

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N° 150

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Qualification en psychiatrie

Par

Servane LE CŒUR

Née le 9 novembre 1974, Quimper (29)

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2005

PREMIERS ENTRETIENS INSPIRES DES THERAPIES BREVES ANALYTIQUES.
A PROPOS DE DEUX ADOLESCENTS.

Président : Monsieur le Professeur Jean Luc VENISSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laure BLETON

INTRODUCTION

PREAMBULE

Premier entretien, première rencontre, consultation, autant de mots pour désigner ce moment particulier où le psychiatre reçoit la demande d'un inconnu qui s'est adressé à lui pour être soulagé d'une douleur.

Parler de consultation fait penser à la démarche auprès d'un expert pour lui demander son avis, une solution à un problème. L'asymétrie de la relation est soulignée : l'un sait, a la compétence, l'autre ignore.

Entretien ou rencontre, ces termes n'évoquent-ils pas davantage l'idée d'une intimité, d'un désir à élaborer ensemble ? Ils marquent aussi le caractère d'ouverture de cette situation où l'un et l'autre des participants vont de découverte en découverte, se retrouvent égaux face à l'inconnu. Certains [B.Tanguay « Le premier entretien et l'écoute psychanalytique »] supposent que les psychothérapeutes choisissent leur patients comme leurs amis, leurs conjoints. L'accent est alors mis sur la mobilisation affective en jeu lors de cette rencontre.

Quelque soit le terme retenu, ce moment particulier entre le patient et le thérapeute comprendra chacun de ces sens et sera souvent déterminant pour la relation thérapeutique qui prendra forme entre les deux protagonistes.

INTRODUCTION

C'est de la rencontre avec les travaux d'Edmond Gilliéron que ce travail est issu.

Nous devons cette heureuse découverte au professeur Venisse qui nous a orienté vers cet auteur alors que nous évoquions notre intérêt pour la richesse clinique et l'intensité particulière que revêt souvent le premier entretien.

Le contenu de ces travaux nous a éclairé sur les enjeux du premier entretien avec le patient en nous fournissant des outils théoriques et techniques qui venaient objectiver et rendre utilisables des données par nature subjectives.

La lecture des ouvrages d'E. Gilliéron nous a aussi permis de découvrir les principes des thérapies brèves analytiques. L'apport que représentent les thérapies systémiques dans la compréhension et l'appréhension des composantes de la relation thérapeutique dans le cadre des psychothérapies analytiques nous est apparu fondamental. Ce thème, cher à l'auteur, a fait écho avec les diverses expériences qui ont jalonné notre internat. Nous avons eu la chance de recevoir les enseignements du Dr Wilfried Martineau lors de notre passage aux urgences du C.H.U. de Nantes et de constater l'efficacité des thérapies systémiques du point de vue diagnostic ou thérapeutique. La richesse de ce service tient, outre les compétences et la cohérence du travail d'équipe, dans la cohabitation et les échanges des praticiens dont les références théoriques diffèrent.

Par la suite, nous avons principalement été amené à travailler dans des services de soin dont les références théoriques faisait appel à la psychanalyse.

Pour revenir au premier entretien, si ses enjeux sont évidents dans un contexte d'urgence ils apparaissent peut être moins clairement lorsque nous travaillons dans des services de psychiatrie générale où la dynamique de soins et la temporalité diffèrent (patients présentant des pathologies chroniques, des hospitalisations très longues, fréquents changements de médecins).

Notre intérêt à ce propos s'est vu renouvelé lorsque nous avons été amené à travailler auprès des adolescents, à l'unité E.S.P.A.C.E à Nantes puis à l'unité Anjela Duval à Brest.

C'est dans la continuité de ces expériences que nous avons choisi de réaliser ce travail sur la rencontre avec l'adolescent en observant le modèle des thérapies brèves analytiques.

PRESENTATION

Nous allons, dans un premier chapitre, reprendre les principaux aspects psychodynamiques de l'adolescence ainsi que la notion de psychothérapie de l'adolescent.

Dans un second chapitre nous développerons le thème des psychothérapies brèves analytiques en insistant sur les travaux d'Edmond Gilliéron.

Nous ferons ensuite part de notre expérience à travers deux cas cliniques, le premier a été rapporté lors de notre stage à l'unité Anjela Duval et le second est issu de notre expérience de médecin psychiatre remplaçant dans le secteur libéral.

les cas cliniques comprendront une discussion diagnostique et thérapeutique et nous amèneront à réfléchir sur l'intérêt de la méthode utilisée.

Pour développer ces différents thèmes nous avons été amené à nous interroger sur quelques notions et en particulier sur celle de psychothérapie.

Donner une définition de la psychothérapie n'est pas chose facile. Le dictionnaire Robert propose : « ».

Certaines définitions, proposées par les psychothérapeutes, désignent une pratique particulière, d'autres se réfèrent à une théorie donnée. Globalement, on retrouve de façon assez constante [21] deux éléments essentiels qui sont : d'une part les codes relationnels entre le patient et le thérapeute, et, d'autre part un dispositif spatio-temporel déterminé. Ces deux éléments viennent constituer le cadre thérapeutique. Ce cadre délimite la situation thérapeutique du cadre socio-culturel. Les règles relationnelles diffèrent des règles sociales habituelles et concourent à créer « un champ de désordre culturel »[21] avec levée de certains tabous et mise en place de nouveaux tabous.

La relation peut être caractérisée par deux paramètres principaux : le mode de communication (verbale, non verbale) et les comportements réciproques codifiés (aspects éthiques ou droits et devoirs des partenaires, aspects techniques comme la directivité, la neutralité, l'abstinence, l'activité, la passivité).

La spécificité du cadre est directement articulée avec la théorie de référence du psychothérapeute. A propos des diverses théories existantes nous pourrions citer : les théories de l'apprentissage (comportement – cognitivisme) : ces théories rapportent les troubles psychiques à un « biais » d'apprentissage, une sorte d'éducation faussée.

Les théories psychogénétiques (troubles du développement psychoaffectif) : c'est le développement de l'« appareil psychique » qui est perturbé en raison essentiellement d'accidents de parcours.

Les théories du traumatisme (cri primal, catharsis) : le trouble serait lié à une sorte de blessure psychologique non résolue, ce qui créerait des tensions psychiques insurmontables.

Les théories environnementales (morales, systémiques) : c'est la relation du sujet à son environnement qui est perturbée. L'entourage peut être familial, mais peut aussi s'étendre à la société ou à la religion.

La psychothérapie se détermine donc en fonction d'un cadre, lui-même fondé sur deux éléments, les codes relationnels et le dispositif spatio-temporel, et, d'une théorie de référence qui influence grandement le cadre.

Pour E. Gilliéron, le thérapeute doit être capable d'instaurer une relation dynamique à l'intérieur de ce cadre spatial et temporel, en fonction d'objectifs précis et en se référant à un modèle théorique précis.

Il nous semble important de différencier psychothérapie et intervention thérapeutique par l'existence ou non d'un cadre psychothérapeutique précis.

Dans cette perspective il nous semble que les premiers entretiens ne rentrent pas encore dans le cadre psychothérapeutique à proprement parlé.

La notion de thérapie brève nous a amené à nous renseigner sur la durée, en général, des psychothérapies.

Les études réalisées à ce sujet rapportent une grande fréquence des ruptures précoces des traitements. On retrouve une proportion de 20 à 40 pour cent d'arrêt après 2 séances [Katz, 1958 ; Gallagher, 1961 ; Fiester, 1975 ; Betz, 1979 ; Epperson, 1981 ; Lawrence, 1982 ; Pekarick, 1987], 17 à 42 pour cent d'arrêt après 3 séances [Gallagher, Swett, 1989], 42 à 57 pour cent après 4 séances [Garfield, 1963] et 70 pour cent après 8 séances [Gallagher, Garfield, 1977].

Ces résultats sont venus nous conforter dans l'idée que les premières rencontres entre le thérapeute et le patient sont déterminantes pour l'avenir de la relation thérapeutique.

Nous allons maintenant développer notre sujet en abordant la question de l'adolescence.

CHAPITRE 1 : ADOLESCENCE : POINTS DE REPERES PSYCHODYNAMIQUES

A LES POINTS ESSENTIELS

Nous avons choisi, pour ce travail, de nous concentrer sur certains aspects psychodynamiques du processus d'adolescence.

L'adolescence est pour le psychanalyste un temps de travail [8] : « temps de transformations physiques que la puberté induit et conduit jusqu'au terme de l'acquisition de la fonction procréatrice ; travail simultané de remaniement des représentations pour l'appropriation du corps sexué, d'assomption du Moi et d'accession à la jouissance génitale. »

De nombreux travaux psychanalytiques rendent compte, en faisant appel à différents concepts, de ce travail psychique spécifique qui s'effectue à l'adolescence.

Pour E. et M.Laufer, l'adolescence représente la rencontre avec l'irréversibilité de la sexuation[8] avec le risque de l'échec de l'intégration du corps sexué qui conduit à une impasse du développement ou « breakdown ». M. Laufer [36] écrit à ce propos : « ce qui différencie une « forme » de pathologie d'une autre est le fantasme sous-jacent qui est vécu et gratifié, l'étendue et la qualité de la régression qui est liée à la pathologie spécifique, la nature fantasmatique du lien au parent incestueux et l'attaque à l'encontre de ce même parent en même temps. ».

P. Jeammet met l'accent sur la consolidation des identifications et la conquête de l'identité [8]. Pour lui, lors du bouleversement pubertaire, corps et psyché seraient remaniés dans leurs limites et la situation d'adolescence estomperait celles-ci entre monde interne et monde externe. P. Jeammet utilise la notion d'« espace psychique élargi » pour métaphoriser cette situation particulière.

R. Cahn conceptualise le processus d'adolescence à partir de ses achoppements tels que les éclosions psychotiques pubertaires ou les non-inscriptions dans la triangulation oedipienne génitalisée. Il oriente sa pensée selon deux axes : la reviviscence des carences narcissiques de la petite enfance et la réactualisation d'une précarité de la différenciation moi-non moi.

Pour P. Gutton, le processus d'adolescence conjugue une étape pubertaire qui est à la psyché ce que la puberté est au corps et une phase secondaire de reconstruction des identifications [8].

Malgré cette diversité de formalisation théorique, certains postulats font l'objet d'un consensus, et parmi ceux-là, nous allons aborder successivement les questions, du corps, des liens oedipiens, du remaniement des investissements narcissiques et objectaux. Il nous a aussi paru utile d'évoquer d'autres aspects de la problématique adolescente comme les mécanismes de défense du Moi et la place des parents.

A.1. Perte de la quiétude et de la stabilité de l'image du corps

L'irruption de la puberté fait apparaître à l'intérieur même du corps de l'adolescent une tension qui est liée à l'émergence de la pulsion sexuelle. Pour A et S. De Mijolla [8] « la réalité pubertaire, qu'elle soit annoncée ou surprenante, dépasse toujours les capacités de contenance de l'excitation du jeune et en ce sens a valeur de traumatisme. Un corps nouveau, effaçant progressivement les traces de l'enfance, qui porte en lui la potentialité de procréation et induit la conviction imaginaire de la révélation proche du mystère des origines et du rapt de la jouissance parentale est pour le moins excitant et angoissant. ».

Ce corps qui évolue peut être perçu par la psyché comme un corps étranger puisqu'il échappe à son contrôle. Il existe à ce moment un écart entre psyché et soma qui peut susciter un clivage. Un des enjeux de la transformation pubertaire sera de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans ce corps en changement. Les changements se traduisent par des sentiments de doute au niveau physique comme au niveau psychique, l'attention portée au corps, les inquiétudes sur les différentes parties de ce corps, les éventuelles craintes d'allure dysmorphophobiques témoignent de ces doutes. Par exemple, le temps passé par l'adolescent dans la salle de bains, peut être compris comme un travail de reconnaissance, de réappropriation quotidien du corps [36]. Chez l'adolescent, le corps est à la fois révélateur et moyen d'expression privilégié de la vie psychique. Il ne se confond cependant pas avec celle-ci puisque sa matérialité le rapproche de la réalité externe. Cette situation intermédiaire entre réalité interne et externe lui confère une place particulière dans l'organisation et l'expression psychopathologique dès lors que la problématique identificatoire est engagée.

L'installation de la puberté signifie aussi la perte de la bisexualité potentielle, l'individu se voit assigner un sexe et doit renoncer à la bisexualité potentielle dont l'enfant prépubère se sent porteur. L'intégration de ce manque, lié à la complémentarité des sexes, pourra aussi être à l'origine du désir de l'autre. L'expression des pulsions sexuelles mais aussi agressives est pourvoyeuse d'angoisse et de culpabilité.

Contre cette excitation pulsionnelle et cette agressivité [], le jeune met en place un certain nombre de défenses psychiques et/ou comportementales. L'inhibition, le désinvestissement, la passivité peuvent être des moyens de nier ou du moins de contrôler cette excitation : l'adolescent reste cloîtré dans sa chambre allongé sur son lit, ne s'intéresse à rien, manière pour lui de ne pas s'affronter à ce besoin pulsionnel qui lui fait peur.

Le corps pubère s'impose comme une contrainte, il échappe au pouvoir de maîtrise du Moi et perd sa fonction protectrice pour au contraire exposer au regard de l'autre les émotions et les désirs intimes. Il s'agira pourtant pour le jeune d'apprendre à se reconnaître non seulement dans un corps, dans son corps, mais surtout dans un corps sexué [36]

Le plus souvent, les conduites centrées sur le corps semblent avoir pour particularité de mettre en question la définition d'un corps sexué. L'adolescent utiliserait alors son corps de façon à maintenir à distance la sexualité.

A.2. Perte ou séparation du lien oedipien

A mesure que le corps se transforme et se spécifie dans un sexe, les relations externalisées et internalisées aux parents vont devoir se transformer [36]. Sous l'impact de cette maturité sexuelle, l'adolescent ne peut conserver « l'innocence » des relations qu'il avait avec ses parents. L'émergence pubertaire confronte l'adolescent à la menace fantasmatique incestueuse mais aussi aux éventuels désirs parricides. Nous reprendrons les termes de Winnicott : « grandir est par nature un acte agressif » et « si dans le fantasme de la première croissance il y a la mort, dans celui de l'adolescence il y a le meurtre ».

La perte du refuge maternel est celle de la mère qui rassure, soigne et protège. L'adolescent par son besoin de mise à distance du lien à l'objet oedipien perd ce refuge possible quand il est confronté à l'angoisse ou aux sentiments d'abandon. L'adolescent doit se séparer de ses parents mais cette nécessité même lui fait éprouver une nouvelle menace : celle de se perdre. Nous citerons P.Blos (1967) qui, à propos de ce processus « d'individuation », écrit : « ce qui dans l'enfance est l'éclosion de la membrane symbiotique pour laisser advenir un bambin individu est à l'adolescence la rupture des liens de dépendance à la famille, la perte des objets infantiles afin de devenir un membre de la société à part entière ou plus simplement un membre du monde des adultes. ».

A.3. La conflictualité narcissico-objectale de l'adolescent

Le remaniement des équilibres entre investissements objectaux et narcissiques est un passage obligé de l'adolescence.

D.Marcelli écrit [] : « L'impérieuse obligation que rencontre l'adolescent de se séparer de ses objets oedipiens dévoile brutalement les assises narcissiques sous-jacentes et met en lumière la qualité de l'intériorisation des liens interactifs aux « objets primaires ». ».

L'actualisation des fantasmes incestueux et parricides impose à l'adolescent de s'éloigner de ses objets oedipiens et se faisant il se trouve plus vulnérable sur le plan narcissique ainsi que face aux autres objets. Le repli sur soi témoigne fréquemment d'un moyen de rompre avec les investissements de l'enfance et de mettre à distance ce qui peut être ressenti comme une soumission par rapport aux images oedipiennes.

Les investissements d'objets peuvent être vécus comme un risque de dépendance et le jeune oscille sans cesse entre une envie dévorante d'objet et un besoin protecteur d'affirmer sa totale autonomie et son absence de besoin. Il faudra à l'adolescent une assise narcissique suffisamment solide pour pouvoir, d'une part s'éloigner des objets oedipiens sans se sentir appauvri ou menacé, et d'autre part, s'approcher des autres objets, en attendre jouissance et émotion sans que cette attente soit vécue comme une excitation intolérable et une attirance menaçante pour le narcissisme.

L'adolescence implique aussi un profond remaniement du système d'idéal et certains auteurs considèrent l'idéal du moi comme l'héritier direct de l'adolescence de même que le surmoi serait l'héritier de la période oedipienne. Selon D.Marcelli, [], « L'idéal de l'enfant se nourrit de trois sources : l'idéalisation de l'enfant par les parents ; l'idéalisation des parents par l'enfant ; l'idéalisation de l'enfant par lui-même. Au cours de l'adolescence les deux premières sources de l'idéalisation sont mises en péril, voire supprimées.

L'adolescent n'idéalise plus ses parents, et parfois les dévalorise. Ce mouvement de retrait constitue l'essence même du « meurtre parental symbolique ». De leur côté, les parents retirent une part de l'idéalisation dont ils paraient leur enfant. Celui-ci en effet ne se montre plus aussi soumis à leur projections idéalisantes que ne l'était le petit enfant.

Reste alors le troisième terme : l'idéalisation de soi par soi-même. A l'adolescence, on observe des oscillations dans l'idéalisation de soi : l'adolescent passe parfois très rapidement par des périodes de contentement de soi-même, sorte de narcissisme exacerbé, puis par des phases de profond repliement ... Cette perte de l'estime de soi s'accompagne en général d'un sentiment de malaise, de désintérêt et surtout de vide. Ces oscillations semblent témoigner de la mise en place chez l'adolescent de son propre système d'idéal. Ce faisant, l'adolescent peut avoir recours à des idéaux « relais » et on peut alors constater des engouements souvent brutaux et massifs pour une croyance, un sport, un groupe de pairs...

A.4. Les mécanismes de défense du Moi

Nous pouvons distinguer les mécanismes de défense inconscients communs à tous les âges de la vie comme le refoulement, le déplacement, l'isolation, et, d'autres, plus spécifiquement mobilisés à cette période. Dans ces derniers, il est possible de distinguer [36] les manifestations défensives vis à vis des pulsions sexuelles et agressives, des manifestations défensives vis à vis du sentiment de perte ou de rupture de lien avec les « objets infantiles ».

Concernant les pulsions sexuelles et agressives, nous citerons :

L'intellectualisation (contrôle des pulsions par la pensée)

L'ascétisme (contrôle du corps et des plaisirs qu'il peut donner)

La mise en acte : en tant que mécanisme de défense, le passage à l'acte intervient en entravant la conduite mentalisée, on parle alors d' « acting out » souvent brutal, impulsif et répétitif. L'autre fonction défensive du passage à l'acte est d'inverser le vécu de passivité, il s'agit alors d'un « acte-symptôme » de nature compulsive et s'imposant au sujet avec une dimension de contrainte.

Le clivage : abandonné au cours de la seconde enfance, il réapparaît à l'adolescence et se manifeste par de brusques passages d'un extrême à l'autre, d'une opinion à une autre, d'un idéal à un autre.

La puberté instaure de fait une situation de clivage et A. et S. De Mijolla [8] insistent sur le fait que le clivage intervient alors comme stratégie défensive transitoire : « Il existe à la puberté un clivage normal dont les incidences n'ont guère à voir avec le modèle fétichique (dans lequel on pourrait d'ailleurs convenir que c'est le gradient de déni qui est pathologique et non le clivage), et que de la qualité du processus d'adolescence dépendront ou non sa réduction et l'avènement d'un nouvel espace psychique. [...] Le clivage est un état de fait pour l'adolescent lorsque « le corps pubère lui tombe dessus de l'extérieur ». « Il est le point de départ et le déterminant du travail intégratif de la puberté, travail qui permet l'élaboration des vœux incestueux et parricides dans le langage de la pulsion génitale. »

Concernant les défenses contre les sentiments de perte, nous citerons :

Le déplacement de la libido (l'amour destiné aux parents est attribué à un autre)

Le renversement des états affectifs

Le retrait de la libido dans le soi

La régression.

A.5. La place des parents

Les parents sont partie prenante du processus d'adolescence de leur enfant et eux aussi sont confrontés à certains réaménagements psychiques.

La plupart des parents sont satisfaits de voir leur adolescent acquérir de l'autonomie, cependant cette satisfaction se mêle de sentiments plus ambigus liés à la perte. Il s'agit en effet pour eux d'entamer un travail de deuil :

deuil de ce qu'ils ont pu vivre en tant que parents, de certains aspects de la fonction parentale devenus sans objet,

deuil de certaines attentes, produits de projections idéalisantes sur leur enfant

deuil d'une position de toute puissance parentale

D'autre part, les parents sont eux aussi concernés par le processus d'individuation-séparation, ceci dans un mouvement réciproque à celui de l'adolescent. Ce double mouvement est fréquemment source de conflits.

Il faut enfin noter la résurgence du contre-oedipe.

Malgré cet état de relative fragilisation, il s'agit pour les parents d'accompagner au mieux l'adolescent dans cette aventure. Pour cela il leur faut accepter et supporter la tension agressive exprimée par l'adolescent, rester disponible, protéger, et parfois encore interdire.

A.6. Conclusion

L'enjeu majeur de ce travail de maturation psychique est donc la construction identitaire. Après un premier temps caractérisé par le débordement et les mesures de contre-investissements, l'adolescent devra qualifier, comprendre et organiser les changements qui l'ont affectés.

Les années suivantes seront consacrées à un travail colossal de remaniements multiples : la réorganisation des traits de caractère, des identifications, des représentations de soi, et des représentations de l'objet.

D.Lafortune et N.G.Bedwani [11] proposent une définition de l'identité comme « la capacité qu'a le sujet de rester le même au cours du changement ».

Ces particularités inhérentes au fonctionnement de l'adolescent ne prédisposent pas le sujet adolescent à demander un soin ni et à s'engager dans une démarche où la parole prime sur l'agir. Plusieurs auteurs se sont penchés sur les éventuelles spécificités des soins psychiques chez l'adolescent et des structures de soins adressées à cette population ont vu le jour ces dernières années. Nous allons maintenant aborder la question de la psychothérapie chez l'adolescent.

