu'il s'oriente vers la conduite de psychanalyses ou de psychothérapies psychanalytiques, doit acquérir :

3. Association psychanalytique internationale : [www.ipa.org.uk](http://www.ipa.org.uk) ; Société psychanalytique de Paris : [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr) ; Ecole de la cause freudienne : [www.causefreudienne.org](http://www.causefreudienne.org) ; Ecole lacanienne de psychanalyse : [www.ecole-lacanienne.net](http://www.ecole-lacanienne.net) ; Quatrième groupe : [www.quatrieme-groupe.org](http://www.quatrieme-groupe.org) ; Société française de psychologie analytique : [www.sfpa.asso.fr](http://www.sfpa.asso.fr) ; Société française de psychologie individuelle : [www.adler-sfpi.net](http://www.adler-sfpi.net).

- l'écoute associative, qui doit l'aider à s'adapter à la flexibilité technique, est l'objectif principal de cette formation ;
- la conception d'un cadre le plus propice au développement d'un travail psychodynamique pour lequel la définition de critères techniques doit se référer aux processus psychiques attendus ;
- l'indication (pratique du diagnostic et décision thérapeutique) qui se rapporte à la fois à l'évaluation de la structure psychique et à la capacité du thérapeute de concevoir ce qui pourra se jouer dans la relation transférentielle et son habileté à y répondre. Ces deux derniers points impliquent dans les faits un enseignement théorique et une sérieuse expérience clinique initialement supervisée.

### **Moyens de la formation**

La formation des psychanalystes repose sur un trépied classique : analyse personnelle, supervisions de cas traités par le candidat, enseignement théorique au sein d'instituts de formation. Ces instituts sont plus ou moins liés aux sociétés de psychanalyse qui assurent l'animation de la vie scientifique.

L'Association psychanalytique internationale, créée en 1910, avait au départ pour objectif de définir une formation reconnue par tous ses membres. De nombreuses scissions et une vue plus décentralisée des règles de formation au sein de l'association ont introduit une certaine variabilité dans l'application de ces principes.

#### ***Analyse personnelle***

Elle demeure une condition rigoureusement nécessaire, bien que sa finalité et sa pratique présentent de notables différences d'une institution à l'autre. Ces différences portent en particulier sur sa nature, thérapeutique ou strictement didactique ou destinée à favoriser l'expérience psychanalytique. Elle est étroitement liée à la pratique générale de la psychanalyse telle qu'elle est exercée dans le groupe qui assure la formation. Ces écarts entre les groupes ont pris avec le temps une telle ampleur que les différentes institutions ne se reconnaissent plus nécessairement dans une commune formation.

#### ***Supervisions***

Elles ont pour but de familiariser le candidat à la pratique de la psychanalyse. L'objectif n'est ni un pur enseignement technique, ni une forme de psychothérapie, mais de permettre au candidat de transposer dans sa pratique d'analyste l'expérience qu'il a acquise comme analysant.

#### ***Enseignement théorique***

Si, en France, la règle générale est de s'écarter de tout cadre académique – libre choix des enseignements, séminaires de recherche et d'étude de textes, absence de validation des connaissances –, l'enseignement est, dans

d'autres pays, souvent inspiré étroitement des méthodes universitaires, voire intégré dans un enseignement universitaire.

### **Évaluation**

L'évaluation avant le début de l'analyse personnelle n'est plus guère de mise, en particulier en France. Les évaluations avant la pratique des cures supervisées, au décours de chacune des cures et à la fin du cursus conduisent habituellement à l'admission du candidat au sein de l'association. Toutefois, c'est dans ce domaine que les différences les plus notables s'observent d'un groupe à l'autre.

L'ensemble de la formation, en tenant compte de l'analyse personnelle, s'étale sur cinq à huit ans. Il assure une qualification à des personnes qui ont déjà une formation universitaire et clinique.

## **Définitions de la psychanalyse et des psychothérapies psychanalytiques**

Les différentes définitions évoquées ci-dessous sont conçues dans une perspective pratique qui permet au lecteur de situer le cadre de la psychothérapie, les aspects théoriques particuliers à laquelle elle se réfère et les objectifs plus précisément visés. Durant la première période de la recherche évaluative, les particularités techniques et théoriques étaient rarement précisées. Cela a conduit à présenter les résultats de « la psychanalyse » dans des troubles aussi divers que les psychonévroses, les troubles sexuels, les troubles psychosomatiques et les psychoses (Fenichel, 1930), sans que l'on puisse avoir finalement une idée précise de ce que recouvrait la technique associée à ce terme. Dès lors, les différences observées dans les résultats reflétaient-elles les caractéristiques des troubles ou le fait que la technique était adaptée à certains d'entre eux et pas aux autres ? Les objectifs et la technique en jeu dans le traitement d'une hystérie ne sont pas les mêmes que pour un patient borderline ou schizophrène. Vouloir aborder la question de l'efficacité de la psychanalyse et de ses variantes implique donc, au-delà de la référence au cadre théorique général, de définir ses principaux aspects dans des applications particulières.

