

Psychanalyse et psychothérapie

J.-M. Thurin, N. Juskewycz, M. Thurin

Résumé : La relation entre psychanalyse et psychothérapie a toujours été, et reste, un sujet de discussions exigeantes, passionnées, voire polémiques, pour ceux qui les pratiquent et au-delà. La psychanalyse est-elle une psychothérapie ? Est-elle une psychothérapie comme les autres ? Quels sont les principes qui fondent son unité ? Cette unité est-elle compatible avec la pluralité des pratiques qui en sont issues ? Cette pluralité reflète-t-elle un affaiblissement de la psychanalyse, ou témoigne-t-elle, au contraire, d'une amélioration de ses moyens, en termes d'approches et de modèles théoriques qui répondent à l'élargissement de ses indications cliniques ? Cet article examine l'ensemble de ces questions et y apporte des réponses argumentées. La psychanalyse, comme pratique, répond à des principes cliniques, méthodologiques et éthiques. Le corpus psychanalytique actuel permet d'articuler un diagnostic fonctionnel dynamique finement différencié avec un faisceau d'hypothèses susceptibles d'en éclairer l'origine, articulation qui sous-tend la cohérence des pratiques psychanalytiques avec leurs effets. Cette situation unique dans le champ des psychothérapies offre au praticien formé la possibilité d'ajuster son approche à des situations cliniques très complexes qui forment aujourd'hui le cœur des demandes de soin. La formalisation de ces psychothérapies complexes et des principales problématiques qui s'y rencontrent ouvre à des échanges et des recherches interdisciplinaires qui peuvent considérablement enrichir les pratiques et leur transmission.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Psychanalyse ; Psychothérapie ; Éthique ; Transfert ; Approche ajustée ; Inconscient ; Processus de changement ; Développement ; Médiations ; Psychopathologie dynamique ; Attachement ; Interactions primaires ; Mémoires ; Névroses ; Troubles de la personnalité ; Psychose ; Dépression ; Angoisse ; Recherche clinique ; Neurosciences

Plan

■ Position de la question	1
■ Spécificité de la psychanalyse	2
La psychanalyse est-elle une psychothérapie ?	2
La psychanalyse est-elle une psychothérapie comme les autres ?	2
■ Unité de la psychanalyse	2
Une méthode d'écoute associative et interprétative	3
Une pratique de soin ajustée à la dynamique d'évolution du patient	3
Une théorie générale	4
■ Psychanalyse et psychothérapies psychanalytiques	4
Identités et différences générales	4
Indications cliniques	5
Distinction des approches	5
■ Diversité des approches et pluralisme théorico-technique	6
Psychanalyse freudienne	6
Ego psychologie (A. Freud, Hartmann)	6
Théories de la relation d'objet (M. Klein, Winnicott, Fairbairn)	6
Psychologie du self de Kohut	7
Théorie de l'attachement	7
Théorie interpersonnelle (Sullivan, Greenberg et Mitchell)	7
Relecture du corpus psychanalytique par Lacan	7
Psychanalyse contemporaine	7
Articulation et choix des approches	8

■ Ajustement des approches et ses fondements	8	47
Inséparabilité de l'approche et d'un diagnostic dynamique causal précis	8	48
Deux modèles de l'action thérapeutique	8	49
■ En conclusion	10	50
		51
		52

■ Position de la question

La psychanalyse a ouvert le champ de l'inconscient dans l'abord et la compréhension de la psychopathologie. Les psychothérapies psychanalytiques occupent en France une place importante dans un champ nosologique étendu. Cette situation tient à la fois à la formation approfondie des psychothérapeutes, des psychiatres et des psychanalystes, et à l'organisation du système de soins qui a complété le dispositif institutionnel en développant largement les traitements ambulatoires incluant la psychothérapie (en exercice public et libéral). La prise en charge, au moins partielle, de leur coût par la Sécurité sociale et l'État, a été un facteur majeur de cette évolution. Il est de moins en moins rare que des patients *borderline*, voire psychotiques, s'engagent dans une psychothérapie psychanalytique en cabinet ^[1], un traitement conjoint bébé/parents ^[2], parents/enfants ^[3] ; les psychothérapies psychanalytiques de patients présentant des dépressions chroniques, des traumatismes graves accompagnés ou non de troubles

somatiques et de l'identité ^[4], voire de troubles autistiques qui font l'objet de nombreuses publications actuelles, sont très courantes ^[5]. De ce fait, la question des variations en référence à l'idéal de la cure type se trouve associée à deux autres : celle de l'ouverture des psychothérapies psychanalytiques à de larges populations, envisagée par Freud dès 1919 dans *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique* ^[6-15] (il prévoyait déjà qu'elle aurait potentiellement des effets sur la technique, compte tenu des moyens humains et des coûts que cela impliquerait) ; et celle, envisagée par Freud en 1938 dans *l'Abrégé de psychanalyse* ^[16-19], abordant les indications et les voies qui sont les plus susceptibles de « guérir » des patients (notamment psychotiques ou qui leur sont très proches) auxquels la méthode classique ne correspond pas. Cette situation est un effet des pratiques psychanalytiques qui ont pu répondre à la complexité des demandes émanant à la fois des patients et des médecins ^[20], mais elle conduit aussi à s'interroger sur ce qui constitue l'unité de l'approche psychanalytique ^[21, 22].

Cet article tente de définir comment se construit une dimension essentielle de l'approche psychanalytique, l'ajustement de la pratique à la situation psychodéveloppementale de chaque patient tout au long de la cure. Cette évaluation conduit le praticien à convoquer les différents modèles dont il dispose et les approches qui leur correspondent, en référence à une approche générale, mais aussi à la spécificité de certains traits psychopathologiques du patient.

■ Spécificité de la psychanalyse

La psychanalyse est-elle une psychothérapie ?

Cette question a souvent été posée au cours de la période récente et a reçu des réponses très différentes. Si l'on se réfère à la façon dont Freud a introduit la psychanalyse, il n'y a aucune hésitation de sa part à ce Sujet : la psychanalyse est une psychothérapie. Dans *De la psychothérapie* (1904) ^[7], Freud commence par défendre « la cause de la psychothérapie » pour présenter sa méthode « analytique » de traitement et la technique qui l'accompagne. Tous les textes réunis dans « La technique psychanalytique » concernent la façon dont a été conçu le traitement que représente la psychanalyse et la façon de le mener dans les meilleures conditions. Freud restera fidèle au projet de « guérir » et d'en préciser les voies pour y parvenir jusque dans ses derniers écrits, notamment *l'Abrégé de psychanalyse* ^[16-19].

La psychanalyse est-elle une psychothérapie comme les autres ?

Freud a notamment éclairci cette question en la distinguant de la suggestion et de la catharsis.

Concernant la suggestion, Freud ^[7] explique que, grâce à la psychanalyse, le médecin n'est plus obligé de s'en tenir à des procédés psychothérapeutiques sous forme de paroles réconfortantes, telles que « Ne vous frappez pas, vous ne tarderez pas à aller mieux ». Cette façon de suggérer n'est en effet pas sans inconvénients. D'abord, dans tous les cas graves, elle perd rapidement son bénéfice et l'on voit le même trouble ou un autre resurgir. Ensuite, c'est une technique « qui recouvre la maladie, sans se soucier de l'origine, de la force et de la signification des symptômes morbides. Au lieu de cela, elle leur applique une action, la suggestion, et attend de ce procédé qu'il soit assez puissant pour entraver les manifestations pathogènes ». De plus, la suggestion fait obstacle à « toute prise de connaissance du jeu des forces psychiques ; elle ne permet pas, par exemple, de reconnaître la résistance qui fait que le malade s'accroche à sa maladie et, par-là, lutte contre son rétablissement ». Il s'agit d'un facteur psychique qui devient incontrôlable et ne peut être ni dosé, ni intensifié.

Dans son article de 1912 ^[8], Freud écrit que l'interprétation du transfert peut être considérée comme une suggestion, mais dans le sens d'une hypothèse susceptible de réduire la résistance qui ralentit le travail psychanalytique et dont le transfert est la conséquence et l'expression. Sa position est reprécisée un an plus

tard ^[9]. « Assez souvent, le transfert suffit, à lui seul, à supprimer les symptômes morbides, mais temporairement et seulement tant qu'il dure. En pareil cas, le traitement ne peut être qualifié de psychanalyse, il ne s'agit plus que de suggestion. Le nom de psychanalyse ne s'applique qu'aux procédés où l'intensité du transfert est utilisée contre les résistances ». Il ajoute ^[9], que « pour la plupart des patients, nous nous trouvons obligés de nous poser de temps en temps en éducateurs et conseillers. Mais cela doit être fait avec beaucoup de précaution et il ne faut pas chercher à modeler le malade à notre image, mais le pousser à se libérer et à perfectionner sa propre personnalité ».

Ainsi, sans réfuter le fait que la suggestion puisse être un des ingrédients de la psychothérapie, Freud en situe les limites et même le caractère potentiellement inadéquat. Il ajoute à ce constat clinique que le patient reste le premier artisan de son changement. Le psychanalyste accompagne le déroulement du travail associatif (intérieur) du patient, chemin de découvertes, mais aussi d'embûches qu'il aide à dépasser.

Concernant la catharsis, cet effet particulier de la psychothérapie (qui a été réintroduit avec *l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing* [EMDR]) a été abandonné par Freud comme objectif de la cure lorsqu'il est devenu évident pour lui que le modèle, sur lequel il reposait, était trop simple. D'une part, ni l'émotion ni la situation ne pouvaient être extraites d'un contexte plus large inscrit dans la dynamique psychique de la personne. D'autre part, la remémoration des contenus refoulés se heurtait à la résistance du patient. Il devenait alors plus logique de se préoccuper des résistances, de les situer et communiquer au patient et de dégager ainsi les incidents et associations oubliés. L'expression émotionnelle fait partie du contenu d'une cure analytique, mais elle est le témoin de l'évolution du rapport du patient à lui-même, sans constituer en soi un but thérapeutique.

Les psychothérapies se distinguent également par leurs effets attendus. Ceux de la psychanalyse ont initialement été situés par Freud au niveau des « mécanismes de changement », telles que la levée du refoulement des souvenirs traumatiques et la réduction des résistances à découvrir l'origine de certains problèmes, la disparition des symptômes étant une des conséquences de l'accomplissement de ce travail analytique. L'interruption de la répétition des processus pathologiques et l'amélioration de la santé psychique, s'exprimant dans « la liberté d'aimer et de travailler », ont été associées. Ces buts ont été précisés au cours du congrès de Marienbad de 1937 ^[23]. Ils ont évolué, comme nous le verrons plus loin, en relation avec les situations psychopathologiques rencontrées, les causes qui leur sont associées et les mécanismes qui en sous-tendent la concrétisation.

■ Unité de la psychanalyse

L'approche psychanalytique, dans sa spécificité, peut se définir comme une articulation permanente entre « une méthode d'écoute associative et interprétative » conduite par un psychanalyste longuement formé et « le transfert » qui s'exprime dans ses différentes modalités avec son patient au cours du processus psychothérapeutique. L'associativité psychique est polymorphique, elle ne relève pas seulement du langage verbal ; elle implique aussi le langage du corps et le langage de l'acte ^[24] (Freud, 1895).

René Roussillon ^[25] propose d'aborder la question de l'unité de la psychanalyse en relation à la grande diversité des « dispositifs » et des méthodes concernant les pratiques actuelles des psychologues cliniciens, psychiatres et psychanalystes. Sa perspective est de montrer la fécondité des interactions entre la pratique psychanalytique standard et les diverses pratiques cliniques dans d'autres terrains de soin plutôt que d'opposer, comme cela a souvent été fait contre l'avis de Freud ^[6], « l'obligation de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe ». S'il est évident que la psychanalyse a donné un support théorique à des pratiques cliniques différentes, il est également important de souligner que les pratiques « hors cure » ont considérablement enrichi la théorie psychanalytique en interrogeant ses fondements à partir de situations cliniques limites et de l'extrême ^[23], qui ne relèvent pas d'un dispositif standard.