B LA PSYCHOTHERAPIE DE L'ADOLESCENT

B.1. Les premiers entretiens

B.1.1. la spécificité de la rencontre avec l'adolescent

L'objectif de ces premières rencontres est double : évaluer et traiter. L'enjeu thérapeutique est peut être plus présent dès le départ de la prise en charge de l'adolescent du fait de la nature de sa demande. Celui-ci pose assez souvent sa demande de façon précaire, fugitive ou indirecte. C'est en général la première fois où l'adolescent peut partager ce type de dialogue. Le thérapeute ne peut se dérober aux attentes de l'adolescent et ne doit pas répondre à toutes les interrogations ni se placer aux même niveau de réalité que ses questionnements. Par contre, il sera intéressant d'introduire un décalage qui amènera l'adolescent à se questionner sur lui-même.

La particularité de l'entretien avec l'adolescent [D. Marcelli, E.M.C.] est que « l'interaction adolescent-consultant est dès le début de la rencontre prise dans un investissement d'allure transférentielle, immédiat et intense ». Comme l'adolescent a tendance à penser que sa souffrance est liée à des facteurs externes (parents, enseignants, copains, société ...), il se peut que le consultant, en tant que représentant de ces facteurs externes soit assimilé à la cause de ses difficultés. Cependant, l'intensité de cet investissement présente aussi un avantage dans la mesure où il s'agit pour l'adolescent d'une première occasion de parler de son monde interne et que dans ces conditions cette nouvelle relation peut permettre à certains affects jusque là méconnus, enfouis ou refoulés d'émerger.

Pour P.Jeammet [E.M.C.], il est essentiel de s'interroger sur les contenus implicites des propos de l'adolescent et de savoir s'étonner, en particulier, de ce que l'adolescent voudrait faire passer comme allant de soi. En effet, en abordant des points de vue apparemment banals les défenses psychiques peuvent être prises de court et les désirs et les conflits les plus secrets s'exprimer.

Cet auteur revient aussi sur le caractère nouveau et inconnu de cette rencontre en soulignant l'intérêt de pouvoir observer les modalités d'aménagement de l'appareil psychique du sujet dans ce type de situation anxiogène et potentiellement traumatique. P. Jeammet étend son point de vue au premier rêve ou au premier souvenir que l'on demande de rapporter, ils ont pour lui « une remarquable capacité à figurer et à condenser les éléments essentiels de la conflictualité du sujet ».

D.Marcelli [EMC] identifie quatre difficultés spécifiques à cette démarche diagnostique et thérapeutique :

une facilité parfois trop grande au repérage sémiologique des conduites externes et agies,

une difficulté notable à un repérage sémiologique des conduites les plus mentalisées,

une difficulté parfois extrême à cet âge d'articuler le regroupement symptomatique et l'évaluation du fonctionnement psychique en terme structurel,

une dépendance à l'entourage toujours plus importante que la relation singulière consultant-adolescent ne le laisse de prime abord supposer, impliquant de ce fait d'élargir l'évaluation à cet environnement.

B.1.2. L'évaluation

en plus d'être individuelle sera donc familiale et environnementale. Au terme de cette démarche, le professionnel posera une (ou plusieurs) hypothèse(s) diagnostique(s) et éventuellement pronostique(s).

B.1.2.1. L'évaluation individuelle :

Pour la plupart des auteurs, deux plans de compréhension dominent l'évaluation psychopathologique : le plan préoedipien, où l'analyse de l'élaboration du narcissisme, de l'identité dans leurs rapports aux objets primaires s'inscrit dans un point de vue génétique-historique, et le plan oedipien qui privilégie le remaniement actuel que la puberté suscite dans le corps, son image et le rapport nouveau à autrui, en particulier aux objets oedipiens.

Pour décrire le contenu de cette évaluation, nous nous appuierons sur le modèle proposé par D.Marcelli dans l'encyclopédie médico-chirurgicale.

Dans un premier temps, il s'agit du repérage des conduites symptomatiques.

la place de l'anxiété :

conditions de sa survenue, caractère diffus ou focalisé, désorganisant, entravant ou relativement toléré. L'absence d'anxiété, lorsqu'elle est associée à des conduites désorganisées et pathologiques est alors considérée comme un critère pronostic négatif.

la tolérance à l'excitation interne :

il s'agit de repérer le degré d'impulsivité, l'existence de comportements conduisant à des ruptures (fugues, crises clastiques, tentatives de suicide, alcoolisation aiguë, crise boulimique aiguë,...). Il est important là aussi d'identifier d'éventuels moments de désorganisation psychique.

la qualité de l'humeur et ses fluctuations :

la souffrance dépressive n'est pas, le plus souvent, ressentie ni verbalisée comme telle. On recherchera les conduites de retrait, le désinvestissement, le fléchissement scolaire, voire une opposition ou des colères brusques. Une exaltation thymique peut aussi s'exprimer à travers certaines insomnies ou encore des fugues, des ruptures scolaires.

le rapport au corps :

Nous avons précédemment insisté sur la place centrale qu'occupe le corps et plus précisément le corps sexué dans l'expression psychopathologique à l'adolescence. Le « mal-être dans le corps » peut s'exprimer de multiples façons. La pudeur ou une certaine honte peut conduire l'adolescent à masquer ou simplement à ne pas parler de conduites impliquant le corps et ses représentations. Les troubles des conduites alimentaires peuvent être longtemps tenus secrets. Les troubles du sommeil sont fréquents (difficultés d'endormissement, cauchemars,...), certaines conduites d'isolement peuvent traduire un vécu dysmorphophobique ou des craintes hypocondriaques.

Devant ces situations, il est souhaitable de donner l'opportunité à l'adolescent d'aborder, lorsqu'il le voudra, la question des conduites sexuelles.

la place du doute :

le sentiment de doute est une constante chez tout adolescent. Ce doute peut être diffus, généralisé, envahir l'ensemble du fonctionnement psychique (cognitif et affectif), créer parfois une confusion dans les limites entre réalité externe et monde interne et susciter un renforcement des mécanismes défensifs. La défense contre ces doutes peut aller jusqu'à son évacuation avec pour conséquence une adhésion massive et sans nuances à un système de croyance voire à un système délirant.

l'évaluation des relations :

Le degré d'entente et de conflit avec les parents, la capacité d'opposition, la différenciation selon les parents, la qualité des relations à la fratrie et aux grands-parents pourront être explorés ainsi que la façon dont le sujet se situe dans sa famille.

Les relations avec les pairs et plus globalement les relations sociales seront abordées. On évaluera l'importance de ces relations, la capacité à être seul, l'aisance dans le groupe, le degré de congruence entre les relations aux pairs et à la famille ou, au contraire, les choix « anti-oedipiens » de l'adolescent. L'investissement de la scolarité et les projets professionnels comptent aussi pour appréhender la capacité à prendre de la distance avec les objets oedipiens et à renouveler ses investissements.

L'évaluation économique, dynamique et génétique de ces conduites s'associera à leur repérage.

Les conduites à valeur maturative, qui permettent de lier l'angoisse en libérant le fonctionnement psychique seront distinguées de celles qui font entrave à ce fonctionnement.

B.1.2.2. L'évaluation familiale :

En plus de l'organisation formelle de la famille, le consultant recherche des éléments pouvant fragiliser l'adolescent et interférer avec le travail de désengagement et d'identification aux liens oedipiens : une maladie physique grave ou chronique, une maladie mentale, des antécédents suicidaires chez un parent.

L'intérêt pour la dynamique familiale permettra d'identifier « la nature des relations transgénérationnelles et la qualité des discriminations et délimitations interindividuelles au sein du groupe familial » [D. Marcelli, E.M.C.]. De la qualité de ces paramètres dépendent en partie les possibilités de l'adolescent, d'une part de s'inscrire dans la différence des générations (en y trouvant une identification) et d'autre part d'accéder à sa propre individuation.

Les dysfonctionnement familiaux retrouvés peuvent relever d'une hyperstructuration verticale ou d'astructuration et d'enchevêtrement ou encore de triangulation rigide avec phénomène de coalition contre les tiers. De même, les familles qui ont un fonctionnement projectif prévalent ne permettent pas à l'adolescent de se reconnaître dans son propre fonctionnement psychique ce qui accentue la tendance naturelle de l'adolescent au passage à l'acte, au clivage et à la projection.

La rencontre avec les parents a grand intérêt. Elle permet bien sûr d'affiner l'appréciation de la dynamique familiale en comparant le point de vue des uns et des autres, mais surtout, elle a le double avantage d'introduire la dimension du temps et de l'histoire et de permettre à l'adolescent d'entendre une partie de son passé.

D.Marcelli précise que l'évocation d'évènements marquants voire traumatisants de l'histoire de l'enfant peut jouer un rôle cathartique pour l'adolescent et ses parents (relativisation des difficultés et déplacement des lignes de conflit, ouverture d'espaces nouveaux d'intérêt et parfois levée d'une partie du refoulement).

L'évocation des moments de séparation dans l'enfance pourra donner une idée de la qualité du travail de séparation à venir.

B.1.2.3. L'évaluation environnementale

Elle se fait le plus souvent à partir du discours de l'adolescent et de ses parents mais il peut arriver que l'on fasse appel à des professionnels (éducateurs, juges, enseignants). Il semble utile de situer le contexte dans lequel intervient la conduite agie et d'évaluer l'influence et les possibilités identificatoires présentes dans l'entourage social.

B.2. La psychothérapie de l'adolescent

B.2.1. Existe t'il une spécificité de la psychothérapie des adolescents ?

Pour P.Jeammet [E.M.C.], la spécificité de la démarche se situe du côté de l'adolescent (et non du côté de la méthode ou de la théorie), dans les particularités de son fonctionnement mental et de ses modalités relationnelles.

Les paradoxes et les difficultés de la psychothérapie de l'adolescent se présentent sous la forme de couples d'opposés que l'on peut retrouver à différents âges de la vie ou dans diverses organisations psychopathologiques mais leur regroupement est caractéristique de l'adolescence et il est utile de les avoir en tête pour le bon déroulement de la thérapie.

Les incertitudes et la demande :

Nous avons déjà évoqué précédemment la difficulté pour l'adolescent d'exprimer directement sa souffrance psychique. Un des buts de la psychothérapie pourra être d'aider la verbalisation de la demande, l'effet thérapeutique de ce travail étant la reconnaissance et l'acceptation de ses limites et besoins. Ceci permet aussi de faire une place à autrui et de reconnaître son influence sans se sentir posséder par lui. Pour P.Jeammet, c'est parfois « aux parents et au thérapeute que revient la tâche de verbaliser ce que la conduite de l'adolescent exprime de conflits et de formuler non pas la demande de l'adolescent, mais leur demande à eux, face à une situation de souffrance et d'auto sabotage.

Cette position d'explicitation de la conflictualité latente vient alors faire contrepoids à la violence des contraintes internes qui empêchent l'adolescent de s'exprimer ».

Dépendance et autonomie

Cette problématique inhérente à l'adolescence a une forte implication psychothérapeutique car plus l'investissement transférentiel se développe, plus le risque de rupture ou d'aggravation symptomatique s'accroît.

L'acte et la parole

L'acte, par la maîtrise qu'il autorise sur le monde des objets s'oppose à la parole qui peut, par contre, être ressentie comme un risque de dépendance. Cet outil principal qu'est la parole est mis à mal avec l'adolescent pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, le vécu émotionnel est souvent intense chez l'adolescent et le manque de recul par rapport aux événements complique la mise en mots. Ensuite, la verbalisation peut être gênée par la confusion qui règne fréquemment dans la distinction des affects. Cette confusion est à mettre en lien avec la mauvaise différenciation des imagos parentales.

C'est assez souvent dans l'après coup que l'accès à la parole se libère et en attendant ce temps, il est intéressant de proposer des moyens d'expression verbale indirects (travail de groupe, entretiens familiaux).

L'actuel et l'infantile

En évoquant le passé avec l'adolescent, on suscite chez lui un sentiment de menace de régression alors qu'il est sensé se détacher de ses liens infantiles et faire le deuil d'un temps révolu. De plus, en signifiant les conflits du passé et leur répétition, on risque de provoquer chez l'adolescent une impression de disqualification de la réalité actuelle et des changements apportés par la puberté.

Préférer l'actuel a pour intérêt de rassurer le patient, cependant, cela peut aussi constituer une résistance au processus psychothérapeutique.

Deux options thérapeutiques peuvent alors être envisagées [P.Jeammet, E.M.C.] , elles peuvent s'opposer ou s'avérer complémentaires :

« L'une qui privilégie le présent et le soutien de tout ce qui peut renforcer le Moi en comptant sur ce renforcement pour lui permettre de surmonter ses conflits, mais avec le risque de laisser de côté les conflits internes avec leurs racines historiques et de favoriser les conduites de répétition aux effets pathogènes. L'autre qui s'attache à dénoncer ces conflits, mais qui peut renforcer dans l'immédiat le sentiment d'impuissance de l'adolescent face à des problèmes dont l'origine inconsciente lui échappe ».

Abandon et intrusion

Ces angoisses témoignent de la difficulté de l'adolescent de pouvoir négocier une distance relationnelle supportable avec ceux qui s'occupent d'eux. Le thérapeute doit de ce fait continuellement adapter sa distance au patient pour lui éviter de rencontrer trop violemment ses angoisses et de recourir au passage à l'acte ou à la rupture.

B.2.2. Les objectifs

L'enjeu de la psychothérapie de l'adolescent dépasse la seule dimension thérapeutique du moment car l'adolescence est susceptible, sinon de sceller le destin de l'adulte, en tout cas d'influencer largement ses potentialités. Il ne s'agit donc pas seulement d'éviter la maladie mais de permettre l'épanouissement des capacités de l'individu.

Les objectifs comportent nécessairement la recherche d'un changement, et ce changement peut concerner divers paramètres du fonctionnement de l'adolescent : faut-il privilégier la disparition des symptômes ?, l'adaptation à la réalité externe ?, une modification de l'image que l'adolescent a de lui-même ?, la modification du fonctionnement mental et des modalités de défense ? On constate en fait que ces différents objectifs, même s'ils peuvent paraître incompatibles, sont liés entre eux et que le devenir de chacun conditionne largement celui des autres.

Schématiquement, pour P. Jeammet, l'action thérapeutique peut concerner trois domaines : les conduites symptomatiques, les processus d'identification et le narcissisme.

L'action sur les conduites symptomatiques doit être suffisante pour que l'adolescent ait moins besoin de recourir à elles et pour éviter qu'elles ne s'instaurent comme un facteur de réorganisation de la personnalité.

La reprise des processus d'identification est sollicitée tout en évitant, d'une part que l'identification dominante soit en contradiction avec la réalité anatomique sexuelle, d'autre part qu'une fixation se fasse à des contre-identifications négatives, et enfin que les identifications à des aspects des deux parents ne soient ressenties comme contradictoires.

La restauration du narcissisme est favorisée par la continuité de la relation thérapeutique et surtout par un triple travail de réappropriation du monde interne, de recherche du plaisir à entrer en contact avec lui et enfin, d'utilisation de cet espace sans que le fait d'avoir des objets internes et de s'en servir n'active des fantasmes d'endommagement des objets investis (dont les imagos parentales). C'est toute la dimension de l'activité introjective qui est ici posée et pour P.Jeammet, sa

restauration est le but fondamental de la psychothérapie. Il utilise la formule « solitude habitée » pour décrire cette présence positive intériorisée d'un objet sécurisant qui va permettre à l'adolescent de bien tolérer les objets externes et aussi de pouvoir en être autonome.

B.2.3.. Modalités techniques

B.2.3.1. Le déroulement de la psychothérapie

La fréquence des séances est variable, fonction de la méthode. Pour la psychothérapie analytique elle est de deux par semaine, les séances durant de 30 à 45 minutes. Le rythme des séances sera adapté en fonction des capacités de l'adolescent à tolérer l'investissement relationnel et ses possibilités de verbalisation. La durée de la psychothérapie est variable, la recherche de critères de fin de thérapie n'est pas forcément d'actualité à cet âge de la vie.

B.2.3.2. l'établissement du cadre

Il fait intervenir un certain nombre d'éléments de la réalité externe, d'autant plus que l'adolescent est très sensible aux réactions de son environnement. Parmi eux, la réalité du thérapeute (apparence physique, sexe, capacité à créer le contact, motivation...), le choix du lieu, du type de paiement...

B.2.3.3. La place des parents

Toujours essentielle mais aussi parfois embarrassante car la problématique des parents interfère souvent avec celle des enfants. Le degré d'intrication des psychismes de l'adolescent et de ses parents, souvent reflété par des mécanismes d'identification projective, témoigne aussi de l'échec du travail de séparation.

B.2.3.4. Les indications

P.Jeammet explique que plus un adolescent est vulnérable (et plus il a besoin de soin), plus son attente à l'égard de l'adulte est grande et plus il va être difficile pour lui de tolérer la relation psychothérapeutique directe et l'activité interprétative. Pour ces adolescents, il faut aménager le soin afin de leur éviter une confrontation directe et exclusive à la relation duelle. Les indications peuvent être ainsi envisagées sous l'angle de la forme de la psychothérapie et de son adaptation à l'évolution du patient.

B.2.3.5. Les différentes formes de psychothérapies

On peut différencier les psychothérapies selon divers paramètres :

- . le nombre d'intervenants : thérapie duelle ou faisant appel à un tiers.
- . la nature de la médiation proposée : verbale ou non.
- . la place dévolue à la relation et on distinguera alors, d'une part les formes de thérapies qui évitent les implications affectives pour ne travailler que sur les contenus explicites et informatifs, et d'autre part celles qui font des paramètres relationnels leur outil de travail essentiel.

Les avantages et inconvénients de ces formes de psychothérapies peuvent être schématisées ainsi (P.Jeammet,E.M.C.) :

« les psychothérapies cognitives et comportementales permettent la réduction des comportements pathogènes et la réactivation des sources de valorisation sans susciter d'attachement massif mais elles n'ont pas d'effets sur les sources conflictuelles profondes et sur certaines de leurs conséquences (entrave à l'établissement de liens affectifs et à l'épanouissement de la personnalité, facteurs de rechute).

Les psychothérapies utilisant les paramètres relationnels, et dont le modèle théorique le plus complet est la psychanalyse présentent l'intérêt de travailler en profondeur mais ceci implique le risque d'une dépendance affective de la part de l'adolescent. ». Nous avons choisi de décrire diverses méthodes se référant à la psychanalyse.

La cure type

Elle n'est qu'exceptionnellement indiquée chez l'adolescent et fait l'objet de controverses.

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Elles représentent pour de nombreux auteurs la méthode de choix à l'adolescence. Leur souplesse permet de les adapter en fonction de l'individu et de son évolution. Le dispositif en face à face permet l'ancrage dans la réalité et un meilleur contrôle des fantasmes et émergences pulsionnelles. Le transfert est surtout utilisé pour soutenir la relation et la dynamiser, les interventions thérapeutiques ont pour objectif le renforcement du pouvoir du moi sur les affects et les conflits inconscients (par un travail de validation des éprouvés, de nomination des affects, de clarification et de confrontation). P.Male [psychoThérapie de l'adolescent - payot, Paris,1980] compare le thérapeute à un auxiliaire du Moi et du fonctionnement mental de l'adolescent.

Le psychodrame psychanalytique

Il permet d'éviter la relation duelle et aussi, il inclut dans ses règles techniques des paramètres qui vont dans le sens habituel des défenses de l'adolescent : défense par l'agir, accrochage à la réalité externe, recours au concret, au percept et à la sensation, utilisation de l'espace pour figurer une distance aux objets. Néanmoins, s'il fait appel à ces modalités défensives, c'est pour les ouvrir à la dimension du fantasme et au mouvement de liaison/ déliaison, condition d'une reprise du processus associatif.

Les entretiens thérapeutiques

C'est Winnicott qui est à l'origine des consultations thérapeutiques et P.Male a enrichi ce concept : « leur action thérapeutique se fonde sur l'immédiateté et la massivité de l'investissement du thérapeute qui trouve là un moyen d'avoir un pouvoir de déculpabilisation, de levée des conflits et de revalorisation de l'adolescent ».

Ce pouvoir du thérapeute à travers ses mots peut changer de nature et perdre en efficience si la relation dure et se trouve donc prise dans l'ambivalence du transfert.

La thérapie bifocale

Elle consiste à associer la psychothérapie à des entretiens individuels et/ou familiaux avec un médecin référent qui n'est pas le psychothérapeute.

Pour P.Jeammet [23], cette méthode convient particulièrement bien à l'adolescent et plus encore lorsque celui-ci présente une problématique de dépendance importante. En effet, il s'agit d'une certaine façon d'inscrire dans le cadre de la thérapie les

résistances les plus habituelles de l'adolescent pour limiter les risques de rupture. Le médecin référent s'occupe de la réalité externe de l'adolescent : son ou ses symptômes, sa famille, son environnement, scolaire notamment. C'est lui qui prescrit les médicaments si nécessaire, ou des thérapies complémentaires, qui pose l'indication de la psychothérapie et peut discuter avec l'intéressé du bien fondé ou non de la continuité de cette thérapie.

Le psychothérapeute a lui en charge le monde interne de l'adolescent et exclusivement cette dimension. Cette prise en charge suppose que les deux thérapeutes partagent les mêmes références théoriques.

C. CONCLUSION :

Pour conclure, nous nous appuyons sur le point de vue de P. Jeammet [Adolescence et séparation, trajet de soin – troisième journée de médecine et santé de l'adolescent – 8 décembre 2001- POITIERS].

Le réaménagement de l'espace relationnel avec recherche d'une nouvelle distance avec les personnages précédemment investis, et la quête d'un territoire personnel et de nouvelles limites représentent un aspect essentiel du travail d'adolescence. Ces caractéristiques se traduisent par des phénomènes d'attraction-répulsion avec les personnes investies.

Le contrôle de la distance aux objets externes apparaît plus maîtrisable que la relation de désir aux objets internes. Au niveau des représentations d'objets, les choix amoureux, professionnels, mais aussi les croyances et les convictions se situent dans le prolongement des premiers investissements d'objets.

Pour P. Jeammet, une des dimensions essentielles du symptôme psychopathologique paraît être une tentative d'annulation du temps, les symptômes se caractérisent souvent par leur répétition et en se perpétuant, d'une part ils s'éloignent des conflits impliqués dans leur émergence et d'autre part, ils assurent le maintien d'un lien avec le passé. Pour cet auteur : « lâcher le symptôme ce serait faire passer par pertes et profits les blessures, les déceptions et les rancœurs de l'enfance, c'est tirer un trait sur les demandes de dédommagement et renoncer aux revendications affectives. »

Au delà, c'est libérer l'ambivalence sous jacente à l'égard des figures parentales et accepter leur possible disparition.

Figurer le temps à travers le maintien des symptômes c'est protéger le lien ambivalent aux imagos parentales et à ce propos Jeammet écrit : « le trouble psychopathologique commémore l'alliance ratée avec les figures parentales et les blessures non cicatrisées, sorte de rite initiatique inversé, scellant le maintien du lien avec le passé en place de l'alliance nouvelle avec les adultes et l'avenir.