La recherche sur les indications (indissociable de celle sur les résultats) pose concrètement le problème des conditions d'usage de concepts communs (Widlöcher, 1986) (par exemple, le cadre thérapeutique, l'interprétation ou le transfert) dans des situations cliniques particulières, ainsi que celui de l'attitude générale du psychothérapeute (par exemple, soutenant, actif ou neutre). Il s'agit donc d'un travail sur les modalités techniques mises en œuvre dans les différents troubles, pour une définition précise des interventions les mieux adaptées à un patient donné, et au cours des différentes phases de sa psychothérapie. Ainsi, des études concernant la définition et

l'usage de l'interprétation ainsi que l'adhésion aux différents protocoles ont été réalisées. Par ailleurs, le débat sur la durée de la thérapie révèle toute la complexité du travail psychanalytique et la nécessité de mieux définir l'indication de psychothérapies longues ou brèves selon la probabilité d'obtenir un résultat favorable.

### **Définition de la psychanalyse**

La psychanalyse peut être définie comme :

- une méthode d'investigation consistant dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet (rêves, fantasmes, délires) ;
- une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir ;
- un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement (Laplanche et Pontalis, 1973).

Suivant les normes formelles françaises, une psychanalyse nécessite un nombre de séances au moins égal à trois par semaine, d'une durée d'environ 45 minutes, le patient étant allongé. Une cure psychanalytique s'étale sur plusieurs années (Widlöcher et Abel Prot, 1996). Les caractéristiques utilisées par le groupe Cochrane sont sensiblement les mêmes : un ensemble de séances régulières avec un psychanalyste entraîné, d'une durée d'au moins 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine. La psychanalyse doit avoir été planifiée pour durer au moins un an (Malmberg et Fenton, 2002). Du point de vue de ses objectifs, la psychanalyse *stricto sensu* est orientée vers les fantasmes inconscients, alors que les psychothérapies psychanalytiques travaillent aussi sur la subjectivité, mais sont également tournées vers le monde. Le transfert n'a pas la même fonction s'il se situe par rapport à soi-même ou par rapport au monde.

### **Définition des psychothérapies d'inspiration psychanalytique**

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont des variantes de la cure type qui se sont constituées à partir des besoins spécifiques de patients présentant des formes de pathologies graves ou circonscrites. Elles comprennent les psychothérapies à long terme (*long-term psychodynamic psychotherapy*), les psychothérapies brèves (*short-term psychodynamic psychotherapy*), ainsi que les psychothérapies psychanalytiques d'enfants. L'analyse des études montre que cette distinction par la durée est aussi associée à une distinction des populations traitées.

Ces psychothérapies se définissent selon un certain nombre de critères :

- la théorie sous-jacente de l'approche est psychodynamique ou psychanalytique ;



- l'objectif établi du traitement est l'acquisition d'une prise de conscience (*insight*) et/ou l'obtention d'un changement de personnalité ;
- les techniques spécifiques appliquées mettent l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert (Svartberg et Stiles, 1991). C'est ainsi que les conflits, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordés, clarifiés et interprétés. La psychothérapie se concentre sur la confrontation du comportement défensif et de l'affect qui se manifeste dans un contexte interpersonnel, de telle façon que les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent puissent être pleinement vécus dans un cadre de travail intégré affectif et cognitif.

Selon le groupe Cochrane, la psychothérapie psychodynamique se définit comme un ensemble de séances régulières de psychothérapie avec un psychothérapeute entraîné ou sous supervision. Les séances de psychothérapie sont définies suivant un modèle psychodynamique ou psychanalytique. Les séances peuvent s'appuyer sur un ensemble de stratégies, parmi lesquelles l'exploration avec prise de conscience, l'activité de soutien ou de direction, une flexibilité appliquée. Cependant, les psychothérapeutes peuvent utiliser une technique moins stricte que la psychanalyse. Pour être considéré comme une psychothérapie psychodynamique bien définie, le travail doit inclure celui du transfert.

### ***Psychothérapies à long terme***

Elles concernent des pathologies complexes, telles que par exemple les troubles graves de la personnalité, en particulier les patients borderline (Adler, 1989 ; Ogrodniczuk et Piper, 1999), les névroses chroniques et les troubles psychotiques. Dans le premier cas, la psychothérapie portera une attention particulière aux déficits qui ont marqué les phases initiales du développement (séparation, individuation, intégration des qualités et défauts de l'objet). Ces déficits se traduisent par des troubles de l'identité et de la relation, qui se répètent dans les situations courantes de la vie et dans la psychothérapie. Celle-ci a dès lors clairement une orientation développementale constructive. La technique est « expressive », « analytique modifiée », « exploratoire ». Elle fait intervenir l'expression chez le patient et différentes modalités techniques du thérapeute : contenir, confronter, interpréter et soutenir quand c'est nécessaire. Un consensus existe sur l'importance de la stabilité du cadre thérapeutique qui conditionne la possibilité du traitement, ainsi que sur celle des manifestations intenses de transfert et de contre-transfert, que le thérapeute doit être capable de supporter et de manier. Le degré de « soutien » ou de « prise en main » que ces patients requièrent, ainsi que l'usage de la confrontation et de l'interprétation, sont très soigneusement discutés à partir de principes généraux (une psychothérapie psychodynamique ne se limite pas au soutien) ou théoriques (l'intervention sera centrée sur le clivage – Kernberg, 1984 –, la relation d'attachement – Horowitz et coll., 1993 –, le narcissisme – Lazarus, 1982 –) ou pratiques, selon le type de pathologie et le moment de la thérapie. Ainsi, pour Kernberg (1984), le

soutien est réservé à des patients qui ont de sévères problèmes antisociaux, qui sont sérieusement désorganisés par les circonstances de l'existence, qui ont une pauvreté des relations interpersonnelles dans leur vie réelle ou une fragilité du moi évidente (cela correspond à un manque de capacités à tolérer l'anxiété ou à contrôler les impulsions). L'interprétation peut être contre-indiquée initialement (vécu persécutif, sorties du traitement) et efficace ultérieurement. Des limites doivent être posées par le psychothérapeute par rapport au passage à l'acte externe. Les actes internes à la thérapie doivent être soulignés et le processus de leur déclenchement soigneusement analysé.