Roussillon note que la psychanalyse a bénéficié de son transfert sur de nouveaux objets pour évoluer. Une interface s'est construite entre la psychanalyse première et ce qui s'établit avec l'enfant (Klein), le bébé (Winnicott), au cours des états psychotiques (Bion, Lacan), dans les groupes (Bion, Kaes). Cette interface a engagé des avancées et une mutation dans la théorie psychanalytique. Dit autrement, les différentes pratiques psychothérapeutiques, institutionnelles ou libérales, ne constituent pas une autre psychanalyse que celle des sociétés de psychanalystes. C'est au niveau du dispositif, cure type ou dispositif en face-à-face en pratique privée, dispositifs en côte à côte, groupaux, familiaux, institutionnels, approches de la clinique projective ou thérapies médiatisées, en pratique publique que se situe la plupart du temps l'essentiel de leur différence.

Une méthode d'écoute associative et interprétative

« L'écoute » suppose chez l'analyste une empathie particulière, une introjection de sa fonction et l'adhésion à la « règle fondamentale » analytique corrélée à l'association libre, véritable cadre-dispositif de la cure en ce que la contrainte qu'elle produit est en même temps l'ouverture à la dynamique du transfert [26]. Elle demande du thérapeute d'avoir été suffisamment loin dans son analyse personnelle pour pouvoir entendre, se représenter et comprendre l'expérience de l'autre dans ce qu'elle peut avoir de plus insupportable. C'est en demandant au patient « de révéler non seulement ce qu'il sait, ce qu'il dissimule à autrui, mais aussi ce qu'il ne sait pas [en exprimant] tout ce qui lui vient à l'esprit, même si c'est désagréable à dire, même si cela lui semble inutile, voire absurde », que le transfert, qui est la base des résultats thérapeutiques, se constitue [16], transfert que le psychanalyste doit pouvoir assumer et maîtriser dans son attitude et ses interventions.

Dans la pensée freudienne, l'associativité est présente sous une double forme : l'association libre considérée comme la règle fondamentale de la psychanalyse, mais aussi l'associativité qui caractérise le fonctionnement psychique. Roussillon souligne que « le fond de la théorie du fonctionnement psychique de Freud, aussi bien au niveau de la représentation que de l'organisation du moi lui-même, est une théorie de leur fonctionnement associatif. La méthode dite de l'association libre n'est qu'une des conséquences du fait que le fonctionnement psychique, semblable au fonctionnement neurologique, est un fonctionnement associatif » [22], ce que confirment différents travaux des neurosciences (p.e. Varela [27], Edelman [28]). Roussillon relève également que Freud ne travaille pas seulement à partir de l'associativité verbale mais qu'il considère aussi (dès le début de son œuvre) les manifestations corporelles comme des langages qu'il écoute. « En outre, les jambes douloureuses commencèrent aussi à « parler » pendant nos séances d'analyse (...) j'appris peu à peu à me servir de l'éveil de cette douleur comme d'une boussole » (Freud, *Esquisse d'une psychologie scientifique* 1895, p 107). L'associativité est donc « polymorphique » dans la mesure où elle mêle aux messages verbaux des messages non seulement affectifs, mais aussi empruntés au registre mimo-gesto-postural, voire au « langage de l'acte » ou du comportement [21]. Cette prise en compte de l'associativité sensorimotrice est fondamentale dans les cadres-dispositifs où la psychanalyse s'inscrit dans différentes formes de psychothérapie psychanalytique, notamment les dispositifs groupaux, familiaux, institutionnels, ainsi que les psychothérapies avec des médiations thérapeutiques, dont l'essor a été considérable ces 20 dernières années [29].

« L'approche » psychanalytique est également inséparable de la question de ce qu'« est » un psychanalyste, ou du moins des critères de sa formation et de la façon dont il l'applique. De façon générale, cette formation repose sur un trépied classique : analyse personnelle, supervision de cas traités, enseignement théorique au sein d'instituts de formation [10]. La psychanalyse personnelle, longue, est indispensable pour pouvoir accéder à l'excellente qualité d'écoute qui permet au patient d'intégrer le cadre analytique en toute confiance. Sur le plan éthique, le traitement psychanalytique repose sur l'authenticité, qui conditionne, en grande

partie, son influence éducative, et sa valeur éthique [11]. C'est la vie interne du patient et ce qui constitue les traits de son identité propre qui sont abordés.

Cette méthode donne une place majeure au langage du patient, dans sa construction, ses formes d'expression et d'évolution au cours de la cure. Ces formes peuvent être diverses : la parole dans ses différentes modalités (explicite, implicite, silences, négations...), les écrits, la gestuelle, ainsi que le dessin, le jeu chez l'enfant. L'association libre n'est pas une œuvre solitaire du patient. Elle entraîne la pensée de l'analyste et son propre travail d'association, de repérage et de mise en relation [30]. Différents auteurs ont précisé la manière, psychanalytique ou non, dont le thérapeute accueille et utilise le matériel du patient quel que soit le cadre choisi [31].

« Le matériel » psychanalytique provient de diverses sources : les dires du patient, ses associations libres, ses manifestations de transfert, ses rêves et ses actes manqués. Il permet au psychanalyste de construire des hypothèses à propos des expériences passées du patient, de ce qu'il a oublié ou ce qui se passe en lui sans qu'il le comprenne [16], hypothèses qui soutiennent la formulation prudente des interprétations. Les rêves apportent leur contribution à cette construction, non seulement dans la présentation des désirs et des conflits, mais également comme témoins du processus d'historisation et de présentation de soi dans les traumatismes précoces et répétés [32]. Une place importante est également attribuée sous des formes très diverses au corps et à son image [33-35], au préverbal, à la relation à l'autre dans ses étapes les plus précoces et à la dimension fantasmatique et dissociée de la sexualité infantile par rapport à la sexualité de l'adulte [36, 37]. Alexander [38], comme Freud, a mis l'accent sur le rôle de l'expérience émotionnelle correctrice qui accompagne l'interprétation. À cette fonction interprétative, le psychanalyste associe la distinction des contenus manifestes et latents, repère les changements thématiques et la structure symbolique commune des différents récits narratifs [39, 40]. Il y associe la contenance, l'ajustement au fonctionnement du patient, l'accordage, la flexibilité, la protection et la régulation du processus de la cure. Chez l'enfant, la pertinence de ses remarques et questions traduit son engagement dans le travail psychothérapeutique. Les effets de la cure peuvent être suivis à partir de la vitalité des séances et des productions qui les accompagnent. La prise en compte de la façon dont les parents abordent le problème de leur enfant et la supervision apportent une dimension de réalité qui peut être étayée par rapport à ce qui risquerait sinon de rester un idéal [41].

Une pratique de soin ajustée à la dynamique d'évolution du patient

La psychanalyse est une pratique qui permet de se rapprocher de la multiplicité et de la complexité des phénomènes psychiques et de leur connexion aux causes déterminantes des manifestations morbides [17]. Elle porte une attention particulière au développement et à la psychopathologie de la personnalité [42]. Cette investigation, qui associe le patient et le psychanalyste, produit des changements, à la fois temporaires et structurels [43]. La réactivation de la vie psychique, la sédation d'une angoisse paroxystique, et la disparition momentanée des hallucinations constituent des exemples des changements primaires que l'on peut associer à une redistribution des investissements et à une levée de certaines résistances dans un cadre sécurisant. La réduction de la tension affective, l'interruption des auto-agressions, le rétablissement d'une confiance dans la stabilité de la réalité ordinaire, et la consolidation de l'identité sont des exemples de changements secondaires et en chaîne qui impliquent à toutes les étapes une altérité présente et souvent active du thérapeute. Le « transfert » participe directement à ces changements comme une nouvelle modalité d'expérience construite sur des expériences infantiles marquantes qui ont laissé conflits, incompréhensions, traumatismes, handicaps et attentes. La disposition au transfert sera d'autant plus grande que ces expériences seront restées sans issue et se seront répétées sans résultat dans la réalité actuelle. Le transfert constitue donc potentiellement la situation rêvée en même temps qu'il porte la marque d'une souffrance et d'un

échec indépassables sans une aide ajustée. Comme le souligne Widlöcher, le terme de « névrose de transfert » paraît bien choisi pour souligner le déplacement qui se fait entre l'organisation névrotique et celle du transfert. Mais, ce déplacement se retrouve également associé à une dimension développementale ou de régression dans les états limites, de point de repère fixe et identifiable dans les états psychotiques et les états psychosomatiques.

Ainsi, il n'existe pas qu'une seule forme de transfert. Différentes formes de transfert ont été théorisées dans la théorie psychanalytique contemporaine. Le transfert n'est pas seulement positif, il peut être négatif, comme l'a souligné Freud. Pour M. Klein, dans l'analyse des enfants, le transfert s'établit dès le début de la thérapie et le thérapeute peut en constater le caractère très positif. Mais si l'enfant est très angoissé ou tout simplement méfiant, trahissant alors un transfert négatif, il devient urgent d'interpréter afin d'avoir prise sur son angoisse et sa culpabilité inconsciente, et établir la situation analytique le plus tôt possible (M. Klein). Parmi les formes de transfert particulièrement retrouvées dans les psychothérapies psychanalytiques, nous pouvons citer le transfert sur le cadre, dépositaire de la symbiose qui permet le développement du moi (Bleger), le transfert par diffraction (R. Kaës) dans les groupes, le transfert par retournement (R. Roussillon) dans lequel le thérapeute est mis à la place du sujet lui-même, diverses modalités du transfert psychotique (H. Rosenfeld, H. Searles, Bion, etc.), par exemple avec le concept de « psychose de transfert » où le transfert est l'expression d'une organisation très primitive du moi. Ces différentes spécificités de transfert renvoient non seulement à certaines différences entre psychanalyse standard et psychothérapie, mais à l'évolution de la théorie psychanalytique contemporaine.

Sur cette base, et en prenant en compte la spécificité du transfert dans l'hystérie dont les rapports avec la psychanalyse ont été si déterminants, il est naturel que la guérison vienne d'une nouvelle économie psychique et relationnelle du rapport à la réalité. La réduction des conflits et l'ouverture de nouvelles possibilités de fonctionnement s'expriment dans une capacité de jouir d'objets réels et d'agir^[44]. Elle peut être objectivée par des outils tels que les échelles psychodynamiques de fonctionnement^[45].

Le travail psychanalytique prend du temps, même si l'attention et la compétence du psychanalyste peuvent contribuer à le réduire (par exemple, en stimulant le travail, en ouvrant certaines voies à travers ses interprétations, mais également en évitant que le transfert devienne pour le patient une satisfaction substitutive)^[12]. Il ouvre chez le patient la possibilité d'un autre regard sur soi et sur la réalité, en réduisant la rigidité des conflits internes et les projections sur le monde extérieur qui leur sont liées. Il permet un meilleur équilibre entre les investissements narcissiques et objectaux, principe de plaisir et élaboration secondaire^[46].

Une théorie générale

La psychanalyse pose l'existence d'une activité mentale inconsciente, c'est-à-dire que le comportement humain est constamment influencé par des pensées, des désirs et des représentations mentales dont l'accès à la conscience est interrompu. Elle souligne également que le développement de chaque personne est marqué par différentes étapes, susceptibles de distorsions, de fixations et de régressions, étapes qui resteront marquées dans le développement et les fonctionnements ultérieurs. La vie intérieure est importante pour comprendre la vie extérieure. Elles sont l'une et l'autre la source et le produit de l'histoire personnelle dont la prise en compte est essentielle^[47]. La psychanalyse constate également l'impossibilité d'établir scientifiquement une ligne de démarcation nette entre les états normaux et anormaux. Le rêve illustre cette continuité en utilisant la dimension hallucinatoire pour exprimer des contenus psychiques parfois très construits et élaborés (notamment dans les cauchemars).