Le but du soin doit donc être pour ce thérapeute de libérer le sujet de cet agrippement au passé et de lui donner un rôle actif, non pas dans le maintien de la fidélité à ces liens marqués par l'ambivalence et le sentiment de les subir mais en l'aidant à découvrir qu'il en est l'auteur et donc dans une large mesure le maître.

CHAPITRE 2 : LES PSYCHOTHERAPIES BREVES ANALYTIQUES

Les psychothérapies brèves sont des traitements de nature psychologique dont la durée est largement inférieure à celle d'une psychanalyse classique. Ainsi, c'est par comparaison à cette dernière que l'on détermine la brièveté. Ceci n'est pas sans importance, dans la mesure où de nombreuses formes de psychothérapies n'ayant plus aucun rapport avec la psychanalyse sont dites brèves. Par exemple, il existe, à l'université de Stanford, (Palo Alto), une division de thérapie brève systémique (J. Weakland, P. Watzlawick et al.). De nombreux centres de ce type fonctionnent à l'heure actuelle aux Etats-Unis et commencent à se développer en Europe. Il est important de préciser d'emblée que notre travail concerne les thérapies brèves d'inspiration psychanalytique.

A. NOTES HISTORIQUES

Il nous semble utile, pour saisir la place et l'importance des thérapies brèves d'inspiration analytique, de les situer dans l'évolution de la pensée psychanalytique.

A.1. Racines de la psychanalyse

Au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, les hypothèses étiologiques concernant les troubles psychiques oscillent entre deux positions radicales : l'organicisme ou le psychologisme. La psychanalyse apparaît au sein de ce courant de pensée rationaliste et vient à défendre exclusivement les aspects intra subjectifs des troubles mentaux. Un peu plus tard, le mouvement culturaliste soulignera l'influence du milieu socioculturel sur l'équilibre psychique.

Lorsqu'en 1886 Freud ouvre un cabinet privé et commence à traiter des « névrosés » (à l'époque : personne souffrant d'une affection sans substrat organique connu) , il utilise les outils fournis par les neuroscientifiques tels la physiothérapie et l'électrothérapie. Très vite, il se tourne vers la suggestion hypnotique puis, en 1890 il adopte la méthode cathartique découverte quelques années plus tôt par Breuer. C'est à partir de cette méthode que va se développer la psychanalyse, à la fois comme théorie et comme technique. D'un point de vue dynamique, cette méthode apporte une modification fondamentale dans la relation médecin-malade : le patient n'est plus l'« objet » de la relation thérapeutique mais devient le « sujet ». Dès lors, l'intérêt de Freud se déploie pour le monde intra subjectif du patient et il crée le modèle de l'inconscient, donnant naissance à la psychanalyse.

La psychanalyse devient ainsi une théorie de l'intrasubjectivité, la cure analytique se fondant essentiellement sur la notion d'intersubjectivité, terme utilisé pour décrire la relation du psychanalyste avec son patient. Dans une telle approche, les phénomènes humains sont envisagés au travers d'une lunette essentiellement subjective. Pour accéder au monde intrapsychique du patient, le psychanalyste se fonde sur sa propre subjectivité et ceci revient à dire que la réalité psychique de l'autre est inconnaissable, tout au plus peut on l'approcher, pour autant que l'on crée les conditions propres à la révéler : c'est la fonction du dispositif de la cure que de fournir ces conditions.

A.2. cadre et processus

La majorité des écrits de Freud concernant la technique psychanalytique a été rédigée entre 1905 et 1914. Il définit plusieurs principes de base :

Les associations libres : Freud invite ses patients à se « laisser aller », c'est à dire à exprimer tout ce qui leur traverse l'esprit même s'ils le trouvent inutile ou inadéquat. C'est en s'efforçant de grouper ce matériel que Freud a pu faire les observations devenues les facteurs déterminants de tout l'ensemble de sa théorie. Il met en évidence des lacunes mnésiques dans le récit de ses patients : faits réels oubliés, ordre chronologique brouillé, rapports de causes à effets brisés. De plus, il constate que lorsque l'on demande au patient de combler ces lacunes, celui-ci a tendance à critiquer les idées qui lui viennent et aussi, lorsque le souvenir apparaît vraiment, il suscite un sentiment pénible. Freud nomme ce processus psychique à l'origine des amnésies le refoulement.

Le facteur de résistance devient alors l'une des pierres angulaires de sa théorie. En 1910, il insiste sur le rôle fondamental du mécanisme de transfert dans la cure puis, il abordera la question du contre transfert.

Les principes de bases de la cure psychanalytique définissent le cadre dans lequel se déroule le traitement et la nature de la relation qui lie le patient au psychanalyste. Nous pouvons les résumer ainsi, en nous inspirant de l'ouvrage de Gillieron [21] :

A.2.1. Le dispositif

Divan fauteuil : le psychanalyste est hors de vue du patient ce qui a pour but de confronter le patient à lui même.

Régularité et fréquence des séances : 5 à 6 par semaines pour établir un processus régulier.

Atemporalité : on ne définit pas de terme temporel au traitement en vue de créer un climat proche du fonctionnement de l'inconscient.

Paiement des honoraires : même en cas de séance manquée afin d'éviter toute manipulation tant de la part du patient que du psychanalyste.

A.2.2. La relation thérapeutique

Elle obéit à certaines règles :

-Pour le patient :

C'est la règle *des associations libres*.

-Pour le psychanalyste :

* *Le silence* : il doit permettre aux associations libres du patient de se développer

* *L'attention flottante* : elle répond aux associations libres du patient, le psychanalyste ne doit pas avoir d'idées préconçues mais doit pouvoir se laisser surprendre.

* *La neutralité* : le psychanalyste est là pour comprendre .

* *L'abstinence* : en vertu de la notion de contre-transfert et des règles éthiques, le psychanalyste ne doit pas répondre aux sentiments éprouvés par le patient : en

réalité, ce dernier a consulté pour guérir de ses symptômes et non pour être aimé ou détesté de son thérapeute.

**L'évitement des interventions auprès de l'entourage* du patient : le psychanalyste s'intéresse au monde interne du patient et non à son entourage.

**L'interprétation* : c'est l'outil thérapeutique principal du psychanalyste ; elle consiste à aider le patient à percevoir l'origine réelle de ses sentiments, ses craintes ou ses inhibitions . Lorsque le patient arrive à relier ses craintes à son passé, il n'a plus à craindre le présent. L'interprétation doit tenir compte des capacités d'élaboration du patient et ne pas être « sauvage ».

Ces différents principes régissent ce que l'on appelle *l'intersubjectivité* de la relation psychanalytique et déterminent le processus psychanalytique.

A.2.3. Le processus psychanalytique

Voici certains éléments sur lesquels insiste Freud [19] :

En ce qui concerne le patient

-*transfert* : la majorité des sentiments (positifs ou négatifs) éprouvés par le patient envers son psychanalyste, sont considérés comme le fruit d'un transfert, sur le psychanalyste, d'émotions vécues autrefois à l'égard des parents.

-*motivations du patient* (elles traduisent son désir de changement).

Elles peuvent être limitées par :

**des bénéfices secondaires* de la maladie ;

**des résistances* :

- . par le transfert,
- . au transfert,
- . aux associations,
- . par la répétition.

En ce qui concerne le psychanalyste

-*contre-transfert* : les émotions vécues par l'analyste sont considérées comme réactionnelles à celles du patient, elles ont donc affaire avec le passé de ce dernier et ne concerne pas directement la personne du psychanalyste. Les sentiments vécus par l'analyste peuvent aussi être liés à des complexes inconscients de ce dernier et faire obstacle à sa compréhension (résistance de l'analyste) ; d'autres sont directement l'écho du transfert et peuvent instruire l'analyste sur l'état psychique du patient.

A.3. La temporalité

On sait que la durée des premiers traitements de Freud est très courte et elle va s'allonger considérablement par la suite. En 1918, il écrit à propos de la longueur du traitement de l'homme aux loups : « On devra s'attendre à ne rencontrer que dans bien peu d'autres cas, chez le malade et les siens, un pareil degré de patience, de docilité, de compréhension et de confiance. L'analyste aura le droit de se dire que les résultats obtenus par un si long travail sur un seul cas l'aideront ensuite à raccourcir notablement la durée des traitements dans un autre cas, également grave, et ainsi surmonter progressivement la manière d'être « hors le temps » de l'inconscient, ceci après s'y être une première fois soumis. » (Freud, 1918)

Le problème de la durée des cures préoccupera Freud jusqu'à la fin de sa vie (Analyse terminée, analyse interminable) et il poursuivra sa réflexion dans l'optique où tout phénomène, toute résistance trouvent une explication métapsychologique et ne justifient aucune modification technique.

Le cas de « l'homme aux loups » semble avoir été une exception et Freud indique plutôt des durées moyennes d'un an et demi, parfois plus. Ce mouvement d'allongement des cures s'est d'ailleurs poursuivi jusqu'à l'heure actuelle et une durée de quatre à cinq ans est assez habituelle.

B. NAISSANCE ET EVOLUTION DES THERAPIES BREVES ANALYTIQUES

B.1. Origine des thérapies brèves analytiques

A peine créé, le mouvement psychanalytique connaît divers remous dus à des divergences d'opinions d'élèves de Freud. Adler, Jung et Stekel ont tous été qualifiés de déviants et rejetés par Freud. Plus tard, le conflit qui a certainement le plus secoué le monde psychanalytique est celui opposant Freud à Ferenczi. Freud était un excellent scientifique décidé à établir une théorie rigoureuse du fonctionnement psychique alors que Ferenczi était un brillant clinicien, plus intéressé au sort de ses malades qu'au développement de la théorie.

Il a ainsi essayé différentes modifications techniques dont la « technique active ». Celle-ci consistait à poser certaines injonctions ou interdictions au patient dans le but de relancer le processus analytique à un moment où le traitement stagnait. Freud critiquait certains de ces aménagements techniques et en particuliers ceux favorisant la régression.

Freud était particulièrement intéressé par ce qui se passe dans le monde psychique du patient et Ferenczi s'intéressait aussi à l'influence de l'attitude du psychanalyste sur l'évolution de la psychanalyse et sur l'évolution de la pathologie du patient.

En s'attachant au rôle du psychanalyste dans l'évolution de la cure, Ferenczi revient sur l'influence de l'entourage sur le fonctionnement psychique de l'individu. Ceci rappelle à Freud la théorie du traumatisme psychique, théorie qu'il a abandonné pour y substituer une théorie du fantasme qui lui a permis de clore le modèle de l'appareil psychique et de développer la théorie de l'inconscient. On peut alors comprendre qu'il n'ait pas souhaité revenir sur sa position.

A l'époque de la première guerre mondiale, deux problèmes préoccupent les analystes : le trauma avec ses conséquences sur le fonctionnement psychique et la réaction thérapeutique négative. Freud et Ferenczi ont alors choisi deux voies divergentes : Freud, fidèle à son orientation générale, a modifié son corpus théorique en introduisant la deuxième topique et Ferenczi a cherché des modifications techniques.

Ainsi se sont ouvertes deux voies en psychanalyse : l'une, la plus suivie, est celle de l'approfondissement théorique, l'autre, moins reconnue, est celle des variations techniques. Les thérapies brèves analytiques, les groupes analytiques, le psychodrame psychanalytique et les thérapies familiales peuvent être considérés comme issus de cette seconde voie.

Franz Alexander est un des élèves les plus brillants de Ferenczi et il se distingue encore aujourd'hui par la fréquence des références qui lui sont faites par les auteurs modernes.

Il développa, en collaboration avec Thomas French, une théorie dite de l'« expérience émotionnelle corrective » qui diffère de la technique active en cela qu'il s'agit pour eux [19] d'actes concertés du thérapeute, ayant pour but d'offrir une nouvelle *expérience* corrective destinée à « corriger » les traumatismes passés par leur reviviscence dans un climat nouveau. L'attitude de Ferenczi vise à confronter le patient à lui-même, celle d'Alexander vise à le confronter à un thérapeute meilleur ou tout au moins différent des parents.

Alexander crée en 1931 l'institut de psychanalyse de Chicago.

B.2. Evolution des thérapies brèves

Les thérapies brèves analytiques et les thérapies brèves en général prennent leur essor essentiellement outre atlantique . Les raisons en sont diverses, culturelles, historiques, économiques.

La clinique psychiatrique est influencée par des évènements extérieurs, les états unis connaissent en effet, dans les années 40-50, en plus des conséquences traumatiques de la seconde guerre mondiale, des catastrophes humaines comme l'incendie du coconut groves. L'orientation thérapeutique se tourne donc vers le traitement de la crise, du trauma et le développement des modes d'intervention thérapeutique d'urgence.

Le développement des thérapies brèves analytiques aux états unis doit une part importante à Franz Alexander et à l'institut de psychanalyse de Chicago qui organise le premier congrès sur ce thème en 1941. On doit à ces auteurs d'avoir rédigé le premier ouvrage consacré essentiellement aux psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique (Alexander, 1946).

Outre les facteurs historiques et psychodynamiques, nous supposons que ce courant thérapeutique s'est développé préférentiellement aux U.S.A. pour des raisons sociales, culturelles et économiques. Le « pragmatisme anglo- saxon » et son modèle économique d'inspiration libérale, avec l'exigence de performance qu'il implique, correspondent peut être d'avantage aux psychothérapies brèves qu'à la psychanalyse.

En France et en Europe, la recherche clinique s'oriente surtout vers la création et le développement de la psychothérapie institutionnelle puis du secteur. La qualité des soins prodigués dans les établissements psychiatriques est dénoncée en 1945 car 40 000 malades mentaux sont morts dans ces établissements pendant la seconde guerre mondiale. Un grand mouvement de transformation des conditions d'exercice de la psychiatrie est engagé à partir de 1945 par Blavet, Bonnafé, Chaurand, Daumézon, Ey, Fouquet, Le Guillant, Sivadon, Tosquelles, et d'autres encore. Un congrès sur les psychothérapies collectives a lieu à Bonneval en 1951. C'est P. Paumelle qui s'engage en 1960 dans la réalisation d'un secteur de santé mentale sous la forme juridique d'une association loi 1901.

- Les années cinquante à soixante sont marquées par l'expansion des services psychiatriques d'urgence aux Etats-Unis, l'inauguration (par Lindemann puis Sifnéos, Massachusetts, General Hospital, Boston) d'un large programme de recherches sur les psychothérapies brèves. C'est à cette époque également que se développent les principes d'intervention de crises (Caplan, Lindemann et coll., Rapoport, Bellak et Small, New York, Balint et Malan à Londres). Cette même période (1950-1960) est aussi très importante en ce qui concerne les méthodes de traitement psychiatrique et psychothérapeutique : découverte des médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, etc.) mais aussi affirmation des thérapies du comportement en application des idées pavloviennes, apparition des traitements de famille suite aux premiers travaux d'Ackerman à New York, application des théories cybernétiques aux troubles psychiques (Bateson), et enfin mise en oeuvre de vastes programmes de recherche sur les effets des thérapies brèves.

- Les années soixante à soixante-dix ne feront que confirmer ce mouvement et de nombreux centres psychothérapiques ambulatoires s'ouvrent dans le monde entier. Les techniques d'hypnoses rencontrent un regain d'intérêt. Les recherches portant sur les psychothérapie brèves d'inspiration psychanalytiques se poursuivent et se multiplient, mais on note aussi de très nombreuses études se référant aux grands courants de la psychiatrie moderne : biologique, systémique, et bien sûr, psychanalytique et ses dérivés.

- Les « valeurs actuelles », avec la préoccupation économique forte qui les animent, opèrent aussi dans le champ de la santé mentale et nous voyons se développer les techniques d'objectivation et d'évaluation des différentes thérapeutiques et de leurs outils. Le corpus social et ses représentants, les pouvoirs publics, demandent au psychothérapeute de faire preuve de son efficacité et lui réclame des techniques d'interventions économiques et si possible utiles.

La psychanalyse, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique et tous les traitements apparentés suscitent une certaine méfiance. On leur reproche de favoriser la dépendance des patients et leurs vertus thérapeutiques ont pu être mises en doute. C'est probablement cette pression sociale qui explique la prolifération de techniques de psychothérapie brève. Ainsi une banque de données [18] indique l'existence de 1349 articles publiés de 1984 à 1996 sur le thème « psychothérapie brève ». Si l'on restreint le sujet aux psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique, on trouve encore 145 articles. L'observation de ces articles depuis 1940 permet de constater que les textes font de moins en moins référence à la psychanalyse au fil du temps et se préoccupent d'avantage de problèmes externes à la dynamique psychanalytique (besoins des populations, situations de crise). Nous pouvons comprendre cette évolution en regroupant divers éléments comme : un nombre insuffisant de thérapeutes compte tenu de la demande de soins, les difficultés économiques de certains patients, les difficultés de verbalisation de certaines classes socio-économiques défavorisées, les situations de crise et de catastrophes, et l'attente de la part des consultants de résultats rapides. (Les sujets traités sont de tous ordres : on y parle de psychothérapies centrées sur les diagnostics psychiatriques ou les divers troubles de la personnalité , mais aussi de la spécificité des symptômes, de l'âge et des indications. On trouve aussi des études s'intéressant au processus psychanalytique (Christ, Siegel, Mesagno, Langosh, 1991) ou à des techniques particulières (Eizirik, Costa, Kapezinski, Piltcher, Gauer, Libermann, 1991 ; Piper, Azim, Joyce, McCallum, 1991 ; Peter, 1991 ; Bahrey, McCallum, Piper, 1991) . En réalité, chacun de ces auteurs reprend, avec plus ou moins de bonheur, les principes de bases développés par les pionniers que sont F. Alexander et T. French, M. Balint, D. Malan, P. Sifneos. Ces auteurs eux-même s'inspiraient des théories développées par S. Ferenczi sur la « technique active » .)

C. DEFINITION , QUELQUES MODELES

C.1. Définition

Les thérapies brèves analytiques se distinguent de la psychanalyse par différents paramètres techniques et par une démarche psychothérapeutique fondée sur deux notions : la motivation et la focalisation. Même si certains paramètres techniques et théoriques peuvent varier d'un auteur à l'autre tous s'accordent sur les principes généraux :

C.1.1. Une limitation temporelle plus ou moins rigoureuse établie d'emblée : Nous citerons N. Montgrain [37], pour qui : « *choisir de faire une psychothérapie brève c'est choisir de rester dans un temps pré transférentiel, dans le temps d'une répétition. La psychothérapie brève met la satisfaction à brève échéance possible au contraire de l'analyse qui met l'insatisfaction, la frustration au premier plan. La psychothérapie brève se pose du côté du moi, de sa défense, contre la défense* ». Un consensus sur la durée de la cure se fera entre le thérapeute et son patient.

C.1.2. Le « face à face » par opposition au « divan-fauteuil » psychanalytique.

C.1.3. Le cadre institué permet le déroulement d'un processus dont nombre de caractéristiques sont comparables à celles du processus analytique, la principale étant un processus associatif avec *insight*.

C.1.4. La démarche psychothérapeutique se fonde pour tous les auteurs sur deux notions :

- la focalisation ou point d'intervention focale ou focus :

Il s'agira pour le psychothérapeute de circonscrire un conflit actuel, d'en identifier les racines et de les mettre en lien. Ce focus, présenté au patient fait fonction d'interprétation préalable et ébauche une explication d'ensemble du problème du patient qui peut disposer alors d'une voie de compréhension.

Pour N. Montgrain[37], le contenu du focus est une problématique oedipienne qui ne s'adresse qu'à une version du complexe. Celle qui en général concerne le côté surmoïque et interdicteur du complexe abordant ainsi la pulsion par le biais de la défense. Pour cet auteur, le focus fait le plus souvent l'objet d'un choix du thérapeute qui s'est construit un champ d'action autour de certaines problématiques avec lesquelles il aime travailler.

- la motivation

Elle n'est évidemment pas spécifique aux thérapies brèves analytiques mais la plupart des auteurs exigent un certain niveau de motivation pour débiter la thérapie. Elle peut se mesurer à ce que l'individu demande et accepte comme changements possibles dans sa vie, elle peut aussi être appréciée par les sacrifices que le patient est prêt à consentir pour guérir. (D'autres paramètres peuvent être considérés : la mobilité fantasmatique qui peut être déterminée par la capacité à associer librement)

C.2. Quelques modèles

Nous vous proposons un aperçu des principaux modèles utilisés, il existe en effet des différences certaines, tant au niveau technique qu'au niveau théorique. Nous nous attarderons davantage ensuite sur le modèle développé par Gilliéron et l'école de Lausanne.

C.2.1. L. Bellak et L. Small

Ces auteurs ont développé une technique de prise en charge en six séances de situation de crise psychologique. Les moyens mis en œuvre s'inspirent de la psychanalyse mais font des emprunts aussi à d'autres écoles de pensée. Identifier le problème actuel et émettre des hypothèses que l'anamnèse devra confirmer, modifier ou infirmer.

Prise d'anamnèse en recherchant les données susceptibles d'éclairer l'histoire personnelle du patient et de permettre une formulation diagnostique, si possible dans la première séance.

Etablissement de relations causales en tenant compte de la problématique de surdétermination.

Après avoir déterminé la cause des symptômes, choix des interventions susceptibles de les faire disparaître. Les interventions peuvent n'être que verbales, mais peuvent aussi être renforcées par d'autres mesures actives.

Perlaboration du problème, renforcement du nouveau comportement appris et extinction des modes névrotiques d'adaptation.

Fin du traitement en prenant soin d'entretenir chez le patient un transfert positif et lui faire savoir qu'il a constamment la possibilité de revenir.

C.2.2. K. Lewin

La technique de cet auteur est aussi fondée sur des concepts psychanalytiques, hormis certaines divergences.

Avant le début du traitement, établissement d'un contrat avec le patient sur les buts du travail à accomplir.

Dès le début, le médecin confronte très activement le patient à son comportement autopunitif, avec l'espoir qu'il réalisera qu'il est lui-même à l'origine de ses difficultés.

Interprétation précoce du transfert, en particulier de ses aspects négatifs.

Focalisation de l'attention du patient, lors de chaque séance, pour maintenir la continuité.

Recommandation au patient de poursuivre son travail chez lui, sept jours sur sept.

Proposition du thérapeute au patient, par ses commentaires et son comportement, d'un modèle de conscience plus normal et moins punitif.