Les névroses chroniques représentent une part importante des cas traités en psychothérapie analytique. Elles s'expriment souvent par des conduites d'échec, des manifestations anxieuses et dépressives et également par des névroses de caractère que l'on retrouve sous le titre de troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive ou histrionique dans le DSM. Structurellement, les patients névrotiques ont un « moi » constitué et ont accédé à la relation d'objet, mais l'organisation des relations sociales et la gestion de la sexualité restent immatures, sources de conflits et de symptômes (difficultés d'identification et culpabilité sexuelle, fantasmes incestueux, angoisse de castration, ambivalence pulsionnelle dans les relations objectales...). Les objectifs principaux de leur traitement ont été formulés au cours du congrès international de Marienbad (Knight, 1941) : disparition des symptômes ; réelle amélioration du fonctionnement mental ; meilleure adaptation du patient dans sa vie affective et sociale, à partir de relations personnelles plus consistantes et loyales avec des personnes choisies, meilleure utilisation de ses compétences, des capacités de sublimation dans les loisirs et la défense de causes.

Les névroses traumatiques et les états de stress post-traumatiques sont des troubles complexes où l'événement actuel, l'histoire personnelle et familiale, les vulnérabilités particulières qu'ils ont produites ainsi que le champ pulsionnel contribuent non seulement à renforcer l'impact du stress, mais également à produire des conduites défensives très pathologiques. La dimension traumatique est une caractéristique très fréquente des patients traités en psychanalyse, comme en témoigne l'étude de Doidge et coll. (1994). Parmi les 580 patients traités par 117 psychanalystes, 23 % avaient souffert de séparation traumatique durant l'enfance, 23 % avaient été victimes d'agression sexuelle, 22 % d'agression physique et 21 % avaient vécu la mort d'un de leurs parents ou frères et sœurs. L'état de stress post-traumatique n'a pas été systématiquement recherché. En revanche, ils présentaient au début de leur traitement une moyenne de plus de 3 troubles de l'axe I au DSM-III-R, les troubles de l'humeur étant les plus fréquemment retrouvés, et pratiquement tous avaient un trouble de la personnalité. L'approche thérapeutique de ces cas complexes est multimodale. Elle concerne non seulement la dépression et l'anxiété, mais à un niveau plus profond une restauration des capacités de mentalisation et souvent d'établissement de liens avec les autres et le monde.

Dans ce dernier cas, elle présente de nombreuses similitudes avec celle des troubles graves de la personnalité.

Les psychothérapies à long terme sont également utilisées dans les troubles psychotiques. Leur approche théorique s'appuie sur le principe général d'une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité et de l'établissement des liens objectaux. De nombreux courants de pensée ont contribué à préciser la théorie et les questions techniques concernant l'approche de psychoses (Kapsambelis, 1996). D'un point de vue pratique, les cliniciens s'accordent sur le fait qu'elles nécessitent une adaptation des méthodes psychothérapeutiques individuelles, suivant dix principes qui ont été résumés à partir de la littérature de la façon suivante (Thurin, 1994) : assurer un cadre thérapeutique stable et durable ; établir une relation de confiance avec le patient schizophrène et une communication conduisant à l'instauration d'un véritable dialogue ; être particulièrement attentif aux éléments cliniques verbaux et non verbaux, et à leurs variations ; prendre en compte et comprendre la réalité actuelle, où s'expriment de multiples difficultés avec le monde extérieur et les autres à l'origine d'une grande souffrance et de peurs extrêmes ; étayer, aider à la mise en contexte et à la distanciation des événements ; soutenir l'assise narcissique et l'intégration des mouvements affectifs ; relativiser la nature idéale (bonne ou mauvaise) des introjections et des relations ; utiliser la psychothérapie comme un espace d'acquisition en interface avec la réalité externe ; n'utiliser l'interprétation qu'avec prudence, et dans une perspective de clarification et de mise en relation, jamais comme des assertions définitives ; respecter la famille et lui proposer une aide si nécessaire. Czermak (2000) insiste également sur l'attention du psychothérapeute à la souffrance du patient et l'ouverture au dialogue qu'elle permet. L'approche est donc phénoménologique, compréhensive et structurante. Roux (2001) et Letarte (2001) soulignent les spécificités de la psychothérapie dans le cadre d'une équipe hospitalière et de soins institutionnels. Bachmann et coll. (2003) précisent que la fréquence des séances ne doit pas excéder une à trois séances par semaine, avec une durée totale minimum de deux ans et que les thérapeutes ont besoin d'un haut niveau de tolérance à la frustration et d'indépendance vis-à-vis de satisfactions narcissiques.