Comme « ensemble de conceptions psychologiques fusionnant progressivement en une discipline scientifique nouvelle »^[48], la psychanalyse représente une théorie d'accueil qui apporte un éclairage spécifique du fonctionnement psychique normal et pathologique dans différents contextes. Elle est en convergence avec de nombreuses données scientifiques actuelles et y trouve même différents points d'appui reliant le psychologique

au biologique. La compréhension des effets de la pratique psychothérapique psychanalytique se trouve étayée par l'épigénétique, l'importance donnée aux relations précoces, à la nature de l'attachement (sécurisant ou non sûr), aux conséquences du stress (notamment de séparation, isolement et violence) et à l'impact des traumatismes (notamment sexuels)^[18]. La distinction de différents niveaux d'inconscient (procédural, dynamique, préconscient), leurs liaisons à la mémoire déclarative^[49, 50] où l'attachement tient une place particulièrement importante^[51, 52], s'articulent bien avec ce qui se déroule dans le processus psychothérapique. La structuration cérébrale en réseaux neuronaux et leur évolution permanente en relation à de nouvelles expériences interindividuelles dont celles qui s'établissent en psychothérapie^[28, 53-55] en constituent un autre aspect. Un autre facteur qui participe à l'unité de la psychanalyse est qu'au cours des dernières années, des différences conceptuelles, comme celles qui concernent la place donnée à la pulsion, à l'étayage, à la sexualité infantile dans le contexte du développement de la théorie de l'attachement, ont fait l'objet de discussions approfondies impliquant des intervenants des différents courants. Les exemples en sont nombreux, dont beaucoup d'ouvrages portent le témoignage.

■ Psychanalyse et psychothérapies psychanalytiques

La distinction des pratiques psychothérapiques du modèle de la cure psychanalytique classique a conduit à approfondir la diversité des situations rencontrées et des causes impliquées qui sous-tendent chacune des approches^[56].

Identités et différences générales

Nombreux sont les auteurs, dont Freud, qui soulignent l'identité qui existe entre la psychanalyse et les psychothérapies psychanalytiques.

D'abord, ce qui concerne la relation au soin. Dans la psychanalyse comme dans les psychothérapies (en tant que traitement individuel), il s'agit bien de soigner, au sens de la médecine^[57].

Ensuite, concernant la méthode générale, les psychothérapies psychanalytiques utilisent, comme la psychanalyse, l'association libre, la référence à l'histoire individuelle et au passé infantile. Leur dispositif général est le même, qu'il s'agisse du paiement ou de la régularité des horaires.

Il existe aussi des différences qui ne sont pas seulement formelles. Par exemple, l'utilisation du divan ou du fauteuil, le nombre de séances par semaine, le fait que le psychanalyste intervienne davantage dans les psychothérapies peuvent être appréhendés comme des ajustements majeurs du processus de la cure à l'organisation psychique du patient^[58]. Conditionnant la possibilité et l'efficacité de la cure, l'adéquation souple mais précise du dispositif devient un témoin du processus de changement. Elle accompagne l'évolution qui se produit chez l'analysant de sa capacité de se représenter et d'aborder la réalité dans sa double polarité externe et interne, interpersonnelle et intrapsychique. L'étude de la fondation Menninger^[59], portant sur des cas qui, à l'époque, paraissaient être des indications « héroïques » (états limites, prépsychoses), a bien montré que tous les patients étaient passés du divan au fauteuil ou l'inverse au cours de leur cure. Cela a rendu impossible la comparaison prévue des efficacités respectives de la psychanalyse et de la psychothérapie en face-à-face, mais a fait apparaître le ressort dynamique de la clinique qui a entraîné l'indication d'un dispositif ou de l'autre.

Une autre façon de situer cette question est de considérer que la psychanalyse classique est orientée vers la déliaison, le déblocage d'une organisation qui ne parvient plus à assurer un fonctionnement satisfaisant, état qui s'exprime par des symptômes et une souffrance psychique, tandis que la psychothérapie se situe comme un acte d'intégration affective et symbolique de l'histoire personnelle, une (re)structuration du soi et du moi^[60]. Dans la cure type, la réorganisation concerne pour l'essentiel l'activité de représentations déjà présentes et potentiellement fonctionnelles, alors que dans les psychothérapies psychanalytiques, elle

488 implique plus directement le psychothérapeute comme acteur
489 dans un véritable travail de (re)construction, de (re)subjectivation
490 dans la relation.

491 Indications cliniques

492 Il est important de rappeler d'abord que l'indication d'une psy-
493 chanalyse ou d'une psychothérapie psychanalytique est le plus
494 souvent initiée par la demande d'un patient auprès d'un psy-
495 chanalyste avec lequel préexiste un transfert de confiance. Cette
496 demande implique l'accord du praticien pour s'engager dans une
497 entreprise complexe qu'il se sent ou non apte à mener avec lui.
498 Son aptitude à s'y engager ne relève pas seulement de sa forma-
499 tion, mais aussi de ce que « ses propres complexes et ses résistances
500 intérieures lui permettent »^[11].

501 Le choix du dispositif implique aussi nécessairement pour le
502 praticien la façon dont il perçoit les troubles dont le patient
503 souffre, les traits majeurs de son fonctionnement psychique et
504 notamment sa façon d'appréhender la réalité dans le contexte
505 d'organisation mentale qui est le sien. Ce que dit le patient va
506 parler au psychanalyste dans différentes langues qu'il déchiffre
507 pour une bonne part à partir des modèles théorico-cliniques
508 dont il dispose. Certains patients semblent avoir un mode de
509 pensée et des capacités de déplacement, de métaphorisation et
510 d'inversion des affects qui se prêtent parfaitement à une écoute
511 freudienne classique de leur problème. D'autres introduisent
512 d'emblée une problématique d'envie et des mécanismes projectifs
513 qui convoquent Melanie Klein. D'autres encore semblent immo-
514 bilisés par des problématiques de souffrance extrême à vivre,
515 d'identité et d'angoisses de séparation qui orientent vers Spitz,
516 Bowlby et Winnicott, et ainsi de suite. Chaque référence d'écoute,
517 d'interprétation et de compréhension engendre un ajustement et
518 une approche particulière qui, dans bien des cas, répondent à une
519 expression transférentielle déjà présente.

520 Ce processus d'entrée dans la cure conduit à aborder la ques-
521 tion des identités et des différences entre psychanalyse classique et
522 psychothérapies psychanalytiques en fonction de leur adéquation
523 respective à traiter un champ ou une situation psychopatho-
524 logique particulière. Leurs différences ne constituent pas des
525 clivages, mais des aménagements techniques du travail spécifique
526 de l'analyse réalisés pour répondre initialement aux difficultés
527 rencontrées dans la cure des patients névrotiques (ce que Freud
528 a réalisé très rapidement) puis à la nature des troubles et struc-
529 tures psychopathologiques que les psychanalystes se sont efforcés
530 et s'efforcent de traiter. La remarque de Freud à propos des trauma-
531 tismes de guerre^[61], qui précise que l'origine de ces « névroses »
532 ne se situe pas tant dans le domaine conflictuel classique, mais
533 dans un ébranlement narcissique qui concerne le moi dans son
534 ensemble en est un exemple. Elle le conduit à ranger ces troubles
535 dans les névroses narcissiques aux côtés de la *dementia praecox*,
536 de la paranoïa et de la mélancolie. Ce sont à la fois la clinique
537 et la réflexion théorique qui conduisent à cette reformulation.
538 Les cadres psychothérapeutiques ne peuvent cependant pas être assi-
539 milés à une classification nosologique, car la cure d'un patient
540 se déplace fréquemment à travers les différentes catégories des
541 classifications existantes. Ce sont plutôt des champs référentiels
542 théorico-cliniques qui sont nécessaires pour permettre au travail
543 d'avancer et au patient de progresser. Le travail psychanalytique
544 s'effectue au cas par cas et à distance d'une idéalisation qui im-
545 poserait au praticien un protocole formel, homogène et standard.

546 Une première différenciation peut être faite entre l'abord psy-
547 chanalytique des structures névrotiques constituées et celui des
548 structures limites.

549 Les « structures névrotiques », centrées sur le complexe
550 d'Edipe, bénéficient de capacités associatives et de rêver où
551 s'expriment notamment les déplacements et condensations de la
552 psychanalyse classique.

553 Les « structures limites », en deçà des structures névrotiques
554 et dont le problème s'exprime notamment par la difficulté de
555 penser, de rêver autrement que dans l'angoisse, et de se situer
556 dans des rapports interpersonnels – que ces aptitudes aient tou-
557 jours été fragiles ou qu'elles aient été perdues à la suite d'un
558 traumatisme grave – relèvent de psychothérapies psychanaly-

tiques donnant une importance particulière à la structuration
de la subjectivité. Green^[62] souligne que les structures névro-
tiques sont « caractérisées par des perturbations de la réalité
psychique interne, sans retentissement sur la réalité externe, ni
sur les fondements de la relation d'objet, ni sur les désordres
appartenant à la sphère du dehors. Dedans seul, sans action du
dehors, telle était la clinique freudienne ». Avec le temps, une
nouvelle dimension est née dont les « répondants théoriques sont
objet-intériorisation-subjectivation. Le clivage prédomine dans
la relation à la réalité ».

Les « structures psychotiques » se distinguent des structures
limites en présentant un rapport extrêmement perturbé à la réalité
externe associé à une perturbation majeure de la réalité interne.

La gamme des « conflits psychiques limités », qui relèvent de
psychothérapies analytiques focales, complète le champ des indi-
cations cliniques.

Distinction des approches

Structures névrotiques

Pour les névrosés, le dispositif psychanalytique classique est
pleinement adapté. Il favorise l'associativité du patient à partir
de sa réalité psychique et son écoute par le praticien. L'objectif est
une mise à jour de l'inconscient et l'ouverture au transfert dont le
patient bénéficiera dans la résolution des conflits psychiques qui
sont à l'origine de ses symptômes.

Ce processus suppose à la fois que le patient ait une aptitude à
penser et à associer (affronter une perte de contrôle et un certain
vide, pouvoir réfléchir de façon ouverte et exprimer sa réflexion)
et que les éléments inconscients recherchés aient été représentés.
Cela signifie qu'au moins une part du soi ait été construite et que
les traumatismes aient été engagés dans l'élaboration. L'activité
de la cure se situe donc dans le registre d'éléments refoulés et
des grands complexes. Elle implique en premier lieu le patient,
soutenu dans le travail analytique par les associations et la parole
du thérapeute.

Des inconvénients potentiels en dehors des limites liées aux
indications ont été signalés : trop de régression, de dépendance,
de passivité.

Structures limites et processus pré névrotiques (troubles primaires, psychosomatiques, post-traumatiques, identitaires)

Pour les patients « limites », « psychosomatiques », ayant
subi des traumatismes complexes, c'est-à-dire dont la construc-
tion de la réalité intrapsychique, et en particulier celle de leur
individuation est précaire, la position face-à-face est générale-
ment proposée. Elle est indiquée non seulement pour éviter les
angoisses du néant et de dépersonnalisation, de « désertification
psychique »^[62] que peut produire la situation allongée, mais aussi
en raison des effets positifs du regard et des expressions préver-
bales que le face-à-face produit et qui peuvent être des éléments
de transfert direct.

Chez les patients *borderline*, par exemple, l'assurance de la
présence du thérapeute répond au besoin de repères et d'une
certaine maîtrise de la situation corrélée à l'absence de repré-
sentations internes bien établies. Le regard et les interactions avec lui
confirment un sentiment d'existence toujours oscillant, et réa-
lisent un étayage affectif qui rétablit la possibilité de penser et de
parler. Cette possibilité reste cependant longtemps marquée par
la souffrance et la répétition, l'attribution à la réalité extérieure
des difficultés rencontrées et les sentiments intenses de désespoir
et d'impuissance qu'elles produisent. Le psychanalyste se trouve
ainsi dans la double position de soutenir la relation interperson-
nelle que le patient a constituée avec lui et de faire avancer les
choses. Son approche repose sur une capacité de représentation
du vécu du patient, de ses passages de détresse où le monde se
retourne contre lui, de ses tentatives de ré-amarrage à travers un
clivage entre bons et mauvais objets. Elle suppose une capacité
d'entendre l'expérience chaotique et les traumatismes graves que
le patient a vécus dans son enfance, dont l'empreinte se manifeste

627 dans un sentiment de fragilité, de faiblesse et de perte de confiance
628 dans les rapports humains.