Dans ce modèle, on retrouve les idées d'activité et de planification, mais fondées sur une conception très particulière de l'origine des troubles névrotiques. L'ensemble de ceux-ci seraient essentiellement liés à un problème de culpabilité et de masochisme. Ici se dessine donc une théorie simple visant à expliquer l'ensemble des troubles névrotiques.

Ces deux exemples ont un caractère extrême, l'un par l'éclectisme des mesures qu'il propose, l'autre par ses conceptions théoriques de base : tous deux se réclament de la psychanalyse mais ne gardent que de très lointains rapports avec la cure type. En fait, ces deux modèles illustrent les deux pôles entre lesquels oscillent constamment les auteurs :

- choix d'un problème central
- choix d'une hypothèse centrale « expliquant » soit l'ensemble des troubles psychiques par une sorte de « névrose de base », soit les troubles principaux.

C.2.3. M. Balint et D. Malan

En 1954, Balint fondait un groupe de travail de psychothérapeutes, destiné à explorer les possibilités de traitement brefs d'orientation psychanalytique. L'idée de base était de retrouver la première « manière » de Freud. La technique mise au point par le groupe fut la suivante :

1. Le face à face.
2. Fixer d'emblée un terme au traitement, en signalant que, si le résultat recherché n'était pas obtenu dans le temps prescrit, on pourrait secondairement envisager une autre forme de psychothérapie.
3. Etablir une hypothèse psychodynamique de base, expliquant la problématique principale du patient.
4. Technique d'interprétation plus active, consistant en une attention sélective portant sur les éléments se rapportant à l'hypothèse posée et une négligence sélective des éléments étrangers à ladite hypothèse. Cette technique d'intervention est dénommée « psychothérapie focale ».

L'accent est ici mis sur l'interaction dynamique thérapeute- patient, Balint a écrit à ce propos dans son ouvrage intitulé *le défaut fondamental* : « *La cure psychanalytique, même dans le sens classique du « miroir bien poli », est essentiellement une relation d'objet ; tous les événements ayant pour résultat une modification thérapeutique du psychisme du patient sont provoqués par des événements qui surviennent dans une relation duale, c'est-à-dire se produisent essentiellement entre deux personnes et pas seulement à l'intérieur d'une seule. »*

D. Malan, à la suite de ses expériences sur la psychothérapie focale, a mené des études catamnestiques très fouillées portant sur le problème de la sélection des patients et sur celui des résultats. Il a montré que des changements durables peuvent être obtenus. Il a aussi identifié des facteurs de bon pronostic comme le désir de changement, la possibilité de focaliser la cure et la nature des interprétations liant les mouvements transférentiels aux imagos parentales.

C.2.4.. P. Sifneos

P. Sifneos est un brillant clinicien américain et fut le premier à créer un service psychothérapeutique d'urgence (general massachusetts hospital). Il s'est intéressé, comme M. Balint, à la psychosomatique et aux psychothérapies brèves.

Il distingue deux types de thérapies brèves :

- les psychothérapies anxiolytiques ou supportive (soutien en période de crise chez un patient souffrant de difficultés émotionnelles de longue durée)
- les psychothérapies provoquant l'anxiété ou dynamiques : destinée à provoquer par la prise de conscience, la résolution d'un problème. Pour mettre en place la STAPP (Short-term anxiety provoking psychotherapy) l'auteur pratique une sélection dans la population des patients.

Critères de sélection

- une plainte principale circonscrite
- la présence, dans l'histoire, d'une relation significative d'échange (donner et recevoir) pendant la première enfance.

- une capacité d'entrer en relation souple avec le psychothérapeute et d'exprimer librement ses sentiments pendant le premier entretien
- une intelligence au dessus de la moyenne et des preuves manifestes d'une différenciation psychologique.
- une haute motivation à changer et pas seulement à être soulagé symptomatiquement.

Technique

Sifneos indique que le traitement sera de brève durée (12 à 18 séances) mais sans fixer de date limite.

Le face à face est utilisé.

Le thérapeute établit d'emblée un contrat avec son patient sur le problème à traiter. La technique d'intervention est plus active que celle de Malan dont l'attitude est plus neutre, il n'hésite pas à encourager ses patients par des interventions telles que : « ce problème n'est pas celui que nous avons décidé de traiter ! » ou : « bravo, vous avez trouvé ! ».

Les enquêtes catamnestiques que Sifneos a menées mettent en évidence des résultats très appréciables et durables. Comme celles de Malan, elles montrent que la qualité des résultats est fortement liée à la motivation des patients en début de traitement. Les différences entre ces deux auteurs portent essentiellement sur deux points : les indications et l'activité du thérapeute. Sifneos insiste sur les critères de sélection et sa technique est très active, Malan souligne la nécessité de pouvoir établir une hypothèse psychodynamique simple et il ne limite pas ses indications aux patients présentant des troubles névrotiques au sens strict.

Les caractéristiques communes des deux formes de psychothérapie brève préconisées par Malan et Sifnéos peuvent être résumées ainsi :

- référence claire à la psychanalyse freudienne ; accent essentiellement mis sur des conflits intrapsychiques, inconscients et reliés au passé.
- attention particulière portée aux conflits actuels et au degré de motivation des patients.
- modification des coordonnées de la cure : réduction du nombre des séances, face à face, temps plus ou moins limité d'emblée.
- comportement actif du thérapeute : planification, négligence et attention sélectives, soutien actif du Moi du patient (en particulier chez Sifnéos).

C.2.5. H. Davanloo

Ce professeur d'université de Montréal a développé la technique des « psychothérapies dynamiques à court terme » (PDCT).

Les principes en sont les suivants :

- formulation d'un diagnostic clinique
- formulation d'un diagnostic dynamique
- formulation d'un diagnostic génétique
- appréciation des possibilités thérapeutiques
- évaluation des mouvements transférentiels et contre transférentiels.

Selon Davanloo, les patients susceptibles de réagir positivement présentent des organisations de personnalité plus perturbées que les névroses au sens strict. Il ne fixe pas de limite précise à la psychothérapie signalant simplement que le traitement peut durer de 15 à 30 séances. Le patient et le thérapeute se font face à face et le thérapeute focalise ses interventions sur le conflit majeur qu'il traite comme s'il s'agissait d'une problématique oedipienne. Davanloo est un thérapeute extrêmement actif et il garde toujours une position dominante.

Il a mené des recherches sur la base d'enregistrements audio-visuels qui semblent montrer la validité de la méthode.

C.2.6. H. Strupp

H. Strupp est professeur de psychologie (USA), il a développé une méthode fondée sur les transactions patient-thérapeute.

Un premier entretien d'évaluation permet de rechercher les critères d'indication :

- inconfort émotionnel du patient
- confiance de base
- volonté de rechercher ses conflits interpersonnels
- volonté d'examiner ses propres sentiments
- capacité d'entretenir une relation mûre
- motivation pour le traitement proposé

Les modalités du traitement sont les suivantes :

- le face à face
- pas de limite de durée
- focalisation sur deux aspects fondamentaux : les transactions interpersonnelles et la narration
- attitude empathique du thérapeute qui doit toutefois s'efforcer de maintenir un certain niveau de tension pour maintenir la motivation et accélérer le processus. Toute l'activité du thérapeute se fonde sur les éléments mentionnés verbalement et non plus sur une problématique intrapsychique. Strupp définit quatre catégories d'actions dont l'interrelation constitue la trame de schémas d'une narration (actions propres, ce que l'on attend de la réaction des autres, les actions des autres par rapport à soi, les actions propres introverties).

Il est intéressant de comparer les deux dernières méthodes que nous venons de décrire du point de vue de la relation thérapeute- patient. On voit que Davanloo pousse à l'extrême la notion d'activité, persuadé de son effet thérapeutique.

Il impose au patient une sorte de « choc électrique » mais ne paraît guère s'intéresser à son contre-transfert ou à la dynamique transactionnelle. Strupp, quant à lui, porte surtout son intérêt sur les transactions interpersonnelles actuelles et peu sur l'inconscient du patient. Mais à la différence de Davanloo, il analyse ces interactions (métacommunucations). Tous deux portent leur attention sur les effets des transactions, mais l'un agit, l'autre analyse.

C.2.7. L. Luborski

L. Luborski est professeur de psychologie (USA). Il a surtout développé une méthode d'analyse des conflits par la mise en évidence d'un « thème relationnel conflictuel central » ou « TRCC » et cette méthode est utilisée comme base de la technique de psychothérapie *supportive-expressives* de longue durée et les thérapies brèves.

Luborski résume ainsi ses positions :

- Quels sont les changements chez le patient ?

Le patient a une meilleure compréhension des symptômes et des problèmes liés au thème relationnel conflictuel central (TRCC). Cela conduit à des changements symptomatiques ainsi qu'à des modifications dans les composantes du TRCC lui-même.

- Comment se produit le changement du point de vue du patient ?

Le patient a la capacité de s'engager activement dans un processus qui mène à la compréhension des problèmes liés au TRCC. Le patient est à même de former une alliance thérapeutique avec le thérapeute. Le patient arrive à intérioriser les acquis du traitement, résultat qui s'obtient par un travail sur ce que signifie la fin de la thérapie.

- Par quel moyen se produit le changement du point de vue du thérapeute ?

Le thérapeute amène le patient à s'exprimer et à comprendre les problèmes du TRCC, et il l'incite à poursuivre leur perlaboration dans sa relation avec lui.

Le thérapeute est en mesure d'aider le patient à former une alliance thérapeutique en lui assurant le soutien nécessaire. Le thérapeute est à même de soutenir le patient dans le processus d'intégration des acquis.

A propos du transfert initial des psychothérapeutes, on peut constater que chaque méthode est caractérisée par un transfert spécifique du psychothérapeute. Par exemple, Bellak propose d'entretenir un transfert positif chez le patient, Malan se propose comme guide éclairé, Sifneos s'appuie sur un transfert paternel très positif. La position d'E. Gillieron se différencie des précédents auteurs dans la mesure où il cherche à retrouver la neutralité et l'abstinence du psychanalyste.

C.3. Les travaux d'Edmond Gilliéron à Lausanne.

Nous allons maintenant nous intéresser à la spécificité des travaux de Gilliéron sur lesquels nous nous sommes appuyés pour réaliser la partie clinique de ce travail de thèse. Comme nous l'avons déjà précisé c'est l'éclairage théorique et pratique que nous a apporté son ouvrage sur le premier entretien (« le premier entretien en psychothérapie. Editions DUNOD ») qui a suscité notre intérêt.

E. Gilliéron est médecin psychiatre, professeur de psychiatrie à l'université de Lausanne, professeur invité des universités de Montréal et Québec, directeur de l'institut de recherche européenne en psychothérapie psychanalytique.

C.3.1. D'un point de vue théorique,

pour expliciter sa conception du fonctionnement psychique, cet auteur se base à la fois sur la psychanalyse et sur les théories systémiques et il fait appel respectivement aux travaux de Winnicott et de G. Bateson, en particulier sur la question des relations interpersonnelles. Concernant le premier entretien, en associant les points de vue psychanalytique et systémique, E. Gilliéron développe l'idée suivante : la relation qu'établit d'emblée le patient avec son thérapeute fournit la clé du diagnostic. Il a ensuite développé une théorie de l'étayage objectal du fonctionnement psychique.

E. Gilliéron part du principe que la personnalité se développe selon trois ordres de facteurs : biologique, environnemental et psychique. Il émet les hypothèses suivantes :

- « Toute relation interpersonnelle est dotée de propriétés dites « systémiques », c'est-à-dire qu'elle est dotée de caractéristiques spécifiques qui ne correspondent pas à la simple addition des traits de personnalité des partenaires.

- Il existe un rapport logique entre les phénomènes « psychiques » postulés par Freud et les propriétés systémiques de la relation interpersonnelle. Ce que l'on dénomme psychisme est une propriété émergente d'un certain type de relation interpersonnelles.
- Le psychisme a une fonction équilibrante dans le rapport du sujet à l'entourage (rôle tampon).
- La logique définissant le rapport entre phénomènes psychiques et relations aux objets réels est déterminée par cette fonction équilibrante.

A partir de cette perspective systémique il envisage la manière dont on considère les relations entre pulsions et objets en psychanalyse. L'auteur évoque alors les travaux de B. Brusset (qui a réalisé une revue de la littérature sur cette question) et constate que les différents auteurs oscillent entre l'idée que l'objet construit le sujet et celle que l'objet est modelé par le sujet. Ces deux points de vue paraissent assez difficilement conciliables et E. Gilliéron propose d'aborder ce problème en ne perdant pas de vue que l'objet interne n'est pas au même niveau que l'objet externe. Ce qui est intériorisé c'est la relation, c'est le « sujet en relation avec l'objet ». Si nous appliquons ce point de vue au complexe d'oedipe, on peut considérer que [19] *« si le complexe reflète l'organisation des désirs de l'enfant face à l'image qu'il a de ses parents, cette organisation peut être influencée par la réaction de ces derniers à l'apparition desdits désirs. La structuration du psychisme de l'enfant semble donc découler de facteurs complexes, d'un équilibre dynamique et circulaire, impliquant le milieu culturel, le comportement des parents et les tensions intrapsychiques individuelles. »* il écrit aussi : *« En somme, la problématique oedipienne est de type transitionnelle puisque s'y rencontrent les questions posées par les désirs de l'homme, son organisation fantasmatique, la réalité biologique, la réalité familiale et la réalité sociale, la dynamique des relations interpersonnelles et intergénérationnelles. »*

L'auteur insiste sur l'importance de deux processus qui interviennent dans le développement et l'organisation intrapsychique de l'individu et dont le repérage est fort utile en psychothérapie.

Ces processus sont la fantasmatisation primaire et la fantasmatisation secondaire.

La fantasmatisation primaire est un processus créatif par lequel l'enfant invente un objet transitionnel qui lui permet de supporter l'absence de sa mère. Il anime ainsi son environnement d'objets significatifs ou pré objets : ce que la mère fournit dans la réalité, l'enfant le produit par ses propres moyens en créant sa propre mère. Ce mécanisme est le prototype du fantasme unitaire de toute puissance, on suppose alors que l'enfant se vit unique et tout puissant, pourtant, un observateur extérieur le perçoit dans une situation triangulaire : l'enfant, l'objet transitionnel, la mère absente. Pour E. Gilliéron, ce processus reste à l'œuvre toute la vie et peut être exploité en psychothérapie : *« il s'agira de pouvoir, comme la mère, s'effacer, pour permettre au patient d'animer les objets de son choix. »*

La fantasmatisation secondaire concerne la rencontre symbolique du sujet avec l'objet et intervient normalement lorsque la mère revient : elle peut alors accepter de se confondre avec l'objet créé par l'enfant (réalisant ainsi une vraie symbiose et permettant la construction d'un monde objectal intra psychique sain), entrer en

compétition avec lui (et provoquer une intrusion dans le monde interne de son enfant) ou éviter la rencontre avec lui (et ne pas permettre ce second processus). Lorsque la mère répond aux appels de l'enfant, son acte a deux conséquences : cela rassure l'enfant sur son pouvoir
cela le confronte à la réalité : ce n'est pas le processus lié à la fantasmatisation primaire qui calme la faim, c'est la mère réelle.
Ce retour de la mère réelle dans le monde de l'enfant amène le second processus. La fantasmatisation primaire est une première forme de travail psychique au service du narcissisme, la fantasmatisation secondaire est une forme de travail psychique au service de la relation, c'est sur cette base que se construit le lien entre personnes différenciées.

Quand l'enfant reconnaît qu'il n'est pas le seul à construire son monde, que l'autre y contribue, il va subir une violente blessure narcissique : sa mère peut s'éloigner de lui, elle devient mauvaise à ses yeux, en vertu de ses capacités créatrices il en construit une autre la bonne : le nouveau triangle est alors constitué du Moi, de la mauvaise « mère » et de la bonne « mère ».

Il existe un troisième aspect, plus évolué, du processus de fantasmatisation qui correspond au jeu avec les objets symboliques.

Donc, pour E. Gilliéron, le psychisme se construit d'emblée sur une base triangulaire, les créations fantasmatiques de l'enfant s'inscrivent dans une nécessité narcissique et relèvent d'un processus dynamique.

Dans le domaine thérapeutique, l'auteur explique que ces processus sont à l'origine du transfert et la nature du transfert est fortement marquée par le mode d'interaction du sujet avec son entourage.

La théorie de l'étayage objectal vise à décrire la manière dont le sujet utilise l'objet pour maintenir son équilibre interne, sa structure psychique. L'étayage objectal comporte toujours deux aspects : un aspect pulsionnel, qui traduit la manière dont le sujet utilise l'autre pour satisfaire ses pulsions, et un aspect défensif, qui traduit la manière dont le sujet utilise l'autre pour se défendre contre ses pulsions anxiogènes ou contre des attaques narcissiques. L'étayage objectal a donc affaire avec la vie fantasmatique du sujet et de l'objet : il décrit le rapport entre fantasme et réalité.

E. Gilliéron propose une esquisse de classification des troubles de la personnalité traduisant pour lui une façon d'aborder le fonctionnement psychique. Ce classement différencie les troubles de la personnalité selon la qualité de la mentalisation des conflits traversés au cours du développement de l'individu et fait donc appel aux deux processus précédemment cités.

Cette classification comprend :

« a. les troubles liés à une défaillance d'élaboration des fantasmes originaires (forclusion de l'objet) :

L'accès à l'ensemble des fantasmes originaires est interdit. Le sujet n'a d'autre ressource que de créer ses propres origines : organisations psychotiques.

L'accès à la fonction paternelle est interdite. Le sujet n'a pas accès au fantasme de séduction, la scène primitive n'est pas perçue : la différenciation sujet- objet n'est que partielle. Le désir détruit la mère. L'organisation de la personnalité est liée au fantasme originaire du chaos : organisations prépsychotiques .

Le rôle maternel est perçu. Le père n'est qu'un substitut maternel. Le conflit se situe entre bonne et mauvaise mère. Organisation psychique fondée sur le fantasme originaire de la séduction. La scène primitive n'est pas perçue : c'est lui (elle) qui me veut. Organisation borderline.

b. Troubles liés à une perturbation de la fantasmatisation primaire

- le rôle maternel n'est reconnu qu'en fonction des besoins du sujet. L'objet externe est traité comme un objet partiel et le rôle paternel est dénié : organisations perverses.

- Le rôle paternel est perçu mais la fonction maternelle dans son rôle de par-excitation est dénié : personnalités addictives. On pourrait lier ces personnalités au fantasme d'Icare.

- La fonction maternelle est corrompue par le père. Le père est responsable d'un manque de mère : personnalités antisociales. On pourrait considérer ces organisations comme un avatar du fantasme originaire de la scène primitive sado-masochiste.

Troubles liés aux avatars de la fantasmatisation secondaire

L'ensemble des fantasmes originaires est intégré mais le sujet reste fixé sur certaines positions :

organisation hystérique

organisation phobique

organisation obsessionnelle. »

E. Gilliéron précise que cette classification correspond évidemment à une manière d'aborder la réalité psychique qui comprend de multiples facettes. Il s'inspire aussi, pour différencier les différents troubles de la personnalité des travaux de Bergeret et Kernberg, concernant les relations interpersonnelles.

Voici pour E. Gilliéron une façon d'interpréter les caractéristiques relationnelles fondamentales en terme d'organisations de personnalités :

Ce tableau apparaît dans la deuxième édition du manuel de thérapies brèves paru aux éditions Dunod.

Organisation	Patient	Thérapeute
Névrotique	Le patient parle de lui, distingue clairement son monde interne du monde externe. Il paraît se sentir coupable et n'accuse pas les autres de ses fautes. Thèmes du discours : inhibitions, sentiments de culpabilité.	Le thérapeute se sent libre de penser et il ne s'ennuie pas. Il se sent relativement dégagé et peut observer « de l'extérieur » les problèmes du patient.
Névrose de caractère	Le patient attire le regard du thérapeute sur des faits et des événements dont il est l'un des acteurs. Il entraîne l'interlocuteur dans une sorte de roman, ce qui donne envie d'intervenir dans la réalité.	Le thérapeute tend à oublier que le patient a une vie subjective. Il est enclin à faire des commentaires sur les événements réels vécus par le patient.
Narcissique	Sous un abord souvent charmant et engageant, le patient apparaît froid ou au contraire hypersensible. La caractéristique centrale est sa difficulté à tenir compte de l'interlocuteur. Il parle essentiellement de lui-même. Le contenu du discours est truffé de termes portant sur la valeur et la non valeur des choses et des sentiments, la honte ou l'admiration, il dénigre très fréquemment tout ce qui concerne l'autre.	Le psychothérapeute a tendance à se sentir exploité, il doute souvent de lui-même.

Pervers	Le sujet recherche la complicité de l'interlocuteur dans un jeu où les lois sociales et les règles habituelles sont transgressées : relation d'emprise où la séduction prend valeur de fascination et ne laisse jamais l'interlocuteur indifférent.	On réagit tantôt par la rébellion, tantôt par la soumission.
Borderline	Le patient parle de ses relations affectives en terme de « tout bon » ou « tout mauvais ». Il cherche l'appui anaclitique de l'interlocuteur qui est immédiatement idéalisé. Il s'agit d'un contact de type fonctionnel où l'interlocuteur est souvent peu touché affectivement. Il rejette la responsabilité sur l'extérieur.	On est souvent poussé à agir. Toujours fortement mobilisé sur le plan de l'agressivité, on a de la peine à garder son calme. On se sent irrité, énervé et en même temps, impuissant, découragé.
Pré-psychotique	Le patient paraît un peu perdu. Il semble hypersensible, il contrôle assez mal ses émotions. Il paraît très conscient de ses difficultés et il est doté d'une excellente capacité d'introspection. Cependant, il est parfois assez flou.	Le patient fait illusion et on a une bonne première impression. Cependant le patient réclame un gros effort d'attention et l'on se sent souvent fatigué. Dans son effort de penser à la place du patient, le psychothérapeute peut nourrir l'illusion d'une grande empathie mutuelle.

Psychotique	Le patient est distant dans la relation (méfiance), exprimant une certaine froideur dans l'échange relationnel, paraissant avoir tout compris. Il donne l'impression d'une « excessive normalité ». L'étude attentive de ses propos montre toutefois des troubles logiques, des invraisemblances qui intrigues l'interlocuteur.	Le psychothérapeute a le sentiment de suivre le discours de son patient mais c'est surtout lui qui fait les liens. De fait, il se sent relativement détaché affectivement.
Paranoïaque	Le discours est très bien organisé autour du sentiment d'avoir été lésé. Cependant, le rapport logique entre les événements évoqués et le sentiment de dommage subi apparaît peu vraisemblable.	L'interlocuteur a envie de « rétablir la vérité », ce qui suscite un conflit apparent ou dissimulé, organisé autour de savoir qui a raison.