### ***Psychothérapies brèves***

Les psychothérapies brèves sont peu utilisées en France. Il est nécessaire néanmoins de les définir brièvement car une grande partie des études d'évaluation des résultats des psychothérapies psychanalytiques se réfèrent précisément à leur pratique. Par ailleurs, le lecteur trouvera dans leur présentation la transposition clinique de différents aspects théoriques qui interviennent dans le déroulement d'une psychothérapie dynamique. Leurs indications (et contre-indications) très précisément définies et leurs objectifs volontairement limités correspondent presque à des cas d'école. On pourrait même se demander (Gillieron, 1996) si chaque thérapeute n'a pas créé sa propre méthode en fonction de son économie personnelle, en choisissant les

patients correspondants. Elles varient des formes les plus directives et centrées sur l'événement (Bellak et Small, 1965 ; Horowitz et coll., 1984), jusqu'à celles qui sont plus typiquement interprétatives et centrées sur la personnalité (Davanloo, 1978 ; Sifneos, 1981). Ursano et Hales (1986) distinguent ainsi cinq catégories de psychothérapies psychodynamiques brèves, auxquelles il faut ajouter celles de Strupp et Binder (1984) et les psychothérapies interpersonnelles psychodynamiques, ainsi que l'investigation psychodynamique brève de Gillieron (1996).

Concernant la psychothérapie focale de David Malan, élève de Balint (Tavistock Group ; Malan, 1980), et dont l'indication est un conflit interne présent depuis l'enfance, le début du traitement est précédé d'une phase d'évaluation très importante. Celle-ci concerne notamment la congruence entre le conflit actuel et le « noyau » ou le conflit de l'enfance. L'identification des facteurs précipitants, des expériences traumatiques précoces ou de patterns répétitifs conduit à la définition du conflit interne qui doit être le point focal du traitement. Plus grande est la probabilité que l'aire de conflit se manifeste au cours du transfert, plus le résultat sera positif. Le « triangle du transfert » (le transfert, la relation actuelle et la relation passée) conduit à la restauration de la santé du patient. Les critères d'exclusion concernent différents troubles : tentative de suicide, toxicomanie, hospitalisation à long terme, plus d'une série d'électro-convulsivo-thérapie (ECT), alcoolisme chronique, symptômes obsessionnels sévères chroniques avec incapacité, symptômes phobiques sévères, importants passages à l'acte d'autodestruction ou de violence. Les patients sont également exclus de la psychothérapie focale si le thérapeute anticipe certaines aires de problèmes telles que : impossibilité de contact avec le patient ; nécessité de travail prolongé pour générer la motivation du patient ; nécessité de travail prolongé pour pénétrer des défenses rigides ; inévitable implication dans des questions complexes ou situées profondément ; dépendance sévère ou autre forme de transfert intense non favorable (tentative permanente de détruire le cadre thérapeutique, par exemple) ; intensification anticipée de troubles dépressifs ou psychotiques. Le nombre de séances recommandé est généralement de 30, et même de 20 pour les patients avec un résultat favorable. Dans quelques cas publiés, la thérapie a été étendue à un an.

La psychothérapie brève par provocation d'anxiété de Sifneos au *Massachusetts general hospital* de Boston (Sifneos, 1966), se concentre exclusivement sur le conflit oedipien. Durant la phase initiale du traitement, le thérapeute doit établir un bon rapport avec le patient afin de créer une bonne alliance thérapeutique. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient à propos de la situation de sa vie précoce et du conflit actuel. L'utilisation de confrontations dans une perspective d'attaque directe des défenses du patient distingue cette catégorie de psychothérapie des autres psychothérapies à court terme. Le patient doit avoir une intelligence au dessus de la moyenne et avoir eu au moins une

relation significative avec une autre personne durant sa vie. Ce critère tend à exclure les patients présentant des troubles narcissiques. De plus, le patient doit être très motivé pour changer – et non seulement pour obtenir une réduction des symptômes – et exprimer une plainte principale spécifique. Durant l'évaluation, il doit se montrer capable d'interagir avec le psychiatre qui l'évalue, d'exprimer ses sentiments et de montrer une certaine flexibilité. La « motivation » est définie comme la capacité du patient à reconnaître la nature psychologique de ses symptômes, une tendance à l'introspection et une honnêteté par rapport aux difficultés émotionnelles, ainsi qu'une volonté de participer à la situation de traitement. En plus, la motivation inclut la curiosité, une volonté de changer, une volonté de faire des sacrifices raisonnables et une attente réaliste des résultats de la psychothérapie. Les traitements par provocation d'anxiété comportent généralement de 12 à 16 séances, et ne vont jamais au delà de 20 séances. Les séances durent 45 minutes.