629 Ces différentes manifestations peuvent être les témoins d'une
630 régression après un traumatisme grave mais, comme le fait
631 remarquer Green [62], elles peuvent aussi traduire un défaut de
632 structuration associé à une désorganisation profonde, notam-
633 ment dans les cas de souffrances précoces durables. La question
634 des interventions du psychanalyste, de leur possibilité et de
635 leur action est continuellement posée. Elle s'exprime dans
636 l'association de deux attitudes : la première est une présence stable
637 et un étayage dont on attend qu'ils permettent un élargissement
638 des possibilités d'investissement et d'expérience sous « protection
639 analytique », le thérapeute restant le garant de la continuité et
640 de la possibilité de penser et d'exprimer les expériences vécues ;
641 la seconde est une forme d'interprétation qui vise à libérer les
642 représentations d'autrui immobilisées dans des situations trauma-
643 tiques. Celles-ci déclenchent des défenses primaires (agressivité,
644 retrait, jouissance intériorisée de l'objet, projection) lorsqu'elles
645 sont réactivées par des situations véritablement ou fantasmati-
646 quement analogues. L'évolution vers une plus grande souplesse
647 et richesse des fonctionnements psychiques, une meilleure tolé-
648 rance affective, le réamorçage des relations interpersonnelles, un
649 investissement de la capacité de parler, l'apparition de rêves sym-
650 bolisant puis construits comme des rêves de névrosé « rendent
651 possible le rapprochement vers le cadre psychanalytique propre-
652 ment dit » [63], ce qui traduit la continuité potentielle des structures
653 qui deviennent de fait des processus de changement.

654 Nous donnons, dans la suite de l'article, deux exemples
655 de formalisation des psychothérapies des états limites, dont
656 l'orientation théorique sous-tend plutôt l'une ou l'autre des atti-
657 tudes évoquées ci-dessus.

658 Structures psychotiques

659 Les psychoses sont également caractérisées par un trouble
660 majeur des relations entre le moi et le monde extérieur (le rap-
661 port à la réalité) [64-66]. À la différence de la réalité qui, dans les
662 troubles limites, est constituée de pré-représentations, dont celle
663 de soi, le réel de la psychose se situe comme un réservoir de vécus
664 et d'expériences qui existent pour le sujet mais ne sont ni vérita-
665 blement pensés ni symbolisés. Ils sont maintenus hors du champ
666 symbolique par la forclusion [56]. On parle alors de trouble de la
667 réflexivité pour situer la faille qui sépare la trace de l'expérience
668 de la possibilité de se la représenter. Le réel contient ces fragments
669 de réalité rejetés insupportables et ingérables (terreurs, scènes vio-
670 lentes, paroles et comportements qui annulent) [67-69]. Ce réel peut
671 revenir sous la forme d'hallucinations verbales ou d'identification
672 projective. La psychose est ainsi une pathologie du moi et de
673 sa construction qui implique les interactions objectales précoces,
674 elles-mêmes soumises à la vulnérabilité propre du sujet et de son
675 entourage. Le transfert psychotique s'exprime classiquement dans
676 différents registres allant du retrait à la fusion en passant par les
677 attaques projectives de l'analyste. Il dépend aussi beaucoup de la
678 capacité du thérapeute de se représenter les vécus rejetés et de son
679 positionnement dans l'engagement du dialogue. La fonction thé-
680 rapeutique du psychanalyste repose sur la stabilité de son soutien,
681 de sa capacité de contenance, et la façon dont il peut accompagner
682 la construction subjective du patient.

683 On remarque la proximité de la situation du psychotique avec
684 celle des victimes de traumatismes complexes chez lesquelles le
685 traumatisme a été associé à une image insoutenable autant de
686 l'autre agresseur que de soi [70]. Différentes recherches ont mis à
687 jour cette proximité [71], ce qui conduit à tenter d'aborder aussi
688 la psychose par la voie du traumatisme et de la problématique
689 identificatoire qui lui est associée.

690 Conflits limités

691 Les conflits limités se retrouvent notamment dans ce qu'il est
692 convenu d'appeler une « mauvaise passe » : séparation difficile,
693 divorce, « déprime », échec cuisant. La psychopathologie de la
694 personne s'est inscrite dans l'actuel. Il s'agit alors essentiellement
695 d'un travail d'*insight* sur la relation entre la situation actuelle et
696 l'histoire personnelle. Ces patients ne sont pas inanalysables, mais
697 ils ne sont pas venus pour cela. La formulation de Balint de « psy-

698 chanalyse focale » peut répondre à ce travail de psychothérapie
699 psychanalytique [72] dans tous les cas qui exigent une « théra-
700 peutique relationnelle » allant au-delà du soutien, abordant les
701 conflits psychiques, aidant le patient à régler ses problèmes inté-
702 riorisés. Une véritable psychothérapie psychanalytique se doit de
703 montrer les articulations présent-passé et de toucher aux conflits
704 intériorisés, lesquels conditionnent la plupart des conflits actuels.

705 ■ Diversité des approches 706 et pluralisme théorico-technique

707 En pratique, la référence des cliniciens à un modèle particulier
708 est relative à leur formation, leur expérience et leur prédilection
709 personnelle. Mais différentes études ont montré qu'ils recourent
710 à d'autres modèles en fonction des problèmes et des modes de
711 fonctionnement des patients qui s'adressent à eux, des clés de
712 compréhension et quelquefois des réponses techniques qu'ils
713 peuvent y trouver.

714 Psychanalyse freudienne

715 Elle est le modèle de référence pour les troubles de l'enfance
716 et de l'adolescence, les névroses, les troubles anxieux et dépres-
717 sifs, la perversion, les traumatismes, les somatisations et les
718 conflits psychiques. Les manifestations symptomatiques côtoient
719 les mécanismes de défense tels que l'oubli, l'évitement, les forma-
720 tions réactionnelles, et des mécanismes psychologiques comme
721 le déplacement et l'inversion affective. L'action thérapeutique
722 emprunte le canal de l'association libre, du repérage des résis-
723 tances, des répétitions, du transfert et de l'interprétation. La
724 clinique psychanalytique a permis de changer radicalement le
725 regard sur le normal et le pathologique, le simple et le complexe.
726 De nombreux cliniciens auteurs ont prolongé et approfondi les
727 bases déjà développées. En voici différents exemples.

728 Ego psychologie (A. Freud [73], Hartmann [74])

729 Dans cette approche, l'ego désigne la représentation et la cons-
730 science que l'on a de soi-même. L'ego psychologie souligne le
731 rôle central des efforts d'adaptation du moi durant le dévelop-
732 pement et en thérapie. Le symptôme est considéré comme un
733 compromis défensif entre les désirs et les pulsions, la conscience
734 interne, l'observation et la critique de soi confrontés aux potentia-
735 lités et demandes de la réalité. Un moi efficace permet de différer
736 l'accomplissement d'un désir ou l'exécution directe d'actions. Il
737 permet d'éviter ainsi l'angoisse et de mieux disposer de ses apti-
738 tudes. L'ego psychologie vient donc éclairer des problèmes liés
739 aux conflits psychiques et au renforcement des mécanismes de
740 défense qui s'expriment dans des symptômes tels que l'anxiété,
741 l'inhibition et un abord généralement défensif par rapport aux
742 sources de désir.

743 Théories de la relation d'objet (M. Klein [75, 76], 744 Winnicott [77], Fairbairn [78])

745 Elles insistent sur l'importance des représentations qui lient le
746 sujet à des figures qui ont été importantes dans sa vie. Il s'agit
747 généralement de membres de sa famille d'origine, amis proches,
748 enseignants et autres. Les souvenirs de ces relations structurent les
749 représentations internes de la réalité et constituent non seulement
750 des références d'expériences partagées types, mais des modèles de
751 rapports et d'enchaînements initiés par des affects, tels que la fru-
752 stration et l'envie, qui prennent une valeur prédictive. Dans cette
753 perspective, l'approche psychanalytique ne peut être uniquement
754 centrée sur l'individu avec ses pulsions, ses mécanismes de défense
755 et son narcissisme. Elle prend nécessairement en compte les rela-
756 tions avec les autres qui ont joué un rôle dans les expériences
757 primaires de sa vie, le déclenchement de pulsions et d'états affec-
758 tifs intenses, et le développement psychologique.

759 Il revient à M. Klein d'avoir introduit le terme d'« objet par-
760 tiel » dans la théorie psychanalytique de la relation d'objet et

de lui avoir donné un rôle majeur. L'objet est appréhendé par le bébé en parties ; on parle d'une vision morcelée de l'objet au cours d'une première phase qu'elle a théorisée sous le concept de « position schizo-paranoïde ». Ainsi, le sein, objet partiel des toutes premières relations de l'enfant, est investi comme objet partiel, bon ou mauvais, nourricier ou privateur. Sans disparaître, l'objet partiel fera place à l'« objet total » lorsque l'enfant entrera dans une nouvelle phase appelée « position dépressive » où une distanciation avec l'objet d'amour se réalise. Cette phase est essentielle pour que l'équilibre libidinal puisse s'installer.

Winnicott accorde à la réalité extérieure une position d'alliée du moi de l'enfant dans le processus de maturation. La pulsion de mort ne trouve pas sa place dans sa théorisation. Il définit l'intégration du moi comme étroitement liée à la fonction de *holding* exercée par l'environnement et sa non-intégration comme résultant d'une absence de soutien du moi maternel. La désintégration active est une défense élaborée qui a l'avantage d'être produite par l'enfant et donc de ne pas dépendre de l'environnement. Winnicott donne un rôle capital à la mère, dans sa dualité d'environnement et d'objet. L'apport de Fairbairn, familier des travaux de M. Klein, a été situé par Winnicott dans la recherche de l'objet, jusqu'à l'introjection par le bébé de la relation au sein, le phénomène transitionnel et le sentiment de se sentir réel.

Psychologie du self de Kohut ^[79]

Elle prend en compte la façon dont s'est constituée, chez le sujet, la représentation de soi et comment elle se régule dans différentes situations actuelles. Centrée sur le développement psychologique, elle considère les relations précoces et spécifie la façon dont les figures d'attachement ont donné au jeune enfant le sentiment de soi, de sa distinction avec l'autre et de sa valeur. Ultérieurement, la stabilité de cette représentation dans le contexte d'événements et de relations multiples témoigne de la stabilité ou de la fragilité de sa constitution initiale. Cette fragilité permet, par exemple, de comprendre comment une rage narcissique peut venir en réponse à une blessure de l'appréciation de soi par l'autre ou comment le transfert narcissique peut tenter de suppléer une image de soi précaire.

Théorie de l'attachement

Introduite par Bowlby ^[51], elle a enrichi la perspective freudienne de l'étayage de la relation d'objet sur les pulsions. L'attachement désigne le lien d'affection spécifique qui s'établit précocement entre un individu et un autre. Le premier lien est établi en général avec la mère (et le père), mais il peut aussi se constituer avec d'autres personnes. Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer. Il n'est pas relatif, comme la dépendance, aux exigences d'une situation. Il n'implique pas nécessairement une immaturité. Il constitue une tendance originelle et permanente à rechercher la relation avec autrui ^[52, 60]. La qualité des relations d'attachement s'étend à la perception générale du monde. Stables et fiables, elles apportent une sécurité de base, perturbées par des événements ou des attitudes inattendues des objets d'attachement, elles produisent un attachement *insecure* (imprévisible, non sûr, non fiable). Ainsworth en a étudié les manifestations, notamment dans les situations de séparation (*strange situation*) ^[80].

Théorie interpersonnelle (Sullivan ^[81], Greenberg et Mitchell ^[82])

Elle est étroitement reliée, dans son approche psychodynamique, 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. Le retrait et le détachement sont ainsi rapportés à des défenses. Le travail psychothérapeutique est centré sur les déficits interpersonnels plutôt que sur le conflit intrapsychique.