C.3.2. D'un point de vue pratique

Dans sa pratique, cet auteur s'intéresse particulièrement au rapport entre la cure type et les variations techniques. Il n'oppose pas l'approche pratique et l'approche théorique mais travaille à leur rapprochement.

La question du cadre est abordée d'avantage du point de vue d'un observateur extérieur (référence aux thérapies familiales systémiques). Il écrit à ce propos [21] : « *le cadre est ce qui marque le contexte de la rencontre entre un patient et son thérapeute... c'est ce qui donne sens à leur rencontre. Le cadre est donc une situation particulière donnant signification à cette rencontre et influençant le comportement de l'un et de l'autre. Le cadre c'est donc le pourquoi et le comment de cette rencontre. Le pourquoi c'est le but poursuivi et le comment, ce sont les règles que doivent observer les partenaires en fonction de ce but. Le cadre comprends donc en gros la définition d'un objectif et des moyens visant à permettre d'atteindre cet objectif. Dans cette optique les règles peuvent changer mais doivent toujours être rapportées au but poursuivi.*

Dans cette perspective on peut changer la technique pour autant que l'on n'oublie pas les buts fondamentaux, à savoir la guérison du patient et la compréhension de son fonctionnement psychique. Ainsi pratique et théorie se rejoignent. » et plus loin : « ma préoccupation n'est pas le raccourcissement des cures pour une économie de temps mais plutôt celle du changement psychique. ... je me suis intéressé aux conditions les plus favorables au développement d'un processus thérapeutique tenant compte des différents types d'organisation de la personnalité. Le temps limité pouvant être l'une de ces conditions ».

Dans son ouvrage intitulé manuel de psychothérapie brève, E. Gillieron propose trois paramètres sur lesquels se fonde son activité thérapeutique.

Le diagnostic précoce du fonctionnement psychique du patient et des motivations inconscientes de la consultation permet la définition de la stratégie psychothérapeutique la plus adéquate. L'obtention de ce diagnostic implique la non directivité du thérapeute et l'étude des interactions précoces.

En effet, si le thérapeute s'abstient de donner lui-même une direction à l'entretien, il offre au patient un pouvoir considérable : c'est à ce dernier de diriger les choses. Ce pouvoir n'est pas seulement de décider du contenu de son discours (aspect narratif) mais encore d'agir sur le thérapeute de manière à obtenir la réponse désirée. Cet aspect interactif est parfois négligé par les psychanalystes surtout lors des premiers entretiens, alors que c'est justement là qu'il se manifeste avec le plus de clarté.

Deux aspects sont particulièrement intéressants :

- Si le patient recherche un certain type de relation avec le thérapeute, c'est qu'il ne l'obtient plus avec ses proches et on en arrive alors à définir une hypothèse de crise psychologique qui sera à explorer (notion d'étayage objectal).
- Les caractéristiques spécifiques des interactions, analysée selon les connaissances psychanalytiques, permettent d'inférer le type de fonctionnement intrapsychique et l'organisation de la personnalité du consultant.

Le cadre est le second paramètre essentiel, E. Gillieron écrit : « *La méthode posée se fondera simplement sur l'étude de la dynamique spécifique induite par le cadre proposé : limitation de la durée par exemple, le face à face. Si le cadre psychanalytique classique limite au maximum les interactions patient-thérapeute*

pour favoriser l'échange de paroles, le cadre psychothérapeutique exploite au contraire largement les différentes interactions possibles. »

Enfin, voici la définition du changement psychique pour cet auteur(conditions dans lesquelles une interprétation devient mutative) : un véritable changement n'est possible que lorsque les conditions de vie du patient le permettent, à savoir lorsque le « prix intrapsychique et relationnel » n'est pas trop élevé.

Pour faire ses propositions thérapeutiques, l'auteur se base sur trois présupposés :

- L'évolution naturelle de toute relation thérapeutique est la chronicité.
- La peur du changement suscite la majorité des ruptures du lien thérapeutique
- Tout thérapeute désireux d'aider son patient à changer doit centrer son activité sur cette peur du changement. Il s'agit d'aider son patient à comprendre et à surmonter cette peur.

Enfin, nous dirons quelques mots sur du point de vue de l'auteur sur la temporalité.

La question du temps en psychothérapie pour E. Gilliéron est abordée en considérant principalement deux de ses aspects : le rapport du patient à la temporalité, qui dépend de son organisation de personnalité, et le cadre temporel proposé par le thérapeute. La dialectique -moment de la consultation – durée du traitement- joue un rôle important et ces deux éléments doivent faire l'objet pour cet auteur d'une attention particulière.

Le moment de la consultation correspond presque chaque fois à un état de crise psychologique et si le thérapeute sait mettre en évidence le rapport dynamique liant la décompensation psychique du patient et sa situation vitale actuelle une intervention thérapeutique analytique aura un effet positif.

La durée du traitement en thérapie brève analytique amène la question de la fixation ou non d'un terme au traitement. Si l'on considère le fait que le rapport de l'individu à la dimension temporelle est subordonnée à son organisation psychique, on imaginera les diverses réactions possibles d'un patient à l'établissement d'une limite de la durée et il ne sera pas toujours judicieux de le faire. Selon E. Gilliéron, fixer un terme à la psychothérapie est utile pour les organisations névrotiques, chez les personnalités narcissiques, et, dans une certaine mesure chez les personnalités prépsychotiques (dans tous les cas, la limitation temporelle accélérera le processus en augmentant la tension émotionnelle et en stimulant l'élaboration du transfert).

En revanche, chez les patients borderline, ce sont surtout les interventions de crise qui seront efficaces, dans la mesure où ces sujets sont prompts à recréer leur système de défense et s'appuieront sur un transfert idéalisant pour éviter de changer. Pour les personnalités dépendantes, l'auteur préconise d'augmenter la fréquence des séances et de ne pas fixer de terme.

Gilliéron propose un tableau mettant en lien les différentes organisations de la personnalité et la temporalité :

Psychose	Usage morcelé du temps – cours du temps rompu. Le temps est discontinu et réversible. Organisation chronologique troublée.
schizophrénie	Activité anticipatrice altérée. Absence de notion de durée. La relation dynamique entre le passé, le présent et le futur est altérée. Le passé, le présent et le futur ne sont intégrés dans un cadre historique, contingent à l'existence du sujet. La capacité à se projeter dans le futur est perturbée, ce dernier est vu comme un destin préétabli face auquel le sujet ne peut envisager de marge de manœuvre. Construction de l'avenir entravée par la diminution de la capacité d'anticipation.
paranoïa	Temps compté, figé. Tout doit être prévu. Besoin de vivre dans la prédétermination de l'avenir, ce qui oblige le sujet à prospecter, à anticiper (cf « préscience » du paranoïaque qui prédit les catastrophes)
manie	Possibilité éternelle de nouveau départ. Déni du passé sur lequel repose l'idée que l'on peut repartir à zéro, recommencer une nouvelle vie, renaître au milieu de l'existence.
Prépsychose	Sentiment d'éternité : le temps n'a pas de coupure, toute coupure temporelle est vécue comme une catastrophe.
Borderline	Pas de temporisation. Besoin de gratification immédiate, intolérance aux délais.
Perversion	Déroulement du temps érotisé. Plaisir dans la répétition de schèmes identiques aboutissant à une sorte de circularité du temps.
Narcissique	Difficulté à vivre dans le présent. Préfère vivre dans le passé ou le futur. Vit dans le temporaire par crainte de stagner. Difficulté à se positionner dans le temps.
Névrose	Organisation temporelle correcte. Les trois dimensions temporelles sont reconnues et agencées en interaction dynamique. Toutefois, de manière générale, le névrosé tourne le dos au futur qu'il interprète en fonction du passé. Les coupures temporelles (départs, horaires) sont vécues sur le mode de la castration : reconnaissance des limites. - <u>obsessionnel</u> : mises en scènes répétitives - <u>phobique</u> : évitement du présent par une activité continue - <u>hystérique</u> : anticipation érotisée (en fonction du passé) de l'effet qui sera produit sur l'autre.

C.3.3. Conclusion

: E. Gillieron se réclame donc d'une approche rigoureusement psychanalytique de la psychothérapie. Il défend le point de vue où l'avènement des thérapies brèves serait une conséquence logique de la dynamique intersubjective instaurée par la situation psychanalytique : « *la psychanalyse a engendré de nombreux courants dissidents mais aussi de nombreuses écoles théoriques en son sein, au point que l'on peut se demander si cette dernière ne souffre pas d'un excès de théorie et d'un trop peu d'empirisme. C'est toute la question de la recherche en psychanalyse et du statut scientifique de cette dernière. Les psychanalystes ont manifesté un engouement pour le spéculatif, engouement qui a coïncidé avec un manque de préoccupation pour de véritables recherches scientifiques fondées sur une méthodologie tant soit peu rigoureuse.* »

La démarche, essentiellement empirique, de cet auteur repose sur un postulat de départ, en l'occurrence la validité des thèses psychanalytiques fondamentales et il propose deux hypothèses complémentaires :

- La situation psychanalytique peut être considérée comme un cadre expérimental fonctionnant comme révélateur de la personnalité du sujet.
- Le changement de cadre influence le fonctionnement psychique.

D. VALIDITE

Le courte durée de ce type de psychothérapie a permis la réalisation d'assez nombreuses études et l'on dispose ainsi d'un certain recul sur les différentes techniques utilisées actuellement. En effet, leur brièveté permet de les étudier en profondeur : on peut étudier la totalité d'une psychothérapie brève soit en lisant un compte rendu écrit intégral, soit en visualisant des enregistrements vidéo. Ceci, d'un point de vue expérimental, est un apport inestimable.

Les recherches portant sur les résultats des traitements d'inspiration psychanalytiques se sont longtemps fondés sur deux à priori [19] :

- que toutes les psychothérapies visent à des changements de même nature
- que toutes pouvaient se référer aux mêmes prémisses théoriques (la théorie psychanalytique).

Dans la plupart des études les changements étaient mesurés selon des critères cliniques rigoureux, visant à bien distinguer modifications « en profondeur » et modifications plus « superficielles » telles que retour à l'équilibre antérieur, déplacement symptomatique, diminution des tensions psychiques par déplacement dans un milieu plus tolérant, etc. Cependant, on réalise maintenant que les questions traditionnelles « la psychothérapie est-elle efficace ? » ou « cette psychothérapie est-elle plus efficace que telle ou telle autre ? » étaient mal posées. La comparaison de résultats obtenus par différents procédés n'apporte guère de lumière sur les processus. Les recherches modernes sur les effets des psychothérapies (en particulier les méta-analyses) [33] montrent :

- que les psychothérapies dans leur ensemble sont efficaces
- qu'il est difficile de discriminer les effets spécifiques de l'une ou l'autre des méthodes
- que les principaux changements surviennent, semble-t-il, dans les premiers mois des traitements.

Luborsky a relevé que les résultats thérapeutiques sont semblables, quels que soient les critères utilisés (amélioration symptomatique, stabilité des guérisons, possibilité d'affronter sans rechute des situations de stress psychique, etc.)[]

Selon Gillieron, le problème des résultats thérapeutiques pourrait être abordé sous un aspect plus scientifique : quelles interventions thérapeutiques spécifiques produisent des changements spécifiques chez des patients spécifiques dans des conditions spécifiques ?

Strupp [41] relève qu'environ deux tiers des patients sont susceptibles de réagir positivement à des psychothérapies de courte durée.

Conclusion : l'évaluation de l'efficacité des thérapies brèves analytiques est facilitée du fait même de leur brièveté mais aussi du fait des méthodes fréquemment utilisées par les différents auteurs (enregistrements vidéos, compte rendus écrits) . Les résultats obtenus tendent à confirmer la validité de ces méthodes.

E. LE PREMIER ENTRETIEN

E.1. Le cadre de la consultation

Le contexte du premier entretien est particulièrement favorable car le patient ne sait rien du thérapeute en dehors de sa fonction. Ainsi, avant la rencontre, le patient n'a de réelles références que celles de son imaginaire : il se représente le psychothérapeute, en attend quelque chose, et ses attentes sont fondées sur ses propres besoins du moment. La façon dont le patient réagit à ce nouveau contexte et la manière dont il cherchera à agir sur lui peut fournir des renseignements essentiels sur la problématique et la personnalité du patient.

E.2. L'investigation psychodynamique

Le mode d'investigation proposé par E. Gillieron [21] est de type associatif. Le thérapeute suit un fil directeur mais s'il a besoin d'intervenir pour compléter son investigation il le fait par le biais de questions ouvertes.

Le plus souvent, au début de l'entretien, le patient expose les raisons de sa venue et peut parler de ses symptômes ou de ses conflits actuels. Tout patient cherche à obtenir quelque chose du thérapeute : la guérison d'un symptôme, un type de relation reflétant sa personnalité et ses difficultés actuelles.

Le patient exerce inconsciemment une influence sur le thérapeute et cette influence passe par le double canal des communications verbales et non verbales. Le thérapeute devra donc être attentif et analyser ses réactions émotionnelles. Même si la relation est asymétrique et que le thérapeute est tenu à l'abstinence, on peut penser que sa réaction émotionnelle est le produit de sa personnalité et de celle du patient.

L'analyse de ces émotions participera à l'hypothèse de départ, elle se fonde donc sur les indices de la relation pré transférentielle :

- l'observation des interactions patient thérapeute
- l'observation des émotions manifestées par le patient et ressenties par le thérapeute.

Si nous admettons que les interactions perçues sont la reproduction d'interactions que le patient vit habituellement avec son entourage, nous pouvons supposer que le patient vit une situation de crise dans ses rapports avec son entourage (crise relationnelle) ou avec lui-même (crise narcissique).

E.3. L'analyse de la demande

Il s'agit d'analyser le contenu latent de la demande. La position du thérapeute est celle d'une écoute attentive de ce que le patient dit de sa souffrance ou des raisons de sa venue. La procédure comprend l'analyse rigoureuse des éléments actuels, sur la base desquels on « reconstruit » le passé du patient.

Les éléments anamnestiques sont reconstitués progressivement sur la base d'hypothèses que le thérapeute émet pour lui-même et sans les formuler au patient. Ils sont utilisés comme éléments de vérification de l'hypothèse psychogénétique. Cette méthode suit donc un ordre chronologique inverse de celui des méthodes directives : plutôt que d'expliquer la psychopathologie actuelle en fonction du passé, on « reconstruit » le passé, sous forme d'hypothèse, à partir de la problématique présente, ce qui correspond exactement à la démarche du psychanalyste . Néanmoins, cette procédure se fonde sur deux niveaux d'analyse : verbal et non verbal.

Le point de vue présenté par E.Gillieron est donc psychodynamique et globalisant puisqu'il représente une forme de synthèse de données issues de la psychanalyse.

E.3.1. Etude des aspects non verbaux

Elle regroupe divers paramètres :

Le mode de venue et les informations dont dispose le thérapeute avant la rencontre

Si le patient est adressé par un tiers, on situe le problème à un niveau interpersonnel. Deux catégories principales de personnes envoient un patient chez un psychiatre : les professionnels de santé ou les familiers.

Lorsque le patient est adressé par un somaticien il présente généralement des symptômes à forme somatique : troubles névrotiques (conversions, phobies), fonctionnels (somatisations diverses), ou psychosomatiques. Ces symptômes auront poussé le médecin généraliste à faire diverses investigations.

Les troubles névrotiques mobilisent en général fortement le désir de soigner du médecin. Certains schémas de consultation peuvent être repérés, ainsi il n'est pas rare que l'« hystérique » se présente après une longue investigation, le praticien a pu être « séduit » par son patient et cherché à tout prix l'origine des troubles, dans le but de prouver son efficacité. Le médecin peut ressentir un sentiment d'échec ainsi que celui d'avoir été trompé par quelqu'un qui n'a rien. Le ton du courrier ou du coup de téléphone s'en ressentira.

Les troubles fonctionnels traduisent souvent des conflits interrelationnels actuels, le patient est en difficulté de mentalisation et ceci le rend peu accessible aux propos du médecin et peut donner une impression de mauvaise volonté. Le ton du médecin pourra montrer que les investigations n'ont été faites ni pour rassurer le malade, ni pour « trouver quelque chose », mais pour prouver au malade qu'il ne souffre d'aucun trouble.

Lorsque la personne est adressée par une instance non médicale on peut se demander si elle a conscience d'avoir un problème personnel et supposer que sa venue est le résultat d'un conflit avec le monde extérieur.

Lorsque c'est un familier qui prend contact avec le thérapeute (en dehors des situations d'urgence) on pensera à un conflit interpersonnel, la nature des difficultés qui opposent le tiers au malade renseigne sur la problématique du patient...

L'attitude du patient dans la salle d'attente

Le patient peut être seul ou accompagné (par qui ?, quelle est l'attitude du tiers envers le patient ?, envers le médecin ?).

La présentation

La présentation générale, la posture, les gestes, la mimique, le regard, l'habillement (mode vestimentaire, goût personnel)...

Les affects

Les affects sont communiqués, pour la plupart, par des moyens non verbaux (mimique, posture, gestes, regards...), ce qui leur donne un impact encore plus grand ; les affects du patient agissent très souvent sur le thérapeute à son insu ; ils influencent l'« inconscient » de ce dernier. Pour E.Gillieron [19], la seule manière de percevoir les affects du patient est, pour le thérapeute, d'être attentif à ses propres réactions émotionnelles. Viendra ensuite la question du pourquoi.

Cet auteur propose une traduction de certains des affects du thérapeute. Par exemple, il relie un sentiment de réprobation chez le thérapeute à un sentiment de honte inconscient chez le patient. Un malaise inexplicable pourra être sous-tendu par

des angoisses liées à des troubles de l'identité. Une profonde souffrance signifie que le patient souffre d'une blessure qu'il n'a jamais pu affronter jusqu'ici. La nostalgie est réveillée par l'angoisse de séparation. L'envie de « prouver » quelque chose est réveillée par l'angoisse de castration provoquée par l'apparente « belle indifférence » et les mouvements séducteurs de l'hystérique. La méfiance est paradoxalement réveillée par les sentiments de culpabilité inconscient des névrosés...

E.3.2. Communications verbales

Les premières phrases prononcées par le patient sont fondamentales puisqu'elles permettent de percevoir ce qui pousse consciemment le patient à consulter et ce qu'il veut faire croire ou « penser » au thérapeute. Les premières questions du thérapeute seront « générales » et ouvertes (Qu'est-ce qui vous amène ?...) et se préciseront dans un second temps pour vérifier l'hypothèse posée dès les premières phrases mais toujours sous forme de questions ouvertes. Les questions porteront sur les circonstances relationnelles ayant précédé la consultation : milieu familial, sentimental, professionnel.

La troisième phase concerne l'exploration du passé, qui, elle aussi, sera fondée sur les hypothèses précédentes. Ces hypothèses se construisent ainsi : si le patient est en train de vivre tel ou tel conflit, c'est que, quelque chose dans son passé, ne lui a pas permis de résoudre ce genre de conflit.

Cette phase se termine par un premier commentaire qui résumera les points constatés durant l'entretien et permettra d'émettre une première interprétation.

Conclusion

Pour E. Gillieron, le premier entretien doit être conçu en fonction d'un but, à savoir déterminer quelle est la relation thérapeutique la mieux adaptée aux besoins du patient : cette relation doit tout d'abord, permettre à ce dernier de prendre conscience de ses conflits internes, ensuite de mieux comprendre la nature du traitement qui lui sera proposé.

L'investigation psychodynamique brève suit une démarche hypothético-déductive où le thérapeute émet des hypothèses fondées sur la dynamique interactive s'installant précocement entre le thérapeute et le patient. La démarche diagnostique est fondée sur une théorie de l'intégration psychique du passé du sujet (psychogenèse en fonction des relations intra- familiales). La démarche thérapeutique est fondée sur une théorie du changement psychique suscité par l'interprétation.

E.4. Le modèle utilisé pour notre travail clinique

Il s'agit d'un questionnaire élaboré précisément pour le premier entretien, il correspond à la méthode d'investigation associative revendiquée par l'auteur. Il est présenté ainsi :

Questionnaire 1

A remplir par le médecin *avant* de rencontrer le patient

Nom : Prénom :

Médecin traitant :

Mode de venue

Renseignements en possession du thérapeute avant le début de l'entretien
(conditions dans lesquelles le patient a été amené à consulter)

Première impression fondée sur les éléments ci- dessus.

Questionnaire 2

A remplir par le médecin traitant après les dix premières minutes d'entretien.

Comportement non verbal (premier contact) :

- Dans la salle d'attente
- Dans le bureau
- Présentation (portrait du patient en quelques lignes)

Entretien (dix premières minutes)

Attitude (description des émotions présentées par le patient) :

Réactions subjectives spontanée du thérapeute ou comportement (description des émotions ressenties par le psychothérapeute) :

Caractéristiques de base de la relation (non exclusif, si plusieurs préciser la séquence)

Symétrique (haute) = recherche mutuelle de la position dominante

Symétrique (basse) = refus mutuel de la position dominante

Complémentaire avec thérapeute en position dominante

Complémentaire avec thérapeute en position dominée

Complémentaire avec thérapeute et patient en position alternée.

Connotation affective de la relation

- Conflictuelle :

- Compensatoire : (nous n'avons pas exploité cet item car nous n'avons pas retrouvé la notion de relation affective compensatoire dans les ouvrages de Gillieron. Cette notion est peut être à mettre en lien avec la notion de relation complémentaire utilisée par les systémiciens et qui décrit une relation de dépendance ?)

- Coopérante

.

5. Contenu verbal

- Premières phrases :

- Plaintes justifiant la demande de consultation :

- Indications données spontanément par le patient concernant le contexte de la consultation :

Premières hypothèses

Première référence à la théorie du fonctionnement psychique. Première hypothèse concernant la structure de personnalité (Névrose – état limite – prépsychose – psychose) :

Sur quels éléments se fonde cette hypothèse (pour chacun des items ci- dessous, il s'agit de mentionner sur quels éléments du questionnaire l'examineur s'appuie).

Comportement non verbal :

Formulation verbale de la demande (aspect formel : langage, expression) :

Caractéristiques verbales de la demande :

Reconnaissance verbale d'un conflit intra- psychique (préciser)

Reconnaissance verbale partielle d'un conflit intra- psychique

Négation verbale d'un conflit intra- psychique

Absence d'une reconnaissance verbale d'un conflit intra- psychique.