La psychothérapie en temps limité de Mann et Golman (1982) est généralement précédée de 2 à 4 séances d'évaluation avant de commencer véritablement. Ces séances sont consacrées à formuler au patient sa problématique centrale, et à spécifier le contrat thérapeutique et le but de la thérapie. Mann et Golman utilisent les techniques classiques de psychothérapie psychanalytique : analyse des défenses, interprétation du transfert et reconstruction génétique (développementale). Les critères d'exclusion sont la dépression grave, la psychose aiguë, une organisation de la personnalité borderline et l'incapacité d'identifier une question centrale. Ultérieurement, Mann et Golman ont ajouté à ces critères la force du « moi ». Les patients qui ont de la difficulté à s'engager et à se désengager rapidement du traitement sont exclus. Cela concerne les patients schizoïdes, certains patients obsessionnels, certains patients narcissiques et certains patients dépressifs qui ne sont pas capables de former une alliance thérapeutique rapide, ainsi que des patients avec des troubles psychosomatiques qui ne tolèrent pas facilement la perte. La psychothérapie est limitée à un total de 12 heures de traitement, distribuées selon les besoins du patient. Elle peut se dérouler sous la forme de séances hebdomadaires d'une demi-heure pendant 24 semaines ou de séances d'une heure deux fois par semaine pendant 6 semaines.

La psychothérapie dynamique à court terme et à large focus de Davanloo (1978) s'adresse aux patients avec un point central œdipien, de perte ou multiple. En particulier, elle s'adresse aux patients souffrant de névroses obsessionnelles et autres névroses. Ses données indiquent que 30 à 35 % de la population ambulatoire souffrant de troubles psychiatriques peut bénéficier de ce mode de traitement. Le premier entretien est consacré à la formulation d'une évaluation diagnostique clinique, dynamique et génétique, ainsi que des possibilités thérapeutiques. Le traitement comprend entre 5 et 40 séances, selon l'aire de conflit du patient (œdipienne *versus* focus multiple). En général, les traitements durent de 15 à 25 séances. Il n'est pas

recommandé de situer une date de terminaison spécifique, mais plutôt de dire clairement au patient que le traitement sera court. Des périodes de temps plus courtes (5 à 15 séances) sont choisies pour des patients avec un conflit essentiellement œdipien, des durées plus longues (de 20 à 40 séances) pour des patients plus sérieusement atteints.

La psychothérapie adaptative brève est une thérapie plus cognitive qui se concentre sur l'identification du pattern le plus inadapté et son élucidation dans les relations passées et actuelles, et tout particulièrement dans la relation entre le patient et le thérapeute. L'objectif est de rendre le patient capable de développer une prise de conscience sur les origines et les déterminants de ce pattern, de façon à produire des relations interpersonnelles mieux adaptées.

La psychothérapie de Strupp et Binder (1984) porte sur les transactions interpersonnelles et se focalise sur une analyse linguistique du récit de leurs relations en distinguant quatre catégories d'actions : les actions propres, la réaction des autres attendue, la réaction des autres réelle, les actions propres retournées contre soi.

Les psychothérapies interpersonnelles (psychodynamiques) issues de l'école interpersonnelle de psychiatrie qui s'est constituée avec Meyer et Stack Sullivan se concentrent sur les événements interpersonnels plutôt que sur les événements intrapsychiques ou cognitifs. De ce fait, elles occupent une place un peu particulière, avec une approche théorique qui peut être plutôt dynamique ou cognitive. Dans son approche psychodynamique, cette psychothérapie interpersonnelle est étroitement reliée à la perspective des relations d'objet : la compréhension des objets internes s'appuie sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient, incluant la relation avec le praticien. De plus, cette psychothérapie est particulièrement attentive au retrait et au détachement, aires qui sont rapportées à des défenses dans le modèle psychodynamique. Cependant, le travail est centré sur les déficits interpersonnels plutôt que sur le conflit intrapsychique.

Dans la technique de Gillieron (1996), l'investigation psychodynamique brève est centrée sur les premiers entretiens de psychothérapie. Elle a pour objectif de mettre en évidence, avec le patient, la nature du changement psychique recherché et les meilleurs moyens pour y parvenir. Ses premières conséquences sont de permettre au patient d'élaborer une demande de soins adaptée aux origines du conflit, de renforcer l'alliance thérapeutique et quelquefois de résoudre la crise qui a amené le patient à consulter (Lescourgues et coll., 2000).

### **Traitements psychodynamiques de l'enfant**

Le développement de la psychanalyse a été très différent dans ses applications chez l'adulte et chez l'enfant.

La première analyse d'enfant a été celle du petit Hans entreprise par Freud en 1909 et les premiers développements de la psychanalyse des enfants sont dus aux travaux d'Anna Freud (1895-1982), de Mélanie Klein (1882-1960), de Spitz (1887-1974) et de Winnicott (1896-1971).

Avant la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les troubles mentaux de l'enfant sont toujours référencés à ceux de l'adulte ; il ne leur est pas reconnu de vraie spécificité. Ce n'est qu'après 1860 que des services sont réservés aux enfants et que des mesures pédagogiques sont mises place grâce aux initiatives de certains psychiatres.

En France, on peut dater le début de la psychiatrie infantile à 1925 avec la création de la clinique annexe de neuropsychiatrie (rue de Vaugirard à Paris). Georges Heuyer, qui en a la charge, devient le rassembleur de tous ceux qui, venus de disciplines diverses, ont en commun le souci de l'enfance inadaptée. Il est le premier à introduire la psychanalyse dans un service de pédopsychiatrie à partir de 1926 tout en prenant en compte l'aspect psychosocial des troubles de l'enfant. Édouard Richet (1890-1940) a également joué un rôle essentiel en introduisant la psychanalyse dans le domaine de la psychiatrie infantile, se refusant à séparer la psychanalyse de la médecine, de la psychologie et de la psychiatrie. Ainsi, une discipline nouvelle prend forme dans son manuel d'étude, « Le développement psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent » qu'il nomme « Psychopédagogue » à laquelle collaborent médecins, pédagogues et psychologues. Il s'y réfère à la psychanalyse avec laquelle il prend néanmoins quelques distances. Georges Heuyer organise en 1937 la première conférence internationale de psychiatrie de l'enfant à Paris dans le cadre de la Conférence internationale de l'hygiène mentale.