Relecture du corpus psychanalytique par Lacan ^[83, 84]

Lacan a opéré une relecture du corpus psychanalytique en y associant l'apport d'autres disciplines, dont la linguistique. Sauvagnat ^[85] souligne que plusieurs périodes peuvent être distinguées dans cette démarche. La première a porté sur les « imagos », une série de modèles incluant à la fois les fixations pulsionnelles et des éléments intersubjectifs qui, au cours du temps, donnent leur forme aux symptômes. La seconde (période structuraliste) peut être caractérisée par six traits : le concept d'inconscient transgénérationnel et symbolique, l'idée que le transfert et le contre-transfert sont indissolublement liés, la différenciation entre le « discours vide » du début de la cure et le « discours plein » qui en est le résultat, l'idée que les interventions de l'analyste devraient se rapprocher graduellement d'interprétations centrales venant de l'inconscient, l'élaboration d'une théorie spécifique de la perversion, et la description de différences structurales entre névrose et psychose ouvrant à un « traitement possible de la psychose ». Au cours de la troisième période, Lacan a réhabilité le concept de transfert défini comme le résultat d'un « supposé savoir », la position du patient se trouvant dépendante d'un objet spécifique (objet a) dérivé de l'objet transitionnel de Winnicott, et la position du psychanalyste se trouvant étroitement reliée aux différentes faces de cet objet au cours de la cure. Ces perspectives ont contribué à élargir et à préciser les indications du traitement psychanalytique, notamment à travers un renforcement de l'ajustement de la technique en relation au monde interne du patient, la définition de buts acceptables, la réaction active à des tendances négatives du patient. La différenciation entre « psychanalyse pure » et « psychanalyse appliquée » a été relativisée.

Psychanalyse contemporaine

Son évolution actuelle est marquée par la diversité des pratiques, la complexité et le dynamisme des approches. Les lieux de sa pratique sont divers : cabinets privés, associations de santé mentale, centres médico-psychologiques, etc.

L'approche des troubles et des processus psychiques prend nécessairement en compte l'histoire familiale, le contexte social et les atrocités historiques. Ces dimensions peuvent venir majorer les difficultés d'insertion et la souffrance associées aux troubles structurels. Différentes approches dont le trait commun est leur référence à la psychanalyse complètent la cure et la psychothérapie psychanalytique. Les approches sont diverses : un ou plusieurs psychanalystes ou cliniciens travaillent avec un couple, une famille, un groupe, des collègues. Il peut s'agir de soins, de formation, de supervision, de médiations, etc.

Les « psychothérapies familiales » cherchent à situer l'origine de la souffrance dans les dysfonctionnements sociaux et familiaux. Le système familial est aussi situé dans un repérage transgénérationnel avec en particulier l'importance des deuils non reconnus ou verbalisés. Le « psychodrame psychanalytique » est né en France sous l'impulsion de Serge Lebovici dans les années 1946 ^[86] qui, avec d'autres collègues psychanalystes d'enfants, avaient compris l'importance du jeu dans les thérapies. Aujourd'hui, le psychodrame psychanalytique est une technique largement utilisée aussi bien avec des enfants, des adolescents et des adultes. Selon le cadre, on parlera de psychodrame « individuel », composé d'un patient, d'un meneur de jeu et de deux à six acteurs qui se verront distribuer des rôles par le meneur de jeu ; de psychodrame « individuel en groupe » qui s'adresse à plusieurs patients ou de psychodrame « de groupe » qui abandonne les interprétations individuelles au profit de celles qui découlent des émergences de l'inconscient groupal ^[87]. Les « psychothérapies de groupe », introduites par Bion pendant la seconde guerre mondiale, sont particulièrement indiquées en cas de pathologie complexe, non névrotique. Les « médiations thérapeutiques » sont fréquemment utilisées dans la prise en charge des patients en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte. Leurs pratiques, avec le modelage, la peinture, la musique, etc., – notamment dans la psychothérapie psychanalytique des enfants et des adultes psychotiques – se

situent dans une théorisation d'ensemble référée à la théorie psychanalytique ^[88].

Les médecins généralistes sont eux-mêmes confrontés à la souffrance et à la détresse de leurs patients. Pour répondre à cette situation, Michael Balint ^[89] a beaucoup travaillé avec eux à Londres en leur donnant la possibilité de participer à une recherche sur la relation soignant-soigné. Les groupes Balint se sont multipliés de par le monde, ils sont intégrés aux formations professionnelles des médecins, psychologues, psychomotriciens, infirmiers, éducateurs, etc. La relaxation psychanalytique de Sapir, le psychodrame psychanalytique développé par Anne Caïn en sont les prolongements.

Didier Anzieu ^[90] est une figure incontournable dans ce contexte. Il a situé l'indication générale des différentes approches, « pour moi, un travail de type psychanalytique a à se faire là où surgit l'inconscient : debout, assis ou allongé ; individuellement, en groupe ou dans une famille ; pendant la séance, sur le pas de la porte, au pied d'un lit d'hôpital, etc. : partout où un sujet peut manifester ses angoisses, ses fantasmes, ses failles à quelq'un supposé les entendre et apte à lui en rendre compte ».

Articulation et choix des approches

Les brèves présentations précédentes ne sont qu'une partie des élaborations issues de questions et de situations cliniques qui ont enrichi progressivement la psychanalyse. Chaque référence théorique semble participer à la description de patients chez lesquels s'exprime une problématique individuelle ou intersubjective particulière. Elle éclaire la situation transférentielle actuelle.

Différentes références d'interprétation de la réalité symptomatique se sont peu à peu forgées à partir desquelles le clinicien peut trouver des appuis pour comprendre et agir. Une telle perspective est connue sous le terme de pluralisme. Le pluralisme psychanalytique peut être défini comme l'utilisation de multiples modèles théoriques dans la compréhension du psychisme du patient et son traitement. La question de savoir si cette approche conduit à des théories synthétiques individuelles, ou à l'utilisation de différentes approches dans différentes situations, reste posée. Cette seconde éventualité suppose, pour que l'approche soit véritablement ajustée, une grande aptitude de discrimination pour pouvoir rattacher un symptôme à un fonctionnement particulier, dans un environnement donné, appelant un abord cohérent plutôt que l'application systématique d'une clé d'interprétation et l'intervention correspondante ^[91, 92].

Un effort de transmission des pratiques, mettant en relation le tableau clinique, sa compréhension en référence à différentes hypothèses métapsychologiques, les approches mises en œuvre et le processus de changement qui leur est associé, se développe actuellement. Il marque l'importance d'une formulation de cas basée sur les principes psychanalytiques, la définition d'objectifs pertinents avec eux, la façon dont ce trio se trouve mis en œuvre et les effets produits.

■ Ajustement des approches et ses fondements

Inséparabilité de l'approche et d'un diagnostic dynamique causal précis

La lecture de l'ouvrage composite *La technique psychanalytique* fait bien apparaître qu'il n'y a jamais eu « une » psychanalyse constituée, applicable à toutes les situations et à tous les troubles. Bien au contraire, la démarche de Freud est très claire dans le fait qu'elle doit être ajustée aux troubles traités et à leur cause, et permettre à la personne d'aller plus loin dans le travail de la cure.

Les distinctions nosographiques se justifient chez lui dans leur aptitude à différencier, au sein d'une même catégorie de troubles, ceux dont l'origine et l'approche sont distinctes. Il en prend pour exemple l'anxiété des « névroses actuelles » et celle de « l'hystérie d'angoisse » dont l'étiologie différente exige une thérapeutique

différente ^[12]. Force est de reconnaître que les classifications américaines des troubles mentaux ont favorisé une démarche inverse.

Concernant la cause des troubles et de leur maintien, la technique psychanalytique est issue d'une analyse fonctionnelle de Freud à propos des symptômes hystériques. Il situe ainsi initialement le symptôme de conversion comme la manifestation d'un souvenir refoulé, et donc devenu inconscient. La démarche thérapeutique est dès lors de rendre conscient ce qui ne l'est plus. Ultérieurement, la découverte du rôle des résistances conduit Freud à faire évoluer sa technique dans ce sens en leur prêtant une attention soutenue. Plus tard, confronté au fait que la configuration psychopathologique impliquée dans un trouble est généralement beaucoup plus complexe qu'il ne l'avait envisagée au départ, les objectifs sont élargis et la résistance devient l'indicateur d'un noyau inconscient actif. La technique psychanalytique se centre alors de façon plus générale sur les résistances comme levier permettant de rendre conscient ce qui ne l'est pas. La technique doit encore se modifier quand il s'avère que l'amélioration des symptômes risque de produire une démotivation du patient pour le travail analytique, ce qui aurait pour conséquence de laisser le travail entrepris inachevé. Freud souligne alors le risque d'une analyse qui apporterait trop de bénéfices primaires et secondaires et recommande de maintenir un écart, une frustration. La démarche de Freud est une démarche scientifique qui découvre et prend en compte les facteurs qui interviennent sur le processus sans perdre de vue les conditions qui permettent que la psychothérapie « marche ». La pratique, dans ses succès et ses difficultés, en est l'aiguillon.

L'expérience de Freud et sa démarche pour y répondre se sont poursuivies. L'élargissement du champ des troubles traités a introduit une multiplication des situations cliniques, ainsi que des questions techniques et théoriques qui leur sont relatives. La diversité des causes et des situations peut rendre tout à fait inopérante, voire dangereuse, l'application univoque d'une clé de compréhension générale. Les principaux modèles théoriques qui se sont peu à peu imposés aux côtés du modèle freudien enrichissent considérablement la perspective des classifications générales et constituent un apport majeur pour la mise en œuvre d'approches individualisées fondées. L'angoisse et la dépression permettent de façon exemplaire d'illustrer la diversité des modèles de vulnérabilité qui affectent ces troubles et les processus psychologiques qui les sous-tendent (Tableaux 1, 2) ^[51, 52, 75, 76, 78, 79, 81-103].

Nous donnons un exemple de la façon dont la prise en compte de ces éléments théoriques et cliniques peut soutenir un ajustement spécifique et fondé de l'approche psychothérapeutique des états limites.

Deux modèles de l'action thérapeutique

Une des grandes questions que pose l'élargissement du champ clinique de la psychanalyse et des psychothérapies est celui de « l'activité » du psychanalyste. Dans sa conférence de 1919 ^[6], Freud explique que l'action du psychanalyste consiste à ramener jusqu'au conscient du patient les éléments psychiques refoulés et, pour cela, de lui faire concevoir la composition de formations complexes où les facteurs instinctuels et pulsionnels jouent un rôle. Après un temps de décomposition impliquant la découverte du refoulé et la réduction des résistances vient celui de la restauration des structures affectées. Une recomposition synthétique du psychisme, bénéficiant du transfert et de l'aide du thérapeute, produit une nouvelle configuration où le « moi » intègre les émois émotionnels qui s'étaient jusque-là détachés et écartés de lui (ibid. p. 134-135).

Les troubles qui se situent hors du champ des psychonévroses se développent dans un espace qui ne place pas au premier plan des dysfonctionnements le conflit et le refoulement. C'est plutôt un déficit, un effondrement ou une désorganisation de la réalité psychique, projetant le sujet dans des mécanismes de surface incluant l'hyperactivité, la réaction, la projection, les passages à l'acte et le retrait qui se manifestent. L'objectif primaire est alors de rétablir l'espace de la pensée et une réouverture vers soi et vers les autres. Pour y parvenir, différentes approches coexistent, qui peuvent situer différemment l'action du psychanalyste en fonction des bases théorico-cliniques sur lesquelles il s'appuie.

Tableau 1.

Modèles psychanalytiques de vulnérabilité à l'angoisse.

Angoisse de désintégration (néant, vide, impuissance, insécurité)	Modification d'état associée au stress de la naissance (Rank ^[93]) Peur de perte d'amour et d'abandon (Spitz ^[94]) Insécurité par rapport à la stabilité et à la qualité de l'amour parental (Bowlby ^[51] , Guex ^[95]); crainte de l'effondrement et perception du vide (Winnicott ^[96]) Manque de confiance en soi et en les autres lié à l'hyperprotection, le contrôle ou l'indifférence parentale générant des sentiments d'isolement et de détresse (Horney ^[97])
Angoisse persécutrice	Frustration et retournement contre soi des pulsions destructrices (Klein ^[75, 76])
Angoisse de dépendance	Sentiments de dépendance et crainte d'engouffrement et de perte d'identité (Fairbairn ^[78])
Angoisse de castration	Crainte de punition liée au complexe d'Œdipe (Freud ^[98])
Angoisse surmoïque	Crainte de punition liée au fait de ne pas vivre suivant le standard interne du comportement moral. Crainte anticipée de désaveu (Sullivan ^[81])

Tableau 2.

Modèles psychanalytiques de vulnérabilité à la dépression.