Réactions émotionnelles du thérapeute :

Caractéristiques générales des interactions médecin- malade :

Éléments significatifs du discours du patient :

Éléments significatifs du discours du médecin :

Etayage objectal :

(hypothèses concernant le prétransfert)

Répétition :

Changement :

Hypothèse concernant le déclenchement de la crise actuelle :

Éléments possibles de vérification :

événements survenus dans les six derniers mois :

manière dont le sujet décrit ses relations affectives proches :

Hypothèse concernant le passé du sujet (rétrodiction)

Hypothèses sur la place du sujet dans le triangle oedipien :

Commentaires

Voici le questionnaire tel qu'il est présenté par l'auteur, en l'utilisant, nous avons parfois modifié légèrement la séquences des items dans le but d'apporter un gain de clarté dans la transcription de notre analyse des cas cliniques.

CHAPITRE 3 : CAS CLINIQUES

A. GAËLLE P.

A.1. PREMIER ENTRETIEN (19.10.04)

A.1.1. Questionnaire 1

A.1.1.1. Mode de venue :

La patiente, 17 ans, est adressée par les urgences où elle s'est présentée accompagnée de ses parents. Elle avait déjà entendu parler de l'U.A.M.P Anjela DUVAL par l'infirmière scolaire et par une amie.

A.1.1.2. Renseignements en possession du thérapeute avant le début de l'entretien : compte rendu des urgences :

« jeune fille brillante, perfectionniste, actuellement en difficulté en raison de performances qu'elle juge insuffisantes en philosophie (terminale L). Depuis 3 semaines : idéations suicidaires prégnantes avec scarifications à l'aiguille des avant-bras. Les scarifications ont été vues par l'infirmière scolaire, par contre les parents les ignorent. Ce matin, vellétés suicidaires d'I.M.V. (médicaments dérobés cette nuit dans le cabinet du père).

A écrit à l'un de ses professeurs et à l'infirmière, ceux-ci se sont alarmés.

Propos cohérents – pas de troubles du cours de la pensée – pas de syndrome dissociatif.

Quelques ami(e)s – rupture avec un garçon en Février dernier – réticente vis à vis des relations amoureuses – dit n'estimer sa valeur qu'en fonction de ses résultats scolaires et musicaux – veut que son entourage soit fier d'elle – dit ne pas s'aimer et s'estimer qu'en fonction de ses notes.

Difficultés alimentaires et d'endormissement, tristesse de l'humeur avec pleurs, irritabilité et peur de l'avenir.

2^{ème} d'une fratrie de 3 (1frère en fac, 1frère de 18 mois plus jeune)

Joue de la guitare classique. »

L'adolescente a consulté dans un C.M.P. le docteur G ., la veille de son hospitalisation, le rendez-vous a été pris deux semaines auparavant.

A.1.1.3. Premières impressions fondées sur les éléments ci-dessus :

Quel est le sens de ce surinvestissement scolaire ?

Le geste est-il adressé aux parents, au père (médicaments du père) ?

Qualité de la communication entre les parents et leur fille ?

Qu'est-ce qui est à l'origine de la crise actuelle ?

Impression d'une problématique narcissique importante

(« estime », « valeur », « fier »)

A.1.2. Questionnaire 2 (notes prises après dix minutes d'entretien)

A.1.2.1. *Comportement non verbal*

dans la salle d'attente :

La patiente se tient assise près de sa mère, paraît plus jeune que son âge.

dans le bureau :

La jeune fille se tient droite, s'exprime assez facilement, donne l'impression d'être sûre d'elle.

présentation :

Gaëlle est une jeune fille de taille moyenne, mince, aux cheveux châtons coiffés « au carré » avec une pince sur le côté. Ses yeux sont marrons, son visage est plutôt fin et l'expression qui s'y lit semble un peu figée. Elle est vêtue sans recherche particulière ni coquetterie. Globalement son apparence physique évoque plutôt l'enfance que l'adolescence.

A.1.2.2. *Entretien :*

▪ attitude (émotions présentées par le patient)

Les émotions sont plutôt contenues, une certaine douleur morale est perceptible. Les sentiments exprimés : la déception, la rancune. La colère et l'agressivité sont présentes, le sentiment d'être incomprise des autres aussi.

▪ Réactions subjectives spontanées du thérapeute

Relativement peu de mobilisation émotionnelle, le point de vue de la patiente paraît excessif ou rigide, et la tentation de proposer un point de vue plus modéré est parfois présente. Il ne semble pas possible d'interroger ses opinions car elles se réfèrent souvent à un jugement de valeur.

▪ Caractéristiques de bases de la relation

Attitude compréhensive du thérapeute, le plus souvent en position basse. La patiente a besoin d'une certaine maîtrise dans la relation (garde la parole, discours « affirmatif »), mais elle est attentive aux questionnements que suscitent son discours.

▪ Contenu verbal

- Les premières phrases :

T : « Qu'est-ce qui vous amène ? »

P : « ça va de plus en plus mal, je vais vraiment très mal, mes parents ne me comprennent vraiment pas »

T : « Qu'est-ce qu'ils ne comprennent pas ? »

P : « J'ai essayé avec l'infirmière au collège aussi, vendredi j'ai voulu faire une connerie. ... j'ai voulu me tuer. »

T : « Que se passe-t-il dans votre vie pour que vous pensiez à vous tuer ? »

G : « J'ai voulu avoir mon bac avec la mention bien, pour cela je dois avoir 12 en philo, mais jeudi j'ai eu 9/20, j'arrive pas à accrocher même si je travaille ça n'apporte pas forcément les résultats. »

- Plaintes justifiant la demande d'hospitalisation :

La patiente exprime un vécu d'impasse, « tout le chemin que je m'étais tracé... je n'arriverais pas au bout », et souffre d'être : « écrasée par mon stress dans ma tête »

Les sentiments d'être incomprise par ses parents, et que ceux-ci ne mesurent pas l'intensité de sa souffrance participent à la demande de soins.

- Indications données spontanément par la patiente concernant le contexte de la consultation :

La jeune fille explique qu'à la suite de la note de philosophie, le jeudi, et au manque de compassion et de compréhension ressentie de la part du professeur de philosophie, elle pense de nouveau à se suicider et écrit une lettre à son professeur d'espagnol (jeune femme) pour faire part de ses intentions. Celle-ci a alerté l'infirmière le vendredi (qui n'a pas informé les parents). Dans la nuit du vendredi au samedi G. se rend dans le cabinet médical de son père et prend des médicaments avec l'idée de les avaler. Elle y renonce finalement et demande à ses parents de l'amener aux urgences le samedi matin.

A.1.3. Résumé de l'entretien :

La patiente explique que l'estime qu'elle a pour elle-même est exclusivement liée aux performances scolaires et artistiques, la fonction de la réussite est d'obtenir l'estime des autres (les parents, les profs). D'après Gaëlle, il n'existe pas de pression particulière de la part des parents concernant les résultats scolaires, et elle éprouve un sentiment d'incompréhension de leur part à ce sujet. « j'ai voulu dire que c'est important mais ils ne comprennent pas ». Elle insiste à plusieurs reprises sur ce point et l'articule avec le sentiment que ses parents ne réalisent pas l'intensité de sa souffrance : « Pendant un mois j'ai demandé à voir un psy, il a fallu que je le répète plusieurs fois pour qu'elle comprenne alors que je l'avais dit clairement ». A ce sujet, G. a une idée sur ce qui a pu rendre difficile cette démarche pour sa mère, elle explique : « mon petit frère a vu plein de psy. , elle n'a peut-être pas envie de revivre ça. ». Elle fera aussi le lien avec la fin du collège où elle était malmenée par certains élèves (insultes du type : « grosse tête », « fille à papa ») et où elle ne s'est pas sentie protégée par ses parents.

Le père est médecin généraliste et la mère infirmière de nuit (à plein temps depuis 1 an).

Assez rapidement dans l'entretien, alors que nous l'interrogeons sur la position de chaque parent vis-à-vis de ses soucis actuels, la patiente répond à propos de la relation avec ses parents en général : « papa est plus distant, il ne veut pas rentrer dans les conflits - Quels conflits ? – Entre ma mère et moi, il ne veut pas prendre position ...si jamais il intervient, ma mère me défend ou je défends ma mère ... ça m'embête qu'il soit distant comme ça, il se casse pas la tête ».

Ensuite au sujet des très fréquentes disputes avec sa mère (mais moins actuellement) G. précise qu'elles surviennent essentiellement à la maison et lorsque les autres membres de la famille sont là. Elle se souvient d'ailleurs d'un week-end

idyllique passé seule avec sa mère l'an dernier à Paris pour un concours de musique.

La patiente confiera l'impression angoissante de « perdre le contrôle dans tout » : En philosophie (elle pensait qu'en travaillant, elle assurerait ses notes) et dans la relation avec sa mère (agressivité importante). Gaëlle s'est scarifiée il y a 3 semaines : un soir, pour faire réagir sa mère, mais n'a pas pu lui en parler le lendemain.

G. demande une hospitalisation tout en précisant qu'au départ elle était réticente et qu'elle a pris cette décision sur les conseils du psychiatre des urgences et de l'infirmière scolaire, elle ne souhaite pas réfléchir d'avantage et se dit intéressée par la possibilité d'entretien familial .

La mère de G. est rencontrée à la fin de cet entretien, elle est favorable à l'hospitalisation, cependant, elle pense être présente lors des prochains entretiens et utilise le pronom « on » pour elle et sa fille en évoquant cet entretien. Elle adopte une attitude intrusive vis-à-vis de sa fille, en nous apprenant que G. utilise encore un doudou puis sans rapport avec le contenu de la discussion nous informe que sa fille prend une contraception orale pour des raisons de santé nous précise-t-elle. Concernant les difficultés de sa fille elle désignera en partie l'attitude du professeur principal.

La mère rapportera aussi les problèmes de santé que Gaëlle connaît depuis l'enfance : elle a présenté pendant plusieurs années des otites à répétition et a subi plusieurs interventions chirurgicales au niveau des tympans, la dernière remonte à 2 ans.

A.1.4. Premières hypothèses (à la fin de l'entretien)

A.1.4.1. première hypothèse concernant la structure de personnalité :

il s'agit d'une adolescente, nous ne pouvons donc réfléchir en terme de diagnostic de personnalité et il nous semble plus intéressant d'aborder la question avec un point de vue dynamique.

- Formulation verbale de la demande :

- Caractéristiques verbales de la demande :

- reconnaissance verbale ou non d'un conflit intrapsychique : la nature intrapsychique n'est que très partiellement reconnue « je me mets trop la pression »

Gaëlle est parfois projective quant à l'origine de sa souffrance (les parents, le professeur de philosophie)

- Réaction émotionnelle du thérapeute

Nous ressentons une certaine « gêne » en lien avec la dimension parfois « sensitive » des réactions de la patiente. Ceci implique une certaine prudence dans le discours et une perte de spontanéité.

- Caractéristiques générales des interactions médecin- malade :

Position plutôt « haute » de la patiente , celle-ci semble en quête d'une reconnaissance de son système de valeur, toute divergence de point de vue paraît être vécu comme une disqualification de ses valeurs et d'elle même.

La patiente n'autorise pas réellement l'échange, elle semble compter sur le thérapeute pour venir soutenir et valider ses opinions, cependant, elle semble attentive aux paroles de l'autre .

- Éléments significatifs du discours du patient :

- « papa est plus distant, il ne veut pas rentrer dans les conflits - Quels conflits ? – Entre ma mère et moi, il ne veut pas prendre position ...si jamais il intervient, ma mère me défend ou je défends ma mère ... ça m'embête qu'il soit distant comme ça, il se casse pas la tête ».

Nous pouvons nous interroger sur la constellation oedipienne (constellation relationnelle où l'on essaie de se faire une idée de l'évolution des interactions parents-enfant) : relation « fusionnelle à la mère et trop distante au père. Il semble que dans la crise actuelle Gaëlle interroge fortement la relation parents-enfant, ainsi que la figure du père et de la mère dans leurs spécificités. En effet, dès ses premiers mots elle « convoque » les figures parentales et lorsqu'elle relate les événements scolaires récents, elle attribue un rôle important, d'une part à l'infirmière scolaire, vers laquelle elle s'est réfugiée et qui l'a écoutée, et peut être aussi réconfortée, et d'autre part au professeur de philosophie qui a sanctionné son travail. Dans son appel à l'aide à l'infirmière scolaire, nous pouvons faire le parallèle avec la figure maternelle. Dans la mise en cause des compétences du professeur de philosophie (disqualifié également par la mère) qui est aussi professeur principal et dans le désarroi de l'adolescente lorsque celui-ci lui accorde une note insuffisante, nous faisons également un rapprochement avec la relation au père. De plus, il semble que la crise actuelle fasse écho à celle ressentie en classe de troisième (où G. réclamait l'intervention du directeur pour la protéger des élèves qui l'importunaient). Dans les deux cas, l'adolescente interroge les fonctions parentales par déplacement sur des substituts parentaux.

La violence de la réaction et l'effondrement narcissique induit par la note reçue en philosophie nous amène à nous demander comment le complexe oedipien a pu être élaboré.

La première phrase prononcée par la patiente : -« je vais vraiment très mal, mes parents ne me comprennent vraiment pas », met aussi en avant la difficulté des parents à reconnaître la souffrance de leur fille et/ou la peur de Gaëlle de ne pas être comprise.

L'emploi du mot « vraiment » peut aussi traduire l'attente de la jeune fille d'être parfaitement et totalement comprise par ses parents ou sa mère. Cette attente illusoire viendrait alors exprimer la difficulté de l'adolescente de se différencier et expliquerait le mouvement dépressif.

la difficulté des parents ou de la mère d'entendre la souffrance de leur fille semble confirmée par l'attaque du cadre lorsque la mère pense être présente lors des entretiens médicaux.

Pourquoi la souffrance de la fille est si difficilement recevable pour les parents ?

- Éléments significatifs du discours du médecin :

« vous semblez proche de votre mère, mais vous souffrez des nombreux conflits avec elle, vous semblez attendre de votre père qu'il intervienne dans la relation entre vous et votre mère et en même temps, il semble que cela vous fasse peur ». La patiente répond : « il faut peut-être que je parle plus avec papa , mais je ne sais pas... »

L'adolescente ne refuse pas cette lecture de sa problématique actuelle sans s'en saisir vraiment, sa réponse contient ce « je ne sais pas » dont la signification peut être comprise de plusieurs manières :

je ne sais pas si cela m'intéresserait ou m'aiderai de parler avec mon père ?

je ne sais pas parler à mon père ?

En tous cas, l'emploi du « je » implique la reconnaissance d'une certaine « responsabilité » de la part de l'adolescente dans le manque de communication avec son père .

A.1.4.2. Etayage objectal :

hypothèse concernant le pré- transfert : la notion de pré transfert ou de transfert initial ou encore de relation pré-transférentielle se définit en thérapie brève analytique comme l'ensemble des éléments fournis par l'observation des interactions précoces patient- thérapeute et l'observation des émotions manifestées par le patient et celles ressenties par le thérapeute. Il ne s'agit pas de la globalité de la relation mais des éléments agis et observables : comportement, émotions. Le sens de ce pré- transfert sera déduit de l'observation des relations du sujet avec son entourage proche ou lointain.

Gaëlle semble d'avantage dans la répétition que dans une dynamique de changement : elle semble chercher un interlocuteur qui vienne valider ses opinions. Attend- elle une solution qui lui permettrait un retour à l'état d'équilibre antérieur ?

A.1.4.3. Hypothèse concernant le déclenchement de la crise actuelle :

La problématique de séparation-individuation, constamment (ré)actualisée à l'adolescence, est interrogée dans la réalité par l'échéance du baccalauréat et la prise de distance relative de la mère.

La problématique narcissique apparaît au premier plan : dans la nature de la souffrance exprimée, et aussi dans le type de relation d'objet décrite (duelle, intense, exclusive) et si l'adolescence implique systématiquement une fragilisation narcissique il semble que dans le cas présent la fragilité soit ancienne et ait des répercussions en particulier dans le domaine relationnel. G. a peu d'amis, pas de « meilleure » amie, et elle explique qu'elle attend des autres de l'estime, qu'ils lui attribuent de la valeur.

L'angoisse de castration suscitée par l'obtention d'une mauvaise note ramène semble t'il davantage, par la mobilisation du narcissisme et du Moi idéal, à une angoisse de castration phallique et non oedipienne. En effet, l'angoisse de castration phallique diffère de l'angoisse de castration oedipienne en cela qu'elle est plus narcissique et moins objecto-centrée.

La jeune fille vit la sanction scolaire comme le signe d'une perte de pouvoir, de puissance, une amputation d'une partie d'elle même, comme si elle s'identifiait à son travail. Le tableau clinique évoquerait donc davantage une problématique pré oedipienne.

La crise actuelle pourrait témoigner des échecs de l'élaboration du complexe oedipien et peut être aussi d'une tentative de réparation de ceux-ci en mobilisant la figure paternelle défaillante dans l'économie psychique de la patiente.

A.1.4.4. Hypothèse concernant le passé du sujet (rétrodiction)

Nous pouvons imaginer que pendant ses premières années de vie G. a perçu une défaillance de la fonction ou de l'objet paternel. Nous pouvons nous demander si le père a connu des difficultés pour occuper sa fonction paternelle auprès de sa fille, si la mère lui a permis d'occuper sa fonction, si elle même ne souffre pas d'un défaut de représentation de la fonction paternelle ?

L'aîné de la fratrie ne semble pas présenter de souffrance psychologique particulière au contraire des deux plus jeunes. Au delà de la place particulière conférée par le statut d'aîné, on peut se demander si un événement familial a eu lieu après sa naissance et aura contrarié l'investissement des plus jeunes par les parents ? La fragilité narcissique de l'adolescente interroge sur la disponibilité et la santé psychique de la mère au début de la vie de Gaëlle. Nous supposons que les problèmes somatiques rencontrés à nombreuses reprises par la patiente ont pu la fragiliser sur le plan narcissique.

A.2. L'HOSPITALISATION

Lors de l'entretien signifiant la fin des « 48 h » (période pendant laquelle l'adolescent s'est engagé à rester dans l'unité et a ne pas avoir de contacts avec ses proches), la patiente est anxieuse et plus défensive que lors du premier entretien. Elle met d'emblée en avant ses préoccupations scolaires. Elle exprime une humeur triste, s'auto dévalorise en utilisant les termes : « pas intéressante » et « caractérielle » lorsqu'elle évoque les relations intrafamiliales.

Les figures masculines sont disqualifiées et très peu présentes dans le discours. Quand nous l'interrogeons sur l'avenir qu'elle souhaiterait, elle oublie même de faire référence à un père pour ses enfants (3 filles et un garçon, en opposition semble t'il à sa propre fratrie). Cet avenir imaginé est décrit de façon opératoire, désaffectivée. Au terme de cet entretien Gaëlle souhaite poursuivre l'hospitalisation, elle souhaiterait « prendre d'avantage de temps pour elle » et réfléchir à ses objectifs scolaires, elle pense qu'une durée d'une semaine pourrait suffire.

Lors de la réalisation du génogramme, la jeune fille sera en grande difficulté pour décrire les relations des uns et des autres au sein de son entourage. Cet exercice sera à l'origine d'un mouvement défensif où Gaëlle parlera beaucoup, de nouveau, de ses exigences scolaires. Nous apprendrons cependant que le grand-père maternel est décédé le jour de la naissance de Gaëlle et que la grand-mère maternelle est morte au moment de la naissance de son petit frère.

Dans l'unité, l'adolescente présente des angoisses à plusieurs reprises le soir et elle exprime alors des craintes concernant sa scolarité. Elle parle aussi beaucoup de sa professeur d'espagnol, jeune femme qu'elle idéalise et à qui elle a adressé un courrier faisant part de sa détresse et de ses intentions suicidaires. Elle craint la réaction de cette dernière et attend avec impatience de ses nouvelles. A ce propos, elle a confié ses coordonnées téléphoniques au professeur de musique pour qu'il les lui transmette. Dans ces moments d'angoisse la patiente est peu sensible à la réassurance des soignants et un traitement anxiolytique s'avère utile.

Le 24.10. au soir, dans l'attente de ce coup de téléphone la patiente se scarifiera un avant bras avec un rasoir . Elle exprime alors beaucoup de colère contre elle et attribuera une fonction punitive au geste. La mise en place des mesures conservatoires immédiates (arrêt des sorties et contacts avec l'extérieur jusqu'au prochain entretien médical où le contrat de soin est réévalué) suscite une forte colère et de l'agressivité chez Gaëlle.

L'adolescente adoptera une attitude infantile pendant l'entretien suivant. Elle confie supporter difficilement les limites posées par l'adulte et ressentir une hostilité de la part des autres lorsqu'elle va mal.

Suite à cet entretien où les questions du sens de l'hospitalisation pour Gaëlle et des différentes modalités de soins possibles nous pensons utile de maintenir le second rendez-vous programmé avec le docteur G. le jour même (25.10)

A la suite de cette consultation, l'adolescente se montrera plus détendue et elle confiera avoir été rassurée par la validation du cadre de soin posé dans l'unité et par le fait que le médecin lui rappelle la nécessité pour elle en ce moment d'être protégée par l'adulte.

Deux permissions sont organisées(du 22 au 23.10, la journée du 27), la patiente en est satisfaite, la famille reste très défensive en ce qui concerne la souffrance psychologique, les soins proposés à l'hôpital sont abordés avec dérision.

Les parents sont reçus par Mr Bodenes assistant social de l'unité. Il constate une alliance thérapeutique de surface de la part des parents et ceux-ci annonceront leur réticence aux soins psychiatriques. Ils ne semblent pas réaliser la souffrance de leur fille. Le père se plaindra du caractère autoritaire et rigide de sa fille et des conflits qui en découlent, surtout avec sa mère. Cette dernière relativisera les propos de son mari. Ce dernier fera le lien entre le caractère de sa fille et celui de certaines femmes de la lignée maternelle (l'arrière grand-mère, la grand-mère, une tante de Gaëlle) et madame P. précisera qu'elle a essayé de donner à ses enfants une éducation plus ouverte que celle qu'elle a reçue.

Monsieur P. dira qu'il se comporte avec sa fille comme dans la plupart des relations humaines qu'il entretient, c'est-à-dire en retrait.

Un entretien familial sera proposé mais ni les parents ni Gaëlle ne s'en saisiront. Cependant, le jour de la sortie la mère souhaitera être reçue, nous la recevrons avec sa fille et assisteront alors à un « échange » entre elles dont nous serons exclus. Les difficultés de Gaëlle y seront banalisées et même si le suivi proposé ,c'est-à-dire des consultations médicales avec le Dr G. et un suivi psychothérapeutique avec Mr T. (le psychologue du C.M.P.) est accepté ce dernier est d'emblée disqualifié de façon irrévérencieuse (critique à propos d'une supposée maladie de peau).