En 1946 est créé le premier centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) au sein du lycée Claude Bernard. Il est construit sur le modèle des centres de guidance infantile se développant depuis les années 1920 aux États-Unis. Ce CMPP s'appuie sur les préceptes d'Anna Freud sur l'éducation psychanalytique avec un fonctionnement associant médecins, psychologues et membres de l'Éducation nationale. Le second est créé en 1949 par Henri Sauguet : c'est l'Institut Claparède (prototype des CMPP actuels) fonctionnant avec une équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistantes sociales, rééducateurs). Ces centres pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux. Leur existence sera officiellement reconnue en 1956.

Les écoles psychanalytiques ont largement discuté la possibilité de réaliser des psychanalyses chez l'enfant. Anna Freud estime que l'analyse des enfants doit être utilisée uniquement dans les cas où les chances de guérison spontanée sont faibles. Pour Mélanie Klein, les indications de la psychanalyse chez l'enfant sont moins précises et s'opposent aux conceptions d'Anna Freud. Elle signale qu'on ne doit pas hésiter à pratiquer des cures psychanalytiques « précoces » (avant l'âge de 3 ans). Mélanie Klein considère les jeux

de l'enfant comme la traduction extérieure de ses fantasmes. Dans la situation psychanalytique, ils permettent une interprétation de son agressivité primordiale et de la culpabilité qu'elle déclenche.

La distinction entre la psychanalyse authentique et les nombreuses psychothérapies qui s'en inspirent est difficile à établir lorsqu'on traite l'enfant. Par ailleurs, on ne peut séparer pour l'enfant les techniques psychothérapeutiques des conceptions psychanalytiques. Beaucoup de psychanalystes mettent en œuvre des psychothérapies courtes dont les principes et la technique s'éloignent des cures qui méritent le nom de psychanalyse. Cependant, dans leurs travaux les auteurs ne distinguent pas nécessairement la psychanalyse proprement dite et les psychothérapies psychanalytiques.

### ***Procédures techniques : méthodes de la psychanalyse infantile***

Les conditions de prise de contact avec l'enfant sont souvent délicates car ce dernier peut se voir imposer par ses parents un traitement dont il ignore le but alors qu'il ne souffre pas de son propre comportement. Auprès de l'enfant, le psychanalyste doit rechercher les moyens de créer le transfert. La méthode fondamentale que représente la règle des associations libres chez l'adulte ne peut s'appliquer à l'enfant. C'est ainsi que la valeur symbolique du jeu de l'enfant a été prise en considération. De même, les diverses phases du jeu peuvent être rapprochées des différentes idées exprimées par l'adulte au cours des associations libres.

Ainsi le jeu devient l'instrument de prédilection en psychothérapie, incluant les dessins, les jouets représentant êtres humains, animaux, voitures, maisons... Le jeu est également un moyen pour l'enfant de se défendre contre les affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique. Un des phénomènes les plus fréquents observés en psychanalyse d'enfant est ce qu'on appelle « l'identification narcissique ». La compréhension du transfert et son expression même sont le fruit de l'élaboration thérapeutique. On peut distinguer trois niveaux d'intervention :

- le thérapeute, par sa présence même, contribue à la structuration des éléments du transfert ;
- par ses remarques et interventions, il fait ressortir auprès de l'enfant les caractéristiques de la situation de transfert ;
- enfin, il peut interpréter le transfert, c'est-à-dire remonter de la situation actuelle, vécue avec lui, à la situation passée, revécue en fonction des phénomènes répétitifs. Ces interprétations de transfert n'ont qu'une valeur élaborative.

Une étude approfondie de la situation de départ est nécessaire et il convient d'apprécier dans quelle mesure l'agressivité et l'angoisse, déterminant des régressions, sous-tendent les symptômes pour lesquels l'enfant est amené à consulter.

64 Quel que soit l'âge de l'enfant et même dans les analyses les plus précoces (depuis l'âge de 2 ans et demi), l'enfant vit ses relations avec ses parents en



donnant à chacun d'eux un rôle. La première séance a souvent un rôle capital. Il convient de montrer à l'enfant qu'il s'agit là d'un traitement et de lui en faire sentir la nécessité, non pas en fonction de ses symptômes mais en fonction des difficultés qu'il a dans ses relations avec son entourage. Ce premier entretien permet, la plupart du temps, de décider du type de matériel à employer. Pendant tout le déroulement du traitement, l'attitude de l'analyste est la neutralité.

L'analyste peut intervenir de plusieurs façons :

- il sollicite des associations, soit sur le plan du jeu, soit sur le plan du langage ;
- par des interventions verbales discrètes, il peut souligner auprès de l'enfant tel aspect du matériel et lui en révéler ainsi les points importants ;
- il peut rapprocher certains points d'une même séance ou de séances différentes, ou encore un détail particulier d'une séance d'un événement vécu par l'enfant.