Expériences traumatiques précoces (Abraham ^[99])	Disposition hostile excessive, qui devient dirigée vers les autres. La répression des mouvements de haine entraîne la culpabilité et la dépression, jusqu'aux idées délirantes
Dépression abandonnique (Spitz ^[94])	Séparation succédant à une relation forte du nourrisson avec sa mère. Appels, cris et abandon
Carence affective (Jacobson ^[100])	Les attitudes parentales négatives internalisées conduisent à une attente compensatoire idéalisée de soi et des autres et à des déceptions récurrentes
Carence narcissique (Rado ^[101] , Kohut ^[79] , Bibring ^[102])	Les attitudes parentales négatives internalisées conduisent à une attente compensatoire idéalisée de soi et des autres et à des déceptions récurrentes
Relations instables et insécurisantes avec la mère (Bowlby ^[51, 80])	Perception du soi comme « pas comme les autres et non aimable ». Vécus d'absence de réponse des autres et de menace de punition, réveillés par la perte ou l'adversité. Retrait narcissique et réduction des investissements. Recherche de sensations externes ou mode opératoire (dépression psychosomatique)
Deuil avec ambivalence vis-à-vis de l'objet (Freud ^[103])	Perception de la perte de quelqu'un pour lequel le patient vit des sentiments extrêmement ambivalents. Retournement de l'agressivité contre soi

Nous en donnons pour exemple la façon dont les aspects particuliers du cadre, des interventions du thérapeute et de l'évolution du processus ont été formalisés, par Kernberg, d'une part, et Fonagy, d'autre part, pour la psychothérapie des patients *borderline*. S'appuyant sur des modèles assez proches en termes de cause primaire (une perturbation des expériences précoces), ils divergent sur le statut des représentations internes et, par conséquent, sur la perception et l'interprétation du transfert.

Thérapie centrée sur le transfert

Le modèle théorique sur lequel repose la « thérapie centrée sur le transfert » de Yeomans, Clarkin et Kernberg ^[104] est que les relations entre soi et l'autre sont restées associées à des expériences précoces accompagnées d'un affect violent qui déclenche les mécanismes de défense primitifs encore en usage. Il existe ainsi des « figures » internalisées qui déclenchent des peurs, des attentes, mais qui peuvent aussi rassurer ^[72]. Suivant cette approche, l'organisation *borderline* est un trouble de la relation d'objet (dont les bases peuvent être un traumatisme, une insécurité, liés au fonctionnement chaotique du père ou de la mère, la négligence d'un ou des parents, la violence d'un frère, etc.). Ces relations restent en mémoire avec l'affect qui leur est associé, mais également celles qui ont apporté un soulagement aux tensions extrêmes ressenties. Le monde se clive ainsi en bons et mauvais objets.

La thérapie centrée sur le transfert est pratiquée au rythme de deux séances par semaine. Une attention particulière est portée à la solidité du cadre qui doit pouvoir contenir les crises et les manifestations transférentielles impliquant une grande intensité affective. Le patient est invité à associer librement. L'approche est plus active et moins neutre que celle de la psychanalyse classique, elle prend en compte les manifestations non verbales du transfert.

Initialement, les débordements des comportements impulsifs et autodestructeurs, ou de détresse totale, se déroulent hors des séances. Puis, si les choses se déroulent bien, ils ont tendance à se recentrer dans les séances. Lorsque la relation s'est véritablement internalisée, il devient possible d'interpréter (avec prudence) les manifestations de transfert dans et autour de la séance (par exemple, le reproche lié à un petit retard, les coups que se donne le patient en relation à une réduction de l'attention du thérapeute,

le sentiment de ne pas répondre à l'idéal d'excellence de l'autre). Des changements de comportement comme « prendre soin de soi », qui s'écartent des exigences et interdits latents perçus chez sa mère, peuvent s'exprimer. L'alternance des vécus et les représentations de soi et de l'autre s'intègrent dans un continuum plus homogène et consistant qui permet une structuration progressive du moi.

Thérapie basée sur la mentalisation

Le modèle théorique sur lequel s'appuie la « thérapie basée sur la mentalisation » de Bateman et Fonagy ^[105] est que le développement du *self* repose sur la qualité des relations d'attachement et des interactions mère-enfant. La mentalisation correspond à l'intégration d'aptitudes motrices, sociales, cognitives et psychiques qui permettent notamment de penser la réalité externe, de penser sa vie psychique et de comprendre celle des autres en les distinguant.

Dans cette perspective, les manifestations chaotiques, la variabilité des investissements relationnels et de leur perception traduisent une incapacité de penser et d'intégrer la variabilité des états affectifs qui accompagnent la relation au monde et aux autres. L'instabilité et l'insécurité de la relation d'attachement avec les objets primaires n'ont pas permis le développement de cette aptitude.

Les auteurs insistent sur le caractère interactionnel de l'émotion et l'importance des relations de signification et de validation réciproque dans la distinction entre la réalité et le fantasme. Si les parents ne peuvent pas ressentir les émotions négatives de l'enfant, ces émotions ne seront pas intégrées à sa propre réalité et prendront un statut projectif. Si la réponse émotionnelle des parents n'est pas du tout ou trop congruente avec l'expérience de l'enfant, l'interaction perdra sa valeur de confirmation que la réalité vécue correspond bien à la réalité externe ou au contraire qu'elle se situe d'abord dans son psychisme et comporte une grande part d'imaginaire. La capacité de distanciation affective des parents par rapport au réel et leur aptitude à y intégrer une dimension ludique et représentée interviennent aussi dans la capacité de mentalisation de l'enfant. Ces interactions potentiellement structurantes ou confusionnantes vont être réinterrogées dans le transfert.

D'un point de vue pratique, le thérapeute travaille « dans » le transfert, en établissant et en maintenant une relation d'attachement avec le patient. Une interprétation précoce du transfert en termes relationnel peut conduire à une déstabilisation. Les interventions du thérapeute sont plutôt de signifier au patient comment il interprète les moments de violence émotionnelle et de désarroi auxquels il se trouve confronté, de lui en transmettre une représentation à partir des éléments perçus (posture, modulation de la voix, présence dans la relation) déjà rencontrés et de contexte actuel dont il dispose. Il l'aide ainsi à entrer dans une réalité partagée plutôt que dissociée, à penser la réalité plutôt que de la subir directement ou comme une succession d'expériences disjointes. Les moments d'autoagression (mutilations, mais aussi vomissements chez le boulimique) pourront être interprétés comme une tentative d'extraction de la mauvaise représentation de soi qui vient s'imposer et envahir le moi. Les moments de rage, d'autoagression et d'effondrement peuvent également être interprétés comme des expériences où le patient croit percevoir chez l'autre la marque de son insignifiance ; ils interviennent encore lorsque la séparation devient synonyme d'abandon et de trahison.

Mise en relation des thérapies centrées sur le transfert et la mentalisation

Dans la psychothérapie centrée sur le transfert, le thérapeute intervient à partir de la relation. Par exemple, l'hostilité sera envisagée comme une façon de tester le cadre, de contrôler la situation, souvent en y intégrant une dimension projective dans un contexte général de menace. Ou encore, l'agressivité sera tout à la fois une forme d'action, de défense et de plaisir dans la relation. Le thérapeute travaille à partir des représentations déjà construites de l'autre et de soi, directement associées à des expériences vécues qui sont ancrées, trop extrêmes et contradictoires (idéales/nulles) pour être relativisées. Ces expériences renvoient tout à la fois à ce qui définit l'autre et au sentiment de soi. Le thérapeute favorise ainsi la reconnaissance de ces deux pôles chez l'autre et de ses effets sur le sujet, tout en amorçant un travail *d'insight* portant sur la vulnérabilité narcissique et l'impact démultiplié des signes de la réalité et issus des états de l'autre.

Dans la psychothérapie basée sur la mentalisation, l'origine de la tension est située à l'extérieur. Le thérapeute considère que la situation qui bouleverse le patient est trop proche de lui et émotionnellement trop investie pour qu'il puisse l'aborder directement. Il va donc lui demander d'abord d'essayer de décrire les événements et le contexte qui ont accompagné le déclenchement de la crise à partir de ce contexte. L'hostilité exprimée pourra être interprétée comme une réponse au sentiment d'être lâché et abandonné dans un contexte d'attachement peu fiable lié à des antécédents de lien chaotique ou traumatique. Le thérapeute travaille sur les conditions de la pensée et les opérations de symbolisation d'espaces et de situations de la réalité qui n'ont pu être construites et sont vécues comme des expériences directes.

On retrouve dans les exemples précédents la distinction entre une cause plutôt interne ou externe du déclenchement de l'agressivité, avec des réponses du thérapeute qui peuvent être très différentes : centrées sur le contrôle, la peur de l'autre et l'horreur de soi dans le premier cas, sur l'angoisse vis-à-vis de la continuité du lien, le vide psychique qui l'accompagne en relation à des situations antérieures vécues, dans le second [106].

Ces distinctions appellent une analyse très précise par le thérapeute des fonctionnements du patient et un ajustement permanent de son approche et de ses interventions. Elles lui demandent de veiller à la continuité et à la solidité du cadre, et en particulier de maintenir à la fois une prudence permanente par rapport au risque d'idéalisation de la relation qui ne pourrait être finalement que déçue et une grande tolérance par rapport au transfert négatif.

■ En conclusion

Dans son article de 1994, Brusset [107] décline deux options pour aborder la question de la relation entre psychanalyse et psychothérapies.

Avec la première, la cure psychanalytique permet l'actualisation de la névrose infantile centrée sur le complexe d'Œdipe dans la névrose de transfert. La technique est l'interprétation dans le cadre analytique. Les psychothérapies sont préparatoires à l'atteinte de ce stade névrotique.

Avec la seconde, il y a plusieurs formes de psychanalyse qui ont des parentés méthodologiques et théoriques, mais dont la technique et la visée fondamentale sont différentes : les courants historiques de la théorie correspondent à des pratiques ordonnées, entre autres raisons, par les formes de la psychopathologie, c'est-à-dire les troubles, les modes de fonctionnement psychique et d'interaction relationnelle du patient, et les causes qui leur sont associées.

Un troisième abord, complémentaire, se dégage : la mise en relation de la psychanalyse avec la pratique et les recherches actuelles. Il bénéficie de la théorie et de l'approche générale de la première option et des apports spécifiques de la seconde en intégrant les phases précoces de l'individuation dans la psychopathologie et la dimension développementale dans la pratique. Les troubles de la personnalité borderline en constituent un exemple. Présentés par Adler dès 1989, dans une large revue de la littérature impliquant de nombreux analystes [105], leur approche s'est enrichie d'un lot de connaissances portant sur l'attachement, la frustration et ses manifestations émotionnelles, l'angoisse de séparation, la construction du langage, la constitution du soi et du moi. Les expériences traumatiques précoces incluant les carences affectives, la violence et les états traumatiques complexes sont élaborés. S'y associent les connaissances issues de la biologie et des neurosciences (ci-dessus p. 8 et [106, 107]). Cet ensemble apporte un modèle multicausal et dimensionnel de compréhension des dysfonctionnements, des défenses primaires (allant, par exemple, du retrait à l'automutilation) et de leurs mécanismes. Ce modèle participe également à expliquer les modalités psychothérapeutiques spécifiques rendues nécessaires concernant le cadre, l'empathie et l'activité du thérapeute. Par exemple, il souligne chez ces patients les connexions entre leurs sentiments et leurs actions, aborde le transfert dans le « ici et maintenant ». Les abords de Kernberg, et de Bateman et Fonagy, présentés plus haut, ne sont pas seulement deux voies pour parvenir à un résultat similaire, mais des modalités complémentaires d'interventions ajustées à la situation du patient à un moment particulier de sa psychothérapie.

La psychanalyse, en restant au cœur de la demande de soin, a pu intégrer une psychopathologie incluant les expériences dans les demandes de psychothérapie pour des troubles dépressifs ou anxieux. Le grand changement a été de passer d'une focalisation sur le fonctionnement psychique d'une personnalité construite, jouissant d'une pensée autonome et dont les symptômes révèlent essentiellement une problématique œdipienne, à la précarité existentielle d'une personnalité en souffrance dans sa relation à elle-même, au monde et aux autres. Cette orientation implique de donner dans la psychothérapie une place centrale à l'interaction, au vécu et à la mémoire des expériences négatives et traumatiques [67, 70] jusqu'à ce que puissent s'établir des relations à soi et aux autres suffisamment fonctionnelles et matures pour ouvrir le champ des possibles de la vie. Dit autrement, il est devenu possible de partir d'une structuration défailante et de se rapprocher, d'atteindre et même de dépasser le mirage œdipien.