A.3. DISCUSSION CLINIQUE

A.3.1. D'un point de vue psychodynamique et diagnostic.

La problématique principale s'exprimant chez cette adolescente nous semble être une problématique de séparation-individuation dont l'enjeu, pour cette patiente, serait de pouvoir se différencier de sa mère et accéder à une certaine subjectivation. La problématique émergente, révélée par l'adolescence traduit les échecs de l'élaboration du complexe d'oedipe et dénonce un fonctionnement relationnel et affectif pré-oedipien, incompatible avec une perspective d'autonomisation et source d'une souffrance importante. Nous supposons que la crise actuelle vient faire écho (et espère réparation) à l'échec de l'élaboration du complexe oedipien en mobilisant la figure paternelle défaillante dans l'économie psychique de la patiente. Ce fonctionnement s'accompagne d'une fragilité narcissique importante.

Dans ce cas clinique, nous relevons certaines caractéristiques de la psychopathologie de l'adolescent décrite au chapitre 1.

Dans l'investissement de son corps par la jeune fille, nous retrouvons l'expression de la difficulté à s'inscrire dans le processus d'adolescence. L'apparence physique de G. se rapporte à l'enfance et ne nous apparaît pas comme sexuée et les attaques exercées contre le corps peuvent signifier le refus de son caractère sexué et en même temps une attaque de l'enveloppe corporelle représentant l'espace commun et peu différencié de la jeune fille et de sa mère.

Le recours au passage à l'acte semble ici jouer le rôle de court circuit à la mentalisation et à une prise de conscience angoissante et douloureuse de la nature des difficultés.

La dépendance à l'objet maternel est importante, et réciproque, comme en témoignent les attaques inconscientes de la mère contre le cadre de soin. La réaction dépressive et l'agressivité dirigée contre la mère viendraient témoigner de la perception, par G., de la nature symbiotique du lien l'unissant à sa mère.

Cette perception est d'autant plus douloureuse et angoissante que le maintien de ce lien peut être ressenti comme impossible (G. réalise les différences entre elle et sa mère), nécessaire (elle ne sait pas fonctionner autrement), et aliénant (il faut se dégager de ce lien pour exister). La demande paradoxale de la patiente illustre la complexité de ce lien, G. vient dénoncer un fonctionnement qui l'empêche de vivre mais qui en même temps la préserve.

La déficience de l'imaginaire paternelle s'accompagne d'une déficience de sa fonction différenciatrice et la menace de confusion avec l'imaginaire maternelle est angoissante et peut expliquer les passages à l'acte automutilateurs.

Les éléments recueillis lors du premier entretien et allant dans le sens de cette hypothèse sont :

- l'apparence physique de l'adolescente qui évoque l'enfance
- la présence du couple mère – fille dans la salle d'attente
- l'attitude intrusive de la mère et sa tendance à infantiliser sa fille
- les attaques du cadre de soins par la mère
- l'absence du père lors du premier entretien et de l'entrée dans l'unité
- les scarifications à l'aiguille étaient-elles, au départ, adressées à la mère
- le champ scolaire est surinvesti au dépend des relations affectives extrafamiliales
- le vocabulaire employé par la patiente se réfère souvent aux thèmes de la valeur, de l'estime de soi
- le thérapeute craint que ses interventions soient entendues par la patiente comme des jugements de valeur

A.3.2. D'un point de vue thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est restée fragile du fait du type de fonctionnement de la patiente et aussi du probable conflit de loyauté engagé en raison de la « pseudo » alliance des parents.

Le rappel du cadre de soin et des règles de fonctionnement de l'unité avec la mise en place des « mesures conservatoires immédiates » a suscité chez la patiente une colère assez violente et un sentiment de persécution. Dans un second temps, la validation de ces mesures par un soignant extérieur à l'unité a eu un effet de réassurance important et d'apaisement de la tension psychique. Nous faisons le lien entre le cadre de soin, son maintien par les soignants et la fonction paternelle. Cette fonction a pu être accueillie et reconnue protectrice par la patiente mais à condition d'être validée par un tiers.

Ceci nous rappelle l'intérêt essentiel du cadre théorique et de son expression au niveau institutionnel au travers du cadre de soin. La fonction symbolique de ce cadre est bien souvent opérante, en particulier chez l'adolescent lorsque la parole fait défaut.

Cette hospitalisation aura permis d'intervenir concrètement et symboliquement auprès de l'adolescente, en donnant valeur et en reconnaissant la dimension de souffrance adressée aux parents et non entendue jusque là. Si l'hospitalisation s'est conclue par un resserrement des liens entre Gaëlle et sa mère nous comprenons qu'à ce moment, pour la fille comme pour la mère la prise de distance n'était pas possible et que ce rapprochement était nécessaire pour pouvoir se retrouver après l'hospitalisation. Malgré l'apparente disqualification des soins, l'adolescente a pu accepter et se saisir de la proposition de soin ambulatoire. Cette proposition suit le modèle de la thérapie bifocale et comprend une prise en charge

psychothérapeutique avec un psychologue et des entretiens individuels et éventuellement familiaux avec un psychiatre. Il nous a semblé qu'une prise en charge uniquement en psychothérapie individuelle serait mal tolérée par la jeune fille, que l'intensité du transfert et la menace de dépendance seraient telles qu'une rupture à court terme serait probable. L'introduction d'un tiers, référent du soin, nous a de nouveau paru souhaitable d'autant que cela permettait de ménager aux parents une place nécessaire, mais distincte du cadre psychothérapeutique individuel.

A.3.3. Des questions.

L'investissement du soin proposé dans l'unité est resté fragile car la séparation du milieu familial a été mal tolérée par la patiente et ses parents. Nous pensons aujourd'hui que l'indication de l'hospitalisation était sûrement souhaitable mais que l'élaboration de ce projet avec la patiente et sa famille aurait peut-être optimisé les bénéfices de la prise en charge.

A.3.4. Quelques mois plus tard

Nous avons contacté le C.M.P. où était suivie G., celle-ci a rencontré de façon régulière Monsieur S., le psychologue, jusque peu de temps après les épreuves du baccalauréat où lors d'un entretien G. a exprimé le souhait de sortir un soir avec des élèves de sa classe et où pour ce faire elle pensait mentir à ses parents. La jeune fille aurait mal accepté que le psychologue lui renvoie qu'il ne cautionnait pas le fait de mentir à ses parents.

D'après Mr S., G. a mal vécu le départ de sa psychiatre référente, le docteur G.. Les projets de Gaëlle (et de ses parents) sont que la jeune fille passera l'année suivante chez ses parents pour travailler sa musique. Elle a peu investi les relations extrafamiliales durant cette année. Elle n'aurait pas reproduit d'automutilations.

B. PHILIPPE B.

B.1. PREMIER ENTRETIEN :

B.1.1. Questionnaire 1

B.1.1.1. Mode de venue :

Nous ne disposons pas d'informations concernant ce patient en dehors du fait qu'il a pris rendez-vous par téléphone personnellement. Nous recevons ce patient dans le cadre d'un remplacement dans le secteur libéral.

B.1.2. Questionnaire 2 (notes prises après dix minutes d'entretien)

B.1.2.1. Comportement non verbal :

- dans la salle d'attente :

le patient est un jeune homme de 20/25 ans, il se lève rapidement et paraît intimidé, anxieux.

- dans le bureau :

Le patient se tient un peu de côté, semble mal à l'aise, il prend cependant la parole spontanément, s'exprime clairement, il semble avoir réfléchi à ce qu'il allait dire.

- présentation :

Philippe B. est grand et mince, il a les cheveux châtons, les yeux bleus et porte des lunettes. il est vêtu d'un jean's et d'un grand tee-shirt noir portant des motifs. Son style vestimentaire, sa coiffure nous évoque un style adolescent mais porté il y a plusieurs années.

B.1.2.2. Entretien :

- Attitude :

P. sourit de façon défensive, comme s'il voulait prendre une certaine distance avec ses difficultés.

- Réactions subjectives spontanées du thérapeute :

Nous ressentons un certain étonnement suscité par le décalage entre les symptômes rapportés par le patient et la qualité de la verbalisation et du contact.

- Caractéristiques de base de la relation :

Nous adoptons une position plutôt basse en laissant le patient développer son propos en intervenant peu et par des questions ouvertes. Le patient semble avoir besoin de livrer son histoire et ses réflexions.

- Contenu verbal :

- Les premières phrases :

T : « Qu'est-ce qui vous amène ? »

P : « Différents problèmes, on verra si il y a des liens entre eux. Ca dure depuis quelques années, il y a différents troubles. Je dors beaucoup trop, je fais des épisodes de paranoïa avec presque des hallucinations ... et plus récemment un épisode de dédoublement de personnalité avec des voix qui me parlent et à côté de ça un état général dépressif. J'ai pas mal de problèmes et un passif familial... au niveau des études aussi ... ».

T : « Quelles études ? »

P : « dans l'aménagement du territoire : un Master S.I.G. ».

- La plainte :

P. se plaint de difficultés professionnelles : « Par rapport au boulot, j'ai aussi des troubles de la concentration. J'ai arrêté mon stage de fin d'études car j'étais incapable de me concentrer et parfois tellement mécontent de mon travail que je le jetais à la poubelle ... alors j'ai arrêté. ».

- Indications données spontanément par le patient concernant le contexte de la consultation :

Les difficultés professionnelles sont présentées comme à l'origine de la consultation. Ces soucis sont d'emblée mis en relation avec des troubles plus anciens.

B.1. 3. Résumé de l'entretien :

Lorsque nous interrogeons P. sur ses idées concernant l'origine de ses difficultés, celui aborde la question du « passif familial » : « ma mère était alcoolique, dans la famille on parle peu, on garde tout pour soi. Et mon père a eu des soucis avec son entreprise, il a dû déposer le bilan. Je fume du cannabis tous les jours depuis 5-6 ans. »

Les moments de paranoïa sont accentués par la consommation de cannabis mais P. croit qu'il est comme ça depuis tout petit. Il rapporte un événement, en septembre 2004, où « ça a été extrême » : alors qu'il passait un week-end en Normandie chez des amis il a eu l'impression d'« être la risée de la famille ».

Pour P. les difficultés relationnelles se sont « décuplées » au moment où il s'est « intéressé » aux filles. Il pense avoir toujours été passif dans les rapports de séduction. Le jeune homme a vécu plusieurs histoires sentimentales dont une, importante, il y a 2 ans. Il précise que le début de cette histoire coïncide avec le moment du décès de sa mère. Cette dernière est morte des suites d'un cancer lié à l'alcoolisme et le patient explique que sa mère buvait « depuis le mariage », puis a connu une période où « ça allait mieux » puis une recrudescence de l'éthylisme au moment des difficultés financières de l'entreprise familiale.

P. confie avoir très mal vécu la dépendance de sa mère à l'alcool et avoir eu besoin de beaucoup de temps pour pouvoir en parler. Il avait cependant abordé la question avec ses parents à l'âge de 13-14 ans mais ceux-ci avaient refusé l'échange.

P. décrit les relations avec sa mère comme chaleureuses, tendres mais superficielles. Il se plaindra d'une absence de « vraie discussion ». Le patient rapporte un souvenir : « un soir, après une engueulade, je ne me souviens plus qui consolait qui, c'était la première fois où on parlait du problème d'alcool ». Par la suite, le couple parental s'est « plus ou moins » séparé, la mère quittait le domicile familial puis revenait, elle fréquentait des marginaux et les relations mère-fils se sont dégradées. Le patient s'est finalement rapproché de sa mère lorsqu'elle est tombée malade.

Le patient décrit les relations avec son père lorsqu'il était enfant comme empreintes d'admiration. Pour lui, son père est alors quelqu'un de « fort », de « charismatique » mais qui ne parlait pas et l'enfant a interprété ce silence comme un rejet. Il a alors voulu être digne de son père (en faisant des études) mais aussi s'en différencier.

P. a une petite sœur de 24 ans qui est mariée et a 2 enfants (P. a 26 ans). Elle va bien actuellement mais a aussi beaucoup souffert des troubles du comportement de la mère puisque celle-ci accompagnait sa fille lors de ses sorties et avait des

« histoires » avec ses amis. Par ailleurs, la sœur est tombée enceinte d'un adolescent de ce groupe, (celui-ci n'a pas souhaité assumer sa paternité), l'enfant est mort 3 jours après la naissance.

Concernant la demande de soin, Philippe B. attend de pouvoir « faire le tri » dans ce qu'il nous a dit, il confie avoir déjà essayé de le mettre en forme par la photographie ou l'écriture, mais être dans un « perpétuel état de doute ».

Le jeune homme a déjà effectué 3 démarches pour être suivi psychologiquement en 4 ans. Il a rencontré un psychanalyste dont la façon de parler ne lui convenait pas, un psychologue très brièvement aussi et un psychiatre qu'il a vu plusieurs fois car il lui inspirait confiance (ou parce qu'il était plus motivé confie t'il avec ambivalence). Ce suivi s'est ponctué par une « crise de parano », P. avait l'impression que le thérapeute se moquait de lui.

Le patient a obtenu le présent rendez vous en cherchant, à l'aide de l'annuaire, la consultation la plus rapide.

B.1.4. Premières hypothèses :

B.1.4.1. (Éléments pouvant renseigner sur le fonctionnement psychique)

- Comportement non verbal :

Le patient exprime peu d'émotions en dehors de l'anxiété. Peu d'affects aussi sont perçus. La distance relationnelle semble correcte.

- Formulation verbale de la demande :

Le vocabulaire utilisé est riche et précis, le patient utilise des métaphores, le discours n'est pas toujours articulé mais les propos se succèdent avec une certaine logique. Le patient semble avoir tendance à intellectualiser.

- Caractéristiques verbales de la demande :

Le patient reconnaît l'existence d'un conflit intrapsychique, il décrit un perpétuel état de doute, un sentiment de rejet avec des accès de « paranoïa » qu'il critique. Il semble différencier la souffrance liée à son histoire familiale, de difficultés plus personnelles.

- Réaction émotionnelle du thérapeute :

Nous ressentons de l'empathie et de la compassion pour le patient, nous éprouvons le désir de le comprendre et de l'aider.

- Caractéristiques générales des interactions médecin-malade :

Le thérapeute a une position plutôt effacée avec l'impression parfois que le patient a besoin d'exposer sa situation pour y voir plus clair sans forcément attendre quelque chose de l'autre. Il a visiblement fait des recherches sur les troubles mentaux.

- Éléments significatifs du discours du patient :

- la première phrase (« différents problèmes, on verra si il y a des liens entre eux ») amène d'emblée la question des liens et du sens, ensuite le patient présente ses symptômes et évoque des « presque hallucinations », cette association de termes contradictoires interpelle et vient poser un doute sur les propos suivant : « et plus récemment un épisode de dédoublement de personnalité avec des voix qui me parlent ... et à côté de ça un état général dépressif ». Ici aussi la gravité des symptômes rapportés dans la première partie de la phrase inquiète mais l'association avec un état général dépressif dérange et nous déstabilise.

- Lorsque le patient expose sa théorie sur l'origine de ses troubles (résumé de l'entretien ligne 2 à 4) il juxtapose l'alcoolisme de la mère, l'absence de communication dans la famille, le dépôt de bilan du père et le cannabis. Plus loin, il mettra en lien l'alcoolisme de la mère avec son mariage d'une part et l'échec professionnel du père d'autre part, semblant ainsi attribuer au père la responsabilité des difficultés de la mère.

- P. fait coïncider ses difficultés relationnelles avec la question de la séduction : « ça a décuplé à partir du moment où j'ai commencé à m'intéresser aux filles, dans les rapports de séduction j'ai toujours été passif. »

- Nous pouvons supposer qu'il existe une certaine confusion des générations quand le jeune homme décrit d'une part la période où sa mère fréquentait les amis de sa sœur et d'autre part, peut être, quand il évoque le souvenir d'une scène avec sa mère et ne se souvient plus « qui consolait qui ».

- L'image du père présentée correspond à une image infantile (« fort, charismatique »), contrairement à celle de la mère qui est plus contrastée.

- Éléments significatifs du discours du thérapeute :

« Vous avez confié souffrir d'un sentiment de rejet important et vous avez fait un lien avec votre passé ainsi qu'une image peu valorisante que vous avez de vous. Nous pourrions nous revoir pour essayer de comprendre la nature de ces liens. ». Nous ne sommes pas en mesure à la fin de ce premier entretien de proposer une première interprétation, il paraît toutefois utile de renvoyer au patient le terme de lien et d'associer le sentiment de rejet éprouvé avec l'image dévalorisée du moi.

Au terme de cet entretien, il nous est difficile d'émettre des hypothèses concernant le type d'étayage objectal avec lequel fonctionne le patient, ainsi que sur le déclenchement de la crise actuelle même si la perspective de l'entrée dans la vie professionnelle intervient probablement. Concernant le passé et la place qu'a pu occuper le patient dans le triangle oedipien, nous supposons que le patient a bénéficié d'une certaine proximité avec sa mère pendant l'enfance, que cette proximité a été favorisée par l'impression de distance du père. Le patient semble être dans une quête de compréhension de son fonctionnement.

Nous avons rencontré le patient à 3 reprises, voici le résumé des 2 entretiens suivant, au terme de ces 3 consultations nous proposerons au patient une interprétation et une orientation thérapeutique.

B.2. RESUME DU DEUXIEME ENTRETIEN :

P. annonce qu'il n'a pas de nouvelles réflexions à apporter, qu'il réfléchit dans le vide, puis fait référence à l'étranger de Camus en nous demandant si nous l'avons lu. P. se plaint de ne pas avoir d'envie ni de joie, de ressentir de l'indifférence. Ensuite P. reprend l'histoire de sa maladie : il a vécu une période d'excitation il y a 3 ans, il faisait alors beaucoup de choses, puis il a diminué progressivement ses activités. Il aimerait cependant faire de nombreuses activités : de la photo, du surf, voyager, voir ses amis, des gens, aller à des expositions sur l'art urbain. Face à ces projets, il exprimera la peur de ne pas y arriver, ainsi il a souvent commencé des choses sans pouvoir les finir.

Il emploiera même le terme « minable » pour qualifier le résultat d'un éventuel travail. P. dira qu'il éprouve la peur de ne pas plaire à tout le monde et confie changer souvent son attitude pour plaire aux autres. La seule situation où la question de la séduction ne se pose plus est lors des moments passés avec ses amis proches. Sans rapport évident, P. raconte une tentative de suicide par pendaison qu'il a fait à l'âge de 6-7 ans. Il se souvient avoir voulu se pendre à la porte du garage, devant sa petite sœur, il ne peut expliquer ce geste, pense qu'il existe peut-être un rapport avec son goût de l'époque pour les western. Il s'interroge sur le fait que son souvenir diffère de ce que lui a rapporté son père sur cet événement : le père a retiré la corde du cou de P. qui s'était dénouée de la porte puis l'a emmené à l'hôpital pour soigner les lésions qui se sont révélées superficielles. P. se souvenait que son père était absent et que se sont sa mère et une tante qui sont intervenues.

Concernant ses relations amicales, P. confie que ce qu'il apprécie chez ses amis proches, c'est leur assurance, leur caractère « entier », leurs différents talents et les projets qu'ils construisent. Nous renvoyons à P. que la description qu'il fait du caractère de ses amis rappelle d'une certaine façon la manière dont il parle de son père. Le patient n'est pas d'accord, il dit que son père est convaincu d'être quelqu'un

de bien, qu'il a mauvais caractère , qu'il est admiré dans son travail, puis il parle de cette image qu'il veut donner aux autres et ajoute : « je lui ressemble de plus en plus, il ne parle quasiment plus, je vois bien qu'il n'est pas heureux ... je suppose qu'il faut accepter une certaine part de fatalité. ».

Nous proposons au patient de réfléchir sur ce qu'implique pour lui d'accepter une certaine part de fatalité et lui fixons alors un dernier rendez vous .

B.3. RESUME DU TROISIEME ENTRETIEN :

Cet entretien sera plus riche émotionnellement. P. reprend la question de la fatalité et dit avoir du mal à accepter l'inéluctable, il situe le commencement de cette préoccupation sur la « fatalité » à son départ du domicile familial : « cette notion de fatalité s'est posée quand le contexte familial s'est simplifié : je ressentais moins de pression, il y avait la distance physique (départ en fac)... j'ai essayé de vivre ma vie et c'est là que ça a commencé à ne plus aller pour moi, les problèmes devenaient visibles ».

P. exprime un sentiment de culpabilité vis à vis de l' « échec du sauvetage de la famille » et exprime la peur de « re »souffrir, « je n'ose plus m'engager de peur de renouer avec le sentiment d'échec ».

Nous abordons la question des relations sentimentales. P. a vécu une relation sentimentale « sérieuse » avec E. pendant 3 ans. Il l'a rencontrée en 2^e année de D.E.U.G. et dit : « ça a été génial, cela m'a tiré vers le haut, une phase ascendante avec un sentiment de bien être. J'avais besoin de parler et E. s'est intéressée, elle avait aussi des problèmes. Pendant 3 ans il y a eu des hauts et des bas, des séparations, des crises de nerfs, nous étions tous les deux aussi écorchés, je crois qu'on supportait mal le miroir de cet état chez l'autre ». Ensuite la jeune femme est allée poursuivre ses études à Paris et P. décrit une période de doute, de perte de confiance, où il avait une « sale image » de lui et où il a commencé à mentir à E. sur le quotidien avec l'intention de lui donner une image plus valorisante.

P. pense que ses mensonges ont peut être aussi la fonction de ne pas montrer à E. qu'elle n'avait pas réussi (à le soigner). Les rencontres du couple se sont en fait de plus en plus espacées, ils se sont séparés plusieurs fois et finalement leur rupture est très récente.

Quand nous interrogeons le jeune homme sur son désir de sauver sa famille, celui-ci exprime une certaine inquiétude devant l'impression d'une inversion progressive des rôles entre parents et enfants. Nous renvoyons au patient la très lourde responsabilité et le supposé pouvoir qu'impliquerait une telle entreprise de « sauvetage » de la part d'un enfant pour ses parents. A l'inverse, penser pouvoir sauver l'autre peut aussi signifier pouvoir lui faire du mal.

Nous renvoyons alors à P. que peut être, le fait de porter une telle responsabilité vis-à-vis des autres peut représenter un frein lorsque l'on veut s'engager dans divers projets ou relations.

Par ailleurs, nous insistons sur les risques et les effets secondaires d'une consommation prolongée et régulière de cannabis, nous pensons que les épisodes de paranoïa sont fortement liés à cette substance et nous conseillons au patient d'arrêter d'en fumer. Il fume 1 à 2 joints chaque soir.