L'interprétation vraie consiste en une élucidation d'une position conflictuelle qui a été revécue dans le transfert en l'explicitant en fonction du passé vécu du sujet. D'autres analystes d'enfants ne donnent pas seulement des interprétations du transfert, mais expliquent des situations extra-transférentielles par des événements passés du caractère conflictuel et de tendance répétitive.

Les séances doivent être en principe fréquentes. Dans les pays anglo-saxons ou d'Amérique latine, il est habituel de prendre un enfant 5 à 6 fois par semaine. En France, beaucoup considèrent que 3 ou 4 séances hebdomadaires seraient indispensables, mais il est souvent impossible de conserver longtemps un tel rythme. Il est courant de voir des analyses d'enfants menées à bien à raison de 2 séances par semaine.

La terminaison de l'analyse détermine des phénomènes groupés sous le nom de « sevrage ». Cette période de sevrage est un véritable raccourci de l'analyse et doit permettre de montrer à l'enfant toutes les projections fantasmatiques et illusives qu'il avait faites sur la personne de son analyste (Lebovici et coll., 1967).

Les psychanalystes peuvent utiliser des méthodes psychothérapeutiques plus simples mais qui sont toutes inspirées par la psychanalyse. On peut distinguer parmi les techniques psychothérapeutiques dérivées de la psychanalyse, tout en rappelant qu'elles sont toutes incluses dans la cure classique, les méthodes suivantes :

- la psychothérapie d'expression, qui fait essentiellement appel au jeu de l'enfant. Le jeu mené en présence d'un adulte a une fonction « régressive » qu'il ne faut pas négliger ;
- la psychothérapie relationnelle, qui joue un rôle essentiel avec tous les enfants ;

- les interprétations psychanalytiques, qui se placent dans le cadre des différentes interventions psychothérapeutiques qui ont toujours en vue la verbalisation des affects.

## BIBLIOGRAPHIE

- ADLER G. Psychodynamic therapies in borderline personality disorder. In : American Psychiatric Press Review of Psychiatry. TASMAN RE, HALES MD FRANCES AJ eds, American Psychiatric Press, 1989
- ALEXANDER F. Psychosomatic medicine. Norton, New York 1950. Traduction HORINSON S, STERN E. La médecine psychosomatique. Payot, Paris 1962, 243 p
- BACHMANN S, RESK F, MUNDT C. Psychological treatments for psychosis : history and overview. *J Am Acad Psychoanal Dynam Psychother* 2003, **31** : 155-176
- BELLAK L, SMALL L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. Grune & Stratton, New York 1965
- BION WR. Learning from experience. Heinemann, London 1962
- BONAPARTE M, FREUD A, KRIS E. Introduction. In : La naissance de la psychanalyse. FREUD S. PUF, Paris 1986 (1956) : 1-43
- BOWLBY J. Attachment and loss. Tavistock Institute of Human Relations, 1969. Attachement et perte I. PUF, Paris 1978 : 540 p
- CZERMAK M. L'approche psychanalytique et psychodynamique présente un intérêt. In : Les troubles schizophréniques. DE CLERCQ M, PEUSKENS J eds, De Boeck & Larcier, Paris, Bruxelles 2000 : 249-255
- DAVANLOO H. Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy. Spectrum Publications, New-York 1978
- DOIDGE N, SIMON B, GILLIES LA, RUSKIN R. Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan : DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 586-590
- FENICHEL O. Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute, 1920-30. Report of therapeutic results, 1930 : 28-40
- FREUD S. Les névropsychoses de défense (Die Abwehr-Neuropsychosen, 1894). In : Œuvres complètes. Vol. III. PUF, Paris 1989 : 1-18
- FREUD S. Esquisse d'une psychologie scientifique (1895). In : La naissance de la psychanalyse. PUF, Paris 1986 (1956) : 313-396
- FREUD S. Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense (Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen, 1896). In : Œuvres complètes. Vol. III. PUF, Paris 1989 : 121-146
- FREUD S. L'interprétation des rêves (Die Traumdeutung, 1900). PUF, Paris 1967 (1926)
- 66 FREUD S. Psychopathologie de la vie quotidienne (1901). Payot, Paris 1969 : 297 p