La situation actuelle de la relation entre psychanalyse et psychothérapie est celle d'un grand chantier dont les constructeurs auraient été si enthousiastes et si rapides qu'il serait devenu nécessaire, pour pouvoir poursuivre, d'en retrouver et compléter les plans et d'en définir les meilleures techniques de construction. C'est le programme qui se dessine aujourd'hui. Une étape importante a été la confrontation des psychothérapies psychanalytiques à l'évaluation de leur efficacité. Le retard accumulé dans ce domaine a été assez rapidement réduit [108-114, 121-124] et a ouvert de nouvelles possibilités de recherche clinique dans des conditions naturelles [115-120, 125]. Il est devenu concevable de réunir de façon précise les questions cliniques, de comparer les hypothèses théoriques attenantes, les modèles qui les éclairent, les stratégies qui en découlent, les effets qu'elles génèrent et leur validation pragmatique (Jimenez [92]). Ce travail implique d'accorder une grande attention à la pratique, c'est-à-dire à l'activité thérapeutique dont le patient et le psychanalyste sont les acteurs. Wolitsky [39] propose

à ce sujet que le fait de rendre explicite un raisonnement clinique implicite peut avoir une valeur particulière, celle de permettre de réexaminer la légitimité des hypothèses sur lesquelles le thérapeute s'appuie. L'expérience de la recherche à partir d'études de cas de nouvelle génération montre que si, comme clinicien, nous reconstruisons le chemin qui nous conduit à certaines inférences, nous pouvons mieux saisir les éléments qui nous amènent à considérer certaines manifestations cliniques selon une perspective ou une autre. Ce repérage étant fait, il devient possible de considérer la portée de différentes hypothèses. L'acte d'interpréter ne repose pas seulement sur une attention centrée sur les associations transmettant l'inconscient du patient. Il implique aussi, dans bien des cas, une compréhension permettant de donner sens à l'ensemble. Le matériel du patient est filtré et organisé par le praticien à partir d'ébauches de significations soutenues par les modèles théoriques qu'il convoque. L'interprétation émerge d'un dialogue permanent du praticien avec son patient, mais aussi avec lui-même ^[126, 127] dans un paysage de la cure ouvert à des niveaux de souffrance que l'on ne retrouvait peut-être pas dans la psychanalyse classique. Il accompagne une nouvelle expérience pour ces psychismes en équilibre précaire qui constituent peut-être aujourd'hui l'essentiel des psychothérapies psychanalytiques.

“ Points essentiels

- Les psychothérapies psychanalytiques couvrent un champ d'indications très large.
- Elles abordent le patient comme sujet, dans sa globalité et son associativité propre.
- La formation personnelle du thérapeute, son éthique et l'existence d'un panel d'outils théorico-cliniques lui permettent d'ajuster son approche à la problématique centrale de chaque patient et de l'accompagner dans le processus de son changement.
- Deux approches complémentaires structurent les psychothérapies psychanalytiques : la recherche et l'élaboration des désirs et pulsions inconscientes ; la reconstruction des expériences négatives précoces et des bouleversements traumatiques.
- Les connaissances actuelles en neurosciences et le développement de la recherche clinique et théorique dans le champ de la psychanalyse et des psychothérapies psychanalytiques permettent de poursuivre l'ouverture de Freud vers une psychologie scientifique impliquant la biologie.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de liens d'intérêts en relation avec cet article.

■ Références

- [1] Juskewycz N, Journet F, Thurin M, Thurin JM, Molinié M, Gausset MF, et al. Pratiques psychothérapeutiques et recherches dans le pôle borderline du RRFPP. *Pour Recherche* 2013;**79**:1–8.
- [2] Lebovici S. Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. In: *Psychothérapie et psychanalyse*. Paris: Quadrige/PUF; 2004. p. 153–74.
- [3] Mazet P. Dix repères dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent depuis les années 1940. *Pour Recherche* 2011;**70**:2–13.
- [4] Thurin JM. *Une vie sans soi. Clinique et interprétation des maladies psychosomatiques*. Paris: Frison-Roche; 2007.
- [5] Landman P, Ribas D. *Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes. Actualité de la psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2021, 360p (à paraître).
- [6] Freud S. Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1919. p. 131–41.
- [7] Freud S. De la psychothérapie. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1904–22. 1298
- [8] Freud S. La dynamique du transfert. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1912. p. 50–60. 1299
- [9] Freud S. Le début du traitement. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1913–104. 1300
- [10] Freud S. À propos de la psychanalyse dite « sauvage ». In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1915. p. 35–42. 1301
- [11] Freud S. Observations sur l'amour de transfert. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1915. p. 122. 1302
- [12] Freud S. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 2007. p. 137. 1303
- [13] Freud S. Avenir de la thérapeutique analytique. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1910. p. 27. 1304
- [14] Freud S. À propos de la psychanalyse dite « sauvage ». In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1953. p. 39. 1305
- [15] Freud S. Deuil et mélancolie. In: *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1919. p. 131–41. 1306
- [16] Freud S. *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF; 1938-1949. p. 41–2. 1307
- [17] Freud S. *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF; 1938-1949. p. 46. 1308
- [18] Freud S. *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF; 1938-1949. p. 70. 1309
- [19] Freud S. *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF; 1938-1949. p. 47. 1310
- [20] Baldacci JL. Quelques aspects de la pratique de la psychanalyse en France. In: Green A, editor. *Unité et diversité des pratiques du psychanalyste*. Paris: PUF; 2006. p. 23–39. 1311
- [21] Fonagy P. Some complexities in the relationship of psychoanalytic theory to technique. *Psychoanal Q* 2003;**LXXII**:13–47. 1312
- [22] Roussillon R. *Manuel de pratique clinique*. Elsevier Masson; 2012. p. 44–58. 1313
- [23] Knight R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941;**98**:434–46. 1314
- [24] Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie*. 1895 (1973), p. 117. 1315
- [25] Roussillon R. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: PUF; 1991. 1316
- [26] Donnet JL. L'analyste et sa règle fondamentale. In: Green A, editor. *Unité et diversité des pratiques du psychanalyste*. Paris: PUF; 2006. p. 18. 1317
- [27] Varela F. Sciences cognitives et psychanalyse; questions ouvertes. In: Billiard I, Dejours C, Fédida P, Gachelin G, Green A, Guédeney A, editors. *Somatisations, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris: Eshel; 1994. 1318
- [28] Edelman G. *Biologie de la conscience*. Paris: Odile Jacobs; 1992. 1319
- [29] Brun A, Chouvier B, Roussillon R. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris: Dunod; 2019. 1320
- [30] Delattre N, Widlöcher D. *La psychanalyse en dialogue*. Paris: Odile Jacob; 2003. 1321
- [31] Cahn R. Du divan au face-à-face, la question du cadre. In: Widlöcher D, editor. *Psychanalyse et psychothérapie*. Ramonville Saint-Agne: Eres; 2008. p. 11–6. 1322
- [32] Thurin JM, Thurin M, Widlöcher D, Tieder-Kaminsky S, Kaminsky P, Grumbach A. Analyse descriptive et comparative des rêves au cours d'une psychothérapie. Fonctions du rêve, relations au conflit central du patient, évolution. Étude de faisabilité d'une méthodologie clinique en sciences cognitives appliquée au domaine de la psychopathologie. Rapport du CNEP 94 CN 40 - Inserm, 1996. 333p. 1323
- [33] Anzieu D. *Le Moi Peau*. Paris: Dunod; 1995. 1324
- [34] Pankow G. *L'homme et sa psychose*. Paris: Aubier Montaigne; 1969. 1325
- [35] Chouvier B, Roussillon R. *Corps, acte et symbolisation : psychanalyse aux frontières*. Bruxelles: De Boeck; 2008. 1326
- [36] Widlöcher D. Amour primaire et sexualité infantile : un débat de tous les jours. In: *Sexualité et attachement*. Paris: PUF; 2000. 1327
- [37] Ferenczi S. *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*. Paris: Payot; 1933. 1328
- [38] Alexander F. *Principes de psychanalyse*. Paris: Payot PBP; 1968. 1329
- [39] Wolitsky DL. The role of clinical inference in psychoanalytic case formulation. *Am J Psychother* 2007;**61**:17–36. 1330
- [40] Thurin M. *Le discours, émergences du sens, niveaux d'analyse, perspectives cliniques*. Paris: PUF; 1997. 1331
- [41] Golse B. Le point de vue d'un pédopsychiatre-psychanalyste. In: Widlöcher D, editor. *Psychanalyse et psychothérapie*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2008. p. 17–24. 1332
- [42] Alexander F. *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot PBP; 1977. 1333
- [43] Widlöcher D. In: *Place de la psychanalyse parmi les troubles mentaux*. Paris: Doin; 1997. p. 31. 1334
- [44] Freud S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot PBP; 1917-1969. p. 431–5. 1335
- [45] Høglend P, Bøgdal KP, Amlø S, Heyerdahl O, Sørbye O, Marble A, Bentsen H. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2000;**9**:190–9. 1336