Nous proposons au patient un suivi psychothérapeutique avec le Docteur L. Le patient semblera ambivalent quand à l'intérêt de cette démarche.

B.4. AU TERME DE CES TROIS ENTRETIENS :

Le premier entretien ne nous aura pas suffi pour formuler les hypothèses psychopathologiques et renvoyer au patient une interprétation. Suite aux 2 entretiens suivants nous pouvons proposer des idées concernant :

B.4.1. L'étayage objectal :

L'hypothèse avancée tout d'abord , qui supposait une dynamique de changement où au moins de compréhension est à revoir, le facteur déclenchant à l'origine de la crise actuelle est probablement la rupture sentimentale. La relation, même instable, avec E. semblait permettre à P. de maintenir un certain équilibre, le rôle d'aide, de soutien et d'écoute que prenait E. renforce l'idée que P. souhaite inconsciemment restaurer cet équilibre en sollicitant un soignant.

De plus, le type de relation amoureuse du patient où le partage des souffrances est essentiel, où l'un et l'autre se consolent, (et qui rappelle le mode de relation avec la mère), montre l'utilité et la fonction donnée à la souffrance dans les relations affectives.

B.4.2. Hypothèse concernant le déclenchement de la crise actuelle :

La séparation affective dont nous venons de parler ainsi que la perspective de l'entrée dans la vie active paraissent des éléments importants à prendre en compte.

B.4.3. Hypothèse concernant le passé du sujet (hypothèse sur la place du sujet dans le triangle oedipien) :

Le fantasme d'être le « sauveur » est à mettre en parallèle avec la proximité oedipienne de la mère et un certain degré de « parentalisation » qui a pu exister. La résurgence des pulsions oedipiennes à l'adolescence s'est accompagnée d'une prise de distance et d'agressivité. La maladie puis le décès de la mère ont, en plus de la douleur et du trauma qu'ils représentent, certainement fait écho aux pulsions agressives liées à la résurgence de la problématique oedipienne.

Pour P., le passage au statut d'adulte, avec le fantasme du meurtre des parents qu'il véhicule paraît particulièrement complexe à négocier puisque, d'une part sa mère est morte, et d'autre part son père est en souffrance, déchu de son statut social avantageux.

B.5. DISCUSSION CLINIQUE

Dans un premier temps, il nous semble important d'expliquer le choix de ce cas clinique dans un travail sur l'adolescence. Il nous a semblé que même si la souffrance psychique du patient est ancienne et « installée », la problématique en jeu et qui n'est pas, ou mal, résolue est celle de l'adolescence. Les premiers indices cliniques ayant orientés notre choix sont l'apparence physique du patient et le contexte de la consultation c'est-à-dire la difficulté à entrer dans la vie professionnelle.

B.5.1. D'un point de vue psychodynamique et diagnostic

Nos premières réflexions concernant les hypothèses psychodynamiques et diagnostiques ont été marquées par une certaine confusion. Nous avons à la fois évoqué un trouble névrotique et un état prépsychotique.

Les éléments en faveur d'un état prépsychotique reposent essentiellement sur les symptômes rapportés par le patient et sont :

- les épisodes de « paranoïa »
- les « presque hallucinations »
- l'« épisode de dédoublement de personnalité avec des voix qui me parlent »
- l'ancienneté des troubles décrits et la dégradation progressive de la vie sociale et relationnelle.

Ce qui nous a dérangé, c'est qu'habituellement, ce type de symptomatologie, très évocatrice de psychose, est rarement mis en avant et critiqué par le patient. De plus, c'est le plus souvent la nature du contact qui alerte le thérapeute qui cherche alors à mettre en évidence les troubles.

Dans ce cas nous avons été surpris par notre réaction de doute quant à la réalité des symptômes allégués.

En dehors des symptômes rapportés nous n'avons constaté ni idées délirantes, ni discordance et le contact avec le patient était plutôt bon (pas de méfiance, de froideur ou de pauvreté du contenu du discours).

Nous avons donc choisi de mettre en suspens cette hypothèse.

Nous nous sommes concentrés alors sur le contenu du discours du patient et nous y avons trouvés différents éléments se référant d'avantage à la structure névrotique. Les fonctions maternelles et paternelles sont perçues et différenciées. On peut se demander si la fonction parexcitante de la mère a bien été remplie ou perçue du fait de la proximité oedipienne décrite par le patient (absence du père, place des générations). Concernant le père, il semble que le patient lui attribue inconsciemment la responsabilité des problèmes de la mère (lorsqu'il relie l'alcoolisme de la mère au mariage, aux difficultés financières du père).

D'autres éléments sont en faveur d'une organisation névrotique.

Nous retrouvons deux thèmes constants des problématiques névrotiques que sont l'inhibition et la culpabilité. Lorsque le patient explique sa difficulté à aboutir ses projets par peur d'être en échec ou plus probablement déçu, nous mettons cette inhibition en lien avec l'angoisse de castration. Lorsque le patient évoque la

« fatalité » et la crainte de l'inversion des rôles entre parents et enfants, crainte qui participe sûrement à sa difficulté à accéder au statut d'adulte, nous voyons le fantasme du meurtre du père.

La conscience de l'origine intrapsychique du conflit est aussi en faveur d'un fonctionnement névrotique.

Ensuite, intéressons nous à nos réactions face à ce patient et à son comportement. Notre désir soignant a été mobilisé et au-delà nous avons souhaiter percer le mystère de ce patient, un peu à la manière d'un défi. Par la suite, il nous a semblé que le patient, par le discours plutôt pessimiste qu'il tient, par le peu de cas qu'il fait de nos interventions et par l'ambivalence qu'il exprime vis-à-vis des soins nous renvoie rapidement à nos modestes possibilités.

Nous nous demandons alors si dans sa première phrase, le « on verra » utilisé, ne s'inscrit pas dans la même dynamique et serait alors une façon pour le patient d'annoncer qu'il gardera la maîtrise de la situation.

Nous nous demandons finalement si la confusion que nous avons ressenti n'est pas à mettre en lien avec la confusion du patient qu'il exprime par l'idée de pouvoir « faire le tri » dans ce qu'il dit et nous pensons alors à une confusion névrotique de nature hystérique peut-être.

Cette hypothèse résultant de l'association de :

- l'impuissance que le patient nous renvoie
- les attentes affectives déçues vis-à-vis du père.
- l'angoisse de castration
- la mythomanie
- la symptomatologie bruyante apportée et qui ne s'exprime pas pendant les consultations.

En fait, le patient est très défensif et difficile à cerner, nous aurions aussi pu évoquer dans le registre névrotique un fonctionnement phobique (évitement de situations relationnelles pouvant mobiliser l'angoisse de castration).

Nous ne nous sommes pas encore préoccupé de la symptomatologie addictive présentée par le patient. Ces troubles peuvent s'intégrer dans une conduite d'évitement de la pensée et une lutte contre l'angoisse de castration, et viendraient dénier le manque dans la réalité. Ces symptômes sont en lien avec la dépendance affective importante de P., probablement essentielle dans sa problématique psychique. La consommation régulière et ancienne de cannabis interfère probablement avec le vécu persécutif d'une part et le vécu dépressif d'autre part.

Pour conclure, d'un point de vue psychopathologique, nous pensons que le patient n'a pu résoudre et élaborer sa problématique adolescente pour diverses raisons.

La mort de la mère représente un traumatisme majeur, le fait que sa disparition survienne au moment de l'adolescence avec la résurgence des pulsions agressives que cela comprend n'a pu que compromettre davantage le processus. Parallèlement, la fragilité du père à cette période ne permettait pas que le patient réaménage ses liens avec les objets oedipiens. Comment résoudre le meurtre symbolique du père et trouver un compromis entre une représentation infantile très valorisante et une représentation actuelle marquée par la fragilité ?

Comment supporter d'éventuelles pulsions parricides alors que le père est affaibli ?

Le jeune homme porte peut-être le fantasme que ses pulsions agressives ont pu détruire sa mère dans la réalité ?

Un autre évènement traumatisant comme la mort de l'enfant de sa sœur (non reconnu par le père) a du interférer aussi à ce moment.

La question du diagnostic reste donc à préciser.

B.5.2. D'un point de vue thérapeutique,

nous regretterons pour ce patient l'absence d'une prise en charge précoce à l'adolescence et reprendrons les termes de P.Jeammet qui place les enjeux de la psychothérapie de l'adolescent au-delà du traitement de la « maladie », en essayant d'éviter de « sceller le destin de l'adulte » et de permettre l'épanouissement des capacités de l'individu.

Chez ce patient nous constatons une « chronicisation » des troubles qui viennent traduire les achoppements du processus d'adolescence mais nous supposons qu'à la faveur de la crise actuelle une reprise des processus d'identification est possible. Malgré les ruptures de soins précédentes nous proposons un suivi individuel au patient. Ce choix a été en partie conditionné par des contraintes pratiques. Nous supposons que, comme dans la situation de G., une prise en charge bifocale aurait été intéressante car la dépendance affective du patient est grande et de plus, il a décrit des réactions transférentielles assez violentes où dominait l'impression que le thérapeute se moquait de lui.

Ce type de prise en charge est plus difficile à mettre en œuvre dans le secteur libéral.

B.5.3. Quelques semaines plus tard

Le patient a entamer un suivi avec le docteur L. et reporte parfois les rendez-vous tout en demandant au psychiatre si une prise en charge tous les quinze jours suffira. Le docteur L. n'a pas posé de diagnostic précis, il trouve le patient très défensif, se demande quel crédit attribuer à ses propos et il hésite aussi entre une entrée dans la psychose et une névrose hystérique « sévère ».

C. INTERÊTS ET LIMITES DE LA METHODE CHOISIE POUR CES CAS CLINIQUES

Nous avons pris un plaisir certain à découvrir et à utiliser le modèle proposé par E. Gilliéron et plusieurs avantages nous sont rapidement apparus en pratiquant cette méthode.

Le premier concerne le recueil des données cliniques qui nous paraît plus exhaustif que dans notre pratique habituelle et nous avons pu ainsi apprécier le gain de rigueur trouvé. Ceci est d'autant plus intéressant que ce caractère plus exhaustif reste compatible avec un modèle d'investigation de type associatif et donc permet une certaine souplesse et une ouverture dans le déroulement de l'entretien.

Par ailleurs, cette méthode permet de repérer des données de nature subjective et de les exploiter sans les subir (les réactions émotionnelles par exemple). Chez P. par exemple l'attention portée aux réactions du thérapeute aura permis d'éviter de poser

un diagnostic peut-être trop hâtif avec les conséquences thérapeutiques que cela implique.

Un autre atout majeur réside dans l'exigence de « problématiser » rapidement la situation rencontrée et donc pour cela de mener précocement une réflexion psychodynamique et psychopathologique et de traduire cette réflexion en terme de projet de soin.

La prise de conscience et l'analyse rapide des dimensions transférentielles et contre-transférentielles de la relation thérapeutique avec les notions d'étayage objectal et de crise relationnelle qui s'y rapporte permettent d'adapter au mieux l'attitude thérapeutique et d'éviter parfois des passages à l'acte comme des ruptures précoces des soins. Ceci semble particulièrement vrai dans la population adolescente chez qui les mouvements transférentiels sont spécialement intenses ou brutaux.

Pour exemple, dans le cas de G., l'introduction d'un tiers assez rapidement dans la prise en charge aura permis de maintenir une alliance suffisante et surtout d'apaiser la tension psychique importante de l'adolescente.

Le fait de proposer une interprétation et un focus peut permettre à l'adolescent de se représenter le soin de façon moins évasive, moins abstraite, moins lointaine et surtout peut lui permettre de s'en saisir, d'en devenir acteur.

Un autre intérêt essentiel mis en évidence par l'utilisation des thérapies brèves analytiques tient dans l'efficacité de cette méthode même en l'absence de sémiologie psychiatrique précise comme c'est le cas chez l'adolescent où « il est souvent difficile d'articuler le regroupement symptomatique et l'évaluation du fonctionnement psychique en terme structurel » [D. Marcelli- E.M.C.].

Il nous semble que l'exploitation des données fournies par les thérapies brèves nous a aidé à nous forger une représentation du fonctionnement psychique des adolescents que nous avons rencontrés.

Comme tout outil psychothérapeutique, les psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique ont leurs limites.

Dans ses ouvrages E. Gilliéron propose parfois des tableaux de référence permettant d'interpréter des éléments cliniques (comme lorsqu'il propose un tableau associant les caractéristiques relationnelles retrouvées et les organisations de personnalité). Il ne s'agit probablement pas pour l'auteur de fournir des « formules » d'interprétation définitives et exhaustives des données cliniques mais de donner des repères, utilisables à titre indicatif, et fondés sur un savoir théorique et technique conséquent.

A propos de ce type de tableau, on peut remarquer que l'auteur suppose que tous les thérapeutes auraient la même façon de réagir face à telle ou telle problématique.

Il existe probablement d'autres limites à définir et celles-ci se préciseraient au terme d'une expérience plus grande.

Finalement, nous avons surtout trouvé des avantages à la pratique de cette méthode qui est venue enrichir nos outils techniques.

CONCLUSION

Beaucoup d'auteurs s'accordent pour dire que le premier entretien a une importance fondamentale et qu'il contient souvent les éléments qui constitueront l'essentiel de la cure psychanalytique.

Pour exploiter de façon optimale son contenu, E. Gilliéron propose une grille de classification des organisations de personnalité se fondant essentiellement sur les rapports entre les interactions patient-thérapeute et les capacités de mentalisation du patient.

Il propose également une technique d'investigation de type associatif respectant les principes fondamentaux de la psychanalyse. Pour cet auteur, l'avantage de cette méthode sur la psychanalyse tient dans la prise en compte du système d'interaction qui s'instaure entre le patient et le thérapeute du fait du dispositif en « face à face ». En fait, ce sont les rapports entre interactions et mentalisations qui sont explorés et pour cela, Gilliéron fait appel au modèle de l'étayage objectal qui montre comment le sujet prend appui sur l'objet pour entretenir son équilibre psychique.

Gilliéron décrit l'attente inconsciente de tout patient consultant pour la première fois comme la quête d'un objet de remplacement, un objet qui colmate les angoisses et évite au sujet d'avoir à faire des prises de conscience douloureuses.

La compréhension de ce mécanisme ouvre la voie à une interprétation initiale, provocatrice de changement et pouvant donner lieu à une intervention psychothérapeutique.

Il est essentiel de distinguer l'intervention psychothérapeutique des premiers entretiens de la psychothérapie « classique » en cela que le processus psychothérapeutique nécessite un cadre précis et implique les notions de transfert et de contre transfert.

Le travail clinique rapporté autour des premiers entretiens ne correspond pas tout à fait au cadre psychothérapeutique, il précède sa mise en place et fait appel aux notions de dimensions transférentielle et contre transférentielle.

Les thérapies brèves d'inspiration psychanalytique sont caractérisées par la technique du « face à face », par une limitation temporelle et par la focalisation du traitement sur un symptôme. Cette forme de psychothérapie envisage la pathologie dans ses aspects somatiques, intrapsychiques et environnementaux. Elle respecte le cadre psychanalytique de base et utilise les effets de ce cadre à des fins thérapeutiques.

Il existe différents modèles de psychothérapie analytique brève, nous avons choisi le modèle développé par E. Gilliéron qui nous a semblé être le plus « fidèle » à la théorie psychanalytique.

Cette méthode nous a fourni des principes techniques et des points de repères pour parvenir à un diagnostic psychodynamique précoce et nous orienter vers une prise en charge adaptée. Cette technique nous a paru d'autant plus intéressante qu'elle permet d'aborder et d'exploiter des données de nature subjective.

Nous nous représentons cet apport comme un nouveau référentiel compatible avec la psychanalyse et pouvant être utilisé de façon synergique avec les données de celle-ci.

L'avantage essentiel de cette technique nous paraît tenir dans la précocité du repérage et de l'analyse des dimensions transférentielle et contre transférentielle qu'elle permet. En effet, nous faisons le lien avec la fréquence des ruptures de soin en début de prise en charge et nous en déduisons l'intérêt d'analyser rapidement les enjeux relationnels et l'attitude thérapeutique à adopter en conséquence.

A propos des thérapies brèves analytiques chez l'adolescent, sans pouvoir nous prévaloir d'une expérience suffisante dans ce domaine, nous percevons certains intérêts à ce type de pratique.

La temporalité renvoie l'adolescent à l'attente, à la passivité et à l'absence de maîtrise. Proposer une durée limitée, même si cela implique d'emblée la question de la séparation, peut rassurer. De plus, le fait de proposer rapidement à l'adolescent un soins centré sur une problématique qu'on l'aidera à identifier pourra le rassurer et l'aider à se saisir du soin proposé. Celui-ci pourra alors paraître moins inquiétant, moins intrusif. puisque ne s'adressant qu' à une partie reconnue, identifiée de sa problématique intrapsychique.

Nous pouvons nous demander si la limitation du travail au focus, de façon assez identique aux contrats de soins fréquemment utilisés dans les unités spécialisées pour les adolescents, ne permettrait pas de contenir d'une certaine façon la pulsionnalité. Nous mettons ici en avant la fonction protectrice du Moi des thérapies brèves.

Par ailleurs, l'abord global : somatique, intrapsychique et environnemental proposé dans les thérapies brèves analytiques paraîtrait adapté au fonctionnement de l'adolescent qui met beaucoup en acte dans les relations avec l'entourage ses conflits internes.

Enfin, d'un point de vue diagnostic, la structure psychique « ouverte », en devenir de l'adolescent ne se traduit pas, comme plus souvent chez l'adulte, par une sémiologie précise et l'outil fournit par les thérapies brèves aide à comprendre et à se représenter le fonctionnement intrapsychique de l'adolescent.

Nous soulignerons pour conclure le grand intérêt que nous portons aux structures spécialisées dans la prise en charge des adolescents en crises. Nous avons eu la chance durant notre internat de travailler à l'unité E.S.P.A.C.E et à l'unité Anjela Duval et nous restons marqués par la richesse de l'outil institutionnel développé dans ces unités, en particulier par la dimension plurifocale et pluridisciplinaire du soin proposé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BALINT M., ORNSTEIN Ph., BALENT E
La Psychothérapie focale .
Payot, Paris(1975).
- [2] BATESON G.
Vers une écologie de l'esprit, T II.
Paris, Seuil ,(1980).
- [3] BELLAK, SMALL L.
Emergency psychotherapy and brief psychotherapy.
New York, Grune et Stratton (1968).
- [4] BRUSSET B.
A propos de l'élasticité de la technique psychanalytique.
Adolescence, vol. 1, n°1, p 87-91, (1983).
- [5] BRUSSET B.
L'or et le cuivre (La psychothérapie peut elle être et rester psychanalytique ?.
Revue Française de Psychanalyse, 3, p 559-579, (1991).
- [6] CAHN R., LADAME F.
Psychothérapie, psychanalyse et adolescence.
Adolescence, 1992, 10,2, 223-235.
- [7] DAVANLOO H.
Basic principles and techniques in short-term Dynamic Psychotherapy.
New York, SP Medical Books (1968).
- [8] DE MIJOLLA A. et DE MIJOLLA MELLOR S.
Psychanalyse.
P.U.F., 2003.
- [9] DESPLAND J.N., DE ROTEN Y., DESPLARS J., STIGLER M., PERRY J.C.
Contribution of Patient Defense Mechanisms and therapist intervention to the
développement of early Therapeutic Alliance in a Brief Psychodynamic Investigation
J. Psychother Pract Res ; 10/3 : 155-164(2001)
- [10] DESPLAND J.N. et coll .
Les interruptions précoces de psychothérapies : étude rétrospective.
Psychothérapies, 1, 3-15, Genève(1994).
- [11] DOUCET P. et REID W.
La psychothérapie psychanalytique, une diversité de champ clinique.
Gaëtan Morin éditeur,1996.
- [12] DONNET J.L.

Sur la rencontre avec l'adolescent.
Adolescence 1, 1-45-61.

[13] FERENCZI S.
Psychanalyse 3.
Payot, Paris, 1974.

[14] FREUD A.
« L'angoisse pulsionnelle à la puberté ».
Le moi et les mécanismes de défense
Paris, P.U.F., p 141-160 (1936).

[15] FREUD S.
La technique psychanalytique.
P.U.F., Paris, 1967(1913).

[16] GILLIERON E.

Psychoanalyse et système sont ils inconciliables ?

cothérapies et cothérapeutes, annales et psychothérapies, ESF, Paris, p 61-73,
(1979) .

[17] GILLIERON E., MERCERON C., PIOLINO P., ROSSEL F.

Evaluation des psychothérapies analytiques brèves et de longue durée :
comparaison et devenir.

Psychologie médicale, 1980, 12 : 623-636.

[18] GILLIERON E. (1989).

Des psychothérapies brèves.

2ème édition, PUF, Paris.

[19] GILLIERON E.

Le premier entretien en psychothérapie

(1996) DUNOD.

[20] GILLIERON E.

Interprétation, insight et changement dans l'investigation psychodynamique brève »,
Psychothérapies, volume 19, p 103-117(1999) .

[21] GILLIERON E.

Manuel de psychothérapie brève, 2ème édition.

Dunod, (2004).

[22] HOLLANDE C. (1983).

Quelques remarques sur les repères structurels et l'évaluation de la demande au
cours des entretiens préliminaires.

Bulletin de la société psychanalytique de Paris, n°4, p 3-8.

- [23] JEAMMET P.
La thérapie bifocale : une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence.
Adolescence, 1992, 10, 2, 371-383.
- [24] JEANNEAU A.
Misère et séduction de l'informel dans la psychologie de l'adolescence.
Evolution psychiatrique, vol. 38, n°4, p 747-763.
- [25] KAES R. et al
Crise, rupture et dépassement, Paris, Dunod (1979).
- [26] KAUFMANN L., GUILLERON E.
La dimension familiale dans les troubles psychiatriques et psychosomatiques.
Praxis 60/11 : 332-327(1971).
- [27] KESTEMBERG E..
Quoi de neuf ? Ou les enseignements du premier entretien .
A. Amyot, J. Leblanc, et W. Reid (1985), Psychiatrie-psychanalyse. Jalons pour une fécondation réciproque,
Chicoutimi, Quebec, Gaetan Morin Editeur, p 11-20(1985).
- [28] KRESS J.J.
Le maître, l'élève et la théorie en psychiatrie.
L'évolution psychiatrique, 52, 3, 1987, pp 627 à 633.
- [29] KRESS J.J.
Le psychiatre et les théories