- FREUD S. Fragments d'une analyse d'hystérie (1905a). In : Cinq psychanalyses. Denoël & Steele, Paris 1935 : 7-109
- FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité (Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905b). Gallimard, coll. « Idées », Paris 1962
- FREUD S. Pulsions et destin des pulsions (Triebe und Triebchicksale, 1915a). In : Œuvres complètes. Vol. XIII. PUF, Paris 1988 : 161-185
- FREUD S. L'inconscient (Das Unbewusste, 1915b). In : Œuvres complètes. Vol. XIII. PUF, Paris 1988 : 203-242
- FREUD S. Au-delà du principe de plaisir (Jenseits des Lustprinzips, 1920). In : Essais de psychanalyse. Payot, Paris 1951 : 5-75
- FREUD S, BREUER J. Études sur l'hystérie (Studien über Hysterie, 1895). PUF, Paris 1981
- GILLIERON E. Psychothérapie psychanalytique brève : notre méthode. In : Psychanalyse et psychothérapies. WIDLÖCHER D, BRACONNIER H eds, Flammarion Médecine/Sciences, Paris, 1996 : 18-29
- HOROWITZ MJ, MARMAR C, WEISS DS, DEWITT KN, ROSENBAUM R. Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process to outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1984, **41** : 438-448
- HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BARTHOLOMEW K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 549-560
- KANDEL ER. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. (Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited) *Evol Psychiatr* 2002, **67** : 40-82
- KAPSAMBELIS V. Psychothérapie psychanalytique des psychoses. In : Psychanalyse et psychothérapies. Flammarion Médecine/Sciences, Paris 1996 : 200-222
- KERNBERG O. Severe personality disorders. Yale University Press, New Haven 1984
- KLEIN M. La psychanalyse des enfants (Die Psychoanalyse des Kindes, 1932). PUF, Paris 1959 : 318 p
- KNIGHT R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446
- KOHUT H. Selected problems of self psychological theory. In : Reflections on self psychology. LICHTENBERG J, KAPLAN S eds, Analytic Press, Hillsdale NJ 1978
- KREISLER L, FAIN M, SOULE M. La clinique psychosomatique de l'enfant. A propos des fonctionnements du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant* 1966, **9** : 138-156
- LACAN J. Le stade du miroir. 1949. In : Ecrits. Le Seuil, Paris 1966 : 93-100
- LAPLANCHE J, PONTALIS JB. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris 1973 : 526 p
- LAZARUS LW. Brief psychotherapy of narcissistic disturbances. *Psychother Theory Res Prac* 1982, **19** : 228-236
- LEBOVICI S, DIATKINE R, FAVEREAU JA, LUQUET P, LUQUET-PART J. La psychanalyse des enfants. In : La psychanalyse d'aujourd'hui. NACHT S ed, PUF, Paris 1967 : 170-235

LEBOVICI S, MAZET PH. À propos de l'évaluation fantasmatique. *In* : L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. LEBOVICI S, MAZET PH, VISIER JP eds, Eshel, 1989 : 472 p

LESCOURGUES L, BIRMES PH, STERCK G, GILLIERON E, SCHMITT L. Interventions psychodynamiques brèves et dépression en milieu hospitalier. *Ann Med Psychol* 2000, **158** : 648-655

LETARTE P. Une psychothérapie psychanalytique dans le cadre d'une équipe hospitalière. *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution : approche psychologique et clinique. BOUCHERAT-HUE V, WIDLOCHER D, COURNUT J eds, Dunod, Paris 2001 : 140-152

MALAN D. Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworth, London 1980

MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). *In* : The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford : Update Software

MANN J, GOLMAN R. A case book in time limited psychotherapy. Harvard University Press, Cambridge Mass 1982

MARTY P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Payot, Paris 1976 : 244 p

OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 1999, **13** : 297-311

PERRON R. La recherche en psychanalyse et l'Association Psychanalytique internationale. *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris* 1998, **50** : 39-51

ROUX ML. Dans quelles mesures les psychoses sont-elles accessibles à la psychothérapie psychanalytique hospitalière ? *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution : approche psychologique et clinique. BOUCHERAT-HUE V, WIDLOCHER D, COURNUT J eds, Dunod, Paris 2001 : 187-206

SIFNEOS PE. Psychoanalytically oriented short-term dynamic or anxiety-provoking psychotherapy for mild obsessional neuroses. *Psychiatr Q* 1966, **40** : 271-282

SIFNEOS P. Short-term anxiety provoking psychotherapy : its history, technique, outcome and instruction. *In* : Forms of brief psychotherapy. BUDMAN S ed, Guilford Press, New York 1981

SPITZ A. The first year of life. International Universities Press, New York 1965. De la naissance à la parole. PUF, Paris 1973 : 316 p

STERN D. Le monde interpersonnel du nourrisson (The interpersonal world of the infant. 1985). PUF, Paris 1989 : 381 p

STRUPP HH, BINDER JL. Psychotherapy in a new key : a guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York 1984

SVARTBERG M, STILES TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 704-714

THURIN JM. Adaptation des méthodes psychothérapeutiques individuelles au traitement au long cours des psychoses schizophréniques. *In* : Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Conférence de consensus. Frison Roche, Paris 1994 : 253-275

THURIN JM. Une vie sans soi - clinique et interprétation des maladies psychosomatiques. Frison Roche, Paris 1997 : 240 p

URSANO RJ, HALES RE. A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 1507-1517

WALLON H. Les origines du caractère chez l'enfant. PUF, Paris 1983 (1949) : 302 p

WIDLÖCHER D. Métapsychologie du sens. PUF, Paris 1986 : 172 p

WIDLÖCHER D. La formation des psychothérapeutes et ses horizons. *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution. BOUCHERAT-HUE V, WIDLÖCHER D, COURNUT J eds, Dunod, Paris 2001 : 95-107

WIDLÖCHER D, ABEL PROT V. Psychanalyse et psychothérapies. *In* : Psychanalyse et psychothérapies. Flammarion Médecine/Sciences, Paris 1996 : 11-17

WIDLÖCHER D, MILLER JA. L'avenir de la psychanalyse (débat). *Psychanalyse, Sciences humaines, Neurosciences* 2003, **1** : 10-18

WINNICOTT D. La petite « Piggie », traitement psychanalytique d'une petite fille. 1977. Payot, Paris 1980