- 1376 [46] Lebovici S. Indications et contre-indications de la psychanalyse freu- 1454
 1377 dienne. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*. 37-811- A-10, 1455
 1378 1969. 1456
 1379 [47] Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formula- 1457
 1380 tion: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry* 1458
 1381 1987;**144**:543–50. 1459
 1382 [48] Freud S. (1923). Psychanalyse. *Encyclopædia Britannica*; 2005. 1460
 1383 [49] Kandel ER. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nou- 1461
 1384 veau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. Trad. 1462
 1385 par Thurin JM, de l'article Biology and the future of psychoanaly- 1463
 1386 sis: a new intellectual framework for psychiatry revisited, paru dans 1464
 1387 l'*American Journal of Psychiatry* 1999;156:505-24. *Evol Psychia-* 1465
 1388 *trique* 2002;**67**:40–82. 1466
 1389 [50] Kandell ER. Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychia- 1467
 1390 trie. Trad. par Thurin JM, de l'article A new intellectual framework for 1468
 1391 psychiatry, paru dans l'*American Journal of Psychiatry* 1998;155:457- 1469
 1392 69. *Evol Psychiatrique* 2002;**67**:12–39. 1470
 1393 [51] Bowlby J. Attachment and loss. In: Tavistock: Institute of Human 1471
 1394 Relations; 1969. L'attachement. Paris: PUF; 1978. 1472
 1395 [52] Zazzo R. L'attachement. In: *Colloque sur l'attachement*. Paris: Dela- 1473
 1396 chaux et Niestle; 1979. p. 20–54. 1474
 1397 [53] Stern D. *Le moment présent en psychothérapie, un monde dans un* 1475
 1398 *grain de sable*. Paris: Odile Jacob; 2003. 1476
 1399 [54] Maruani A, Thurin JM. Psychanalyse, connexionnisme et modèles 1477
 1400 neuronaux ou si Freud avait connu la calculette. *Psychiatries* 1478
 1401 1989;(n°87-88):50–8. 1479
 1402 [55] Falissard B. *Cerveau et psychanalyse. Tentative de réconciliation*. 1480
 1403 Paris: L'Harmattan; 2008. 1481
 1404 [56] Widlöcher D. Ouverture. In: Widlöcher D, editor. *Psychanalyse et* 1482
 1405 *psychothérapie*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2008. 1483
 1406 [57] Perron R. Attention ! Un mot peut en cacher un autre. In: Widlöcher D, 1484
 1407 editor. *Psychanalyse et psychothérapie*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 1485
 1408 2008. p. 25–32. 1486
 1409 [58] Held RR. *Psychothérapie et psychanalyse*. Paris: Payot PBP; 1970, 1487
 1410 318p. 1488
 1411 [59] Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis* 1489
 1412 *and psychotherapy*. New York: Guilford Press; 1986. 1490
 1413 [60] Schore A. *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: W.W. 1491
 1414 Norton & C; 2003, 363p. 1492
 1415 [61] Freud S. La psychanalyse des névroses de guerre. In: *Résultats, Idées,* 1493
 1416 *Problèmes 1*. Paris: PUF; 1919. p. 243–7. 1494
 1417 [62] Green A. Le tournant des années 2000. In: Green A, editor. *Unité et* 1495
 1418 *diversité des pratiques du psychanalyste*. Paris: PUF; 2006. p. 229–47. 1496
 1419 [63] Widlöcher D. Le travail aux frontières. In: Green A, editor. *Unité et* 1497
 1420 *diversité des pratiques du psychanalyste*. Paris: PUF; 2006. p. 195–8. 1498
 1421 [64] Freud S. *Névrose et psychose. Œuvres complètes de Freud. Psychana-* 1499
 1422 *lyse, XVII :1-7*. Paris: PUF; 1924. 1500
 1423 [65] Kapsambelis V. Les fonctionnements psychotiques : une psychopatho- 1501
 1424 logie psychanalytique. *Psychol Clin Project* 2007;**1**(13):9–33. 1502
 1425 [66] Thurin JM. Schizophrénie et autres troubles psychotiques. In: Elkaïm 1503
 1426 M, editor. *Comprendre et traiter la souffrance psychique. Quel traite-* 1504
 1427 *ment pour quel trouble ?*. Paris: Le Seuil; 2007. p. 124–36. 1505
 1428 [67] Michaud G. *Essais sur la schizophrénie et le traitement des psychoses.* 1506
 1429 *1. L'impossible réalité*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2004. 1507
 1430 [68] Thurin JM. Peurs psychotiques et psychosomatiques, entre 1508
 1431 l'identification et le néant. *Psychiatries* 1991;**92**:20–8. 1509
 1432 [69] Di Rocco V. Représenter l'irreprésentable. Un enjeu de la psychothé- 1510
 1433 rapie des psychoses. *Inf Psychiatrique* 2009;**85**:69–75. 1511
 1434 [70] Herman J. *Trauma and recovery. The aftermath of violence from domes-* 1512
 1435 *tic abuse to political terror*. New York: Basic Books; 1942. 1513
 1436 [71] Uçok A, Bikmaz S. The effects of childhood trauma in patients with 1514
 1437 first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2007;**116**:371–7. 1515
 1438 [72] Roussillon R. Épreuve d'actualité et épreuve de réalité dans le face à 1516
 1439 face psychanalytique. In: Denis P, Janin C, editors. *Psychothérapie et* 1517
 1440 *psychanalyse*. Paris: PUF Quadrige; 2004. p. 45–66. 1518
 1441 [73] Freud A. *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris: PUF; 1936. 1519
 1442 [74] Hartmann L. *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation*. 1520
 1443 Paris: PUF; 1968. 1521
 1444 [75] Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF; 1986, 318p. 1522
 1445 [76] Klein M. *Envie et gratitude*. Paris: Gallimard; 1957, 230p. 1523
 1446 [77] Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse (1969)*. Paris: Payot; 1524
 1447 1989. p. 365–87. 1525
 1448 [78] Fairbairn WR. *An object-relations theory of the personality*. New York: 1526
 1449 Basic Books; 1952. 1527
 1450 [79] Kohut H. *Le Soi (La psychanalyse des transferts narcissiques)*. Paris: 1528
 1451 PUF; 1974. 1529
 1452 [80] Ainsworth M, Bowlby J. *Child care and the growth of love*. London: 1530
 1453 Penguin Books; 1965. 1531
- [81] Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Nor- 1454
 ton; 1953. 1455
 [82] Greenberg JR, Mitchell SA. *Object relations in psychoanalytic theory*. 1456
 Cambridge MA: Harvard University Press; 1983. 1457
 [83] Lacan J. *Écrits*. Paris: Le Seuil; 1966, rééd; 1999. 1458
 [84] Lacan J. *Le Séminaire (1950–1980)*. Paris: Le Seuil; 1990. 1459
 [85] Braconnier A, Guédeney N, Hanin B, Sauvagnat F, Thurin JM, 1460
 Widlöcher D. Suitability for psychoanalytical psychotherapy. In: *Psy-* 1461
chodynamic Diagnostic Manual (PDM). Silver Spring: Alliance of 1462
 psychoanalytic associations; 2006. p. 557–8. 1463
 [86] Lebovici S, Diatkine R, Kestemberg E. Bilan de dix ans de thérapeu- 1464
 tique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatrie Enf* 1465
 1958;**1**:63–180. 1466
 [87] Bayle G. *Le psychodrame analytique (SPP)* : [https://www.spp.asso.fr/](https://www.spp.asso.fr/textes/la-psychanalyse/le-psychodrame-analytique/) 1467
[textes/la-psychanalyse/le-psychodrame-analytique/](https://www.spp.asso.fr/textes/la-psychanalyse/le-psychodrame-analytique/). 1468
 [88] Brun A, Chouvier B, Roussillon R. *Manuel des médiations thérapéu-* 1469
tiques. Paris: Dunod; 2013-2019. 1470
 [89] Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1988. 1471
 [90] Anzieu D. *Être psychanalyste*. Paris: Dunod; 1976. p. 136. 1472
 [91] Frosch JP. E Uno Plurus: psychoanalytic psychotherapy in the age of 1473
 pluralism. *Harv Rev Psychiatry* 2007;**15**:270–7. 1474
 [92] Jimenez JP. Theoretical plurality and pluralism in psychoanalytic prac- 1475
 tice. *Int J Psychoanal* 2008;**89**:579–99. 1476
 [93] Rank O. *Le traumatisme de la naissance, étude psychanalytique*. Paris: 1477
 Payot PBP; 1968. 1478
 [94] Spitz R. *De la naissance à la parole*. Paris: PUF; 1968. 1479
 [95] Guex G. *La névrose d'abandon*. Paris: PUF; 1968. 1480
 [96] Winnicott DW. *La crainte de l'effondrement et autres situations cli-* 1481
niques. Paris: Gallimard; 2000. 1482
 [97] Horney K. *Neurosis and human growth; the struggle toward self-* 1483
realization. New York: Norton; 1950. 1484
 [98] Freud S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot PBP; 1969. 1485
 [99] Abraham K. Esquisse d'une histoire du développement de la libido 1486
 basée sur la psychanalyse des troubles mentaux. In: *Œuvres complètes* 1487
2 : développement de la libido. Paris: Payot; 1966. 1488
 [100] Jacobson E. The psychoanalytic treatment of depressive patients. In: 1489
 Anthony EJ, Benedek T, editors. *Depression and human existence*. 1490
 Boston: Little Brown; 1975. p. 431–43. 1491
 [101] Rado S. The problem of melancholia. *Int J Psychoanal* 1928;**9**:420–38. 1492
 [102] Bibring E. The mechanics of depression. In: *Affective disorders: psychoanalytic contribution to their study*. New York: International 1493
 Universities Press; 1953. p. 13–48. 1494
 [103] Freud S. *Deuil et mélancolie. Œuvres complètes, vol. XIII*. Paris: PUF; 1495
 1988. p. 259–78. 1496
 [104] Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *A primer of transference focu-* 1497
sed psychotherapy for the borderline patient. New Jersey/London: 1498
 Jason Aronson; 2002. 1499
 [105] Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: 1500
 mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press; 1501
 2004. 1502
 [106] Verheugt-Pleiter A, Deben-Mager M. Transference-focused psy- 1503
 chotherapy and mentalization-based treatment: brother and sister? 1504
Psychoanal Psychother 2006;**20**:297–315. 1505
 [107] Brusset B. Psychanalyse et psychothérapie. *EMC (Elsevier Masson* 1506
SAS, Paris), Psychiatrie, 37-810-F-50, 1994. 1507
 [108] Wallerstein RS. Psychoanalysis: the common ground. *Int J Psychoanal* 1508
 1990;**71**:3–20. 1509
 [109] Fonagy P, Kächele H, Krause R, Jones E, Perron, R. An open 1510
 door review of outcome studies in psychoanalysis. Une revue 1511
 ouverte des études de résultat en psychanalyse (Trad. Thurin JM 1512
 et al.) [http://www.techniques-psychotherapiques.org/documentation/](http://www.techniques-psychotherapiques.org/documentation/Psychanalyse/Opendoordefault.html) 1513
[Psychanalyse/Opendoordefault.html](http://www.techniques-psychotherapiques.org/documentation/Psychanalyse/Opendoordefault.html). 1514
 [110] Thurin JM. Approche psychodynamique (psychanalytique). In: *Psy-* 1515
chothérapies : trois approches évaluées. Paris: Inserm; 2004. 1516
 p. 47–165. 1517
 [111] Thurin JM, Thurin M. *Évaluer les psychothérapies, méthodes et pra-* 1518
tiques. Paris: Dunod; 2007. p. 47. 1519
 [112] Thurin JM, Danion JM, Falissard B. Réseau de recherches fondées sur 1520
 les pratiques psychothérapeutiques. *Pour Recherche* 2007;**55**:1–6. 1521
 [113] Har A, Jouvett R. Psychothérapies psychanalytiques. In: *Psycholo-* 1522
gie clinique, psychopathologie et psychothérapie. Paris: PUF; 2008. 1523
 p. 365–87. 1524
 [114] Schore AN. Relational trauma and the developing right brain: an inter- 1525
 face of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Ann N Y* 1526
Acad Sci 2009;**1159**:189–203. 1527
 [115] Thurin JM, Thurin M, Cohen D, Falissard B. Approches psychothé- 1528
 rapiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études 1529
 intensives de cas. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc* 2014;**62**:102–18. 1530
 1531

- 1532 [116] Botbol M, Renaud J, Barrère Y, Speranza M. Psychoses à
1533 l'adolescence. *EMC - Psychiatrie* 2015;**12**(3).
1534 [117] Thurin JM. Stress et Mécanismes d'Ajustement Psychosociaux. *EMC*
1535 *- Psychiatrie* 2016;**13**:1-13.
1536 [118] Brun A, Roussillon R, Attigui P. *Évaluation clinique des psy-*
1537 *chothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et*
1538 *institutionnels*. Paris: Dunod; 2016.
1539 [119] Thurin JM. De l'évaluation des psychothérapies à la recherche en
1540 psychothérapie et en psychanalyse. *Res Psychoanal* 2017;**23**, 55a-68a.
1541 [120] Thurin JM. Caractériser et comprendre le processus de changement
1542 des psychothérapies complexes. Modélisation des processus, méca-
1543 nismes et conditions des changements associés à la psychothérapie
1544 de 66 enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autis-
1545 tique. Thèse de doctorat de neurosciences cognitive. Université Paris
1546 Descartes 2017. <http://www.theses.fr/2017USPCB104>.
- [121] Despland JN, De Roten Y, Kramer U. *L'évaluation des psychothéra-*
1547 *pies*. Paris: Lavoisier; 2018. 1548
[122] Thurin JM. Évaluation des effets des psychothérapies. *EMC-*
1549 *Psychiatrie* 2018. 1550
[123] Rabeyron T. L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychana-
1551 lytiques et de la psychanalyse. *Evol Psychiatrique* 2020;**86**(3). 1552
[124] Visentini G. *L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*.
1553 Paris: PUF; 2021. 1554
[125] Juskewycz N, Dafri F, Journet F, Molinié M, Thurin M, Thurin JM.
1555 Le cas de Max. Ce que nous apprend la recherche sur la psycho-
1556 thérapie d'orientation psychanalytique en milieu naturel d'un patient
1557 borderline. *Res Psychoanal* 2018;**26**, 90a-109a. 1558
[126] Dierckx A. Psychoanalytic and psychodynamic therapies: the state of
1559 the art. *Psychiatry* 2008;**7**:212-6. 1560
[127] Widlöcher D. *Métapsychologie du sens*. Paris: PUF; 1986. 1561

1562 J.-M. Thurin (jmthurin@me.com).
1563 9, rue Brantôme, 75003 Paris, France.
1564 N. Juskewycz.
1565 6, allée Booth, 51100 Reims, France.
1566 M. Thurin.
1567 9, rue Brantôme, 75003, Paris, France.

1568 Toute référence à cet article doit porter la mention : Thurin JM, Juskewycz N, Thurin M. Psychanalyse et psychothérapie. *EMC - Psychiatrie* 2020;0(0):1-13
1569 [Article 37-810-F-50].
1570
1571

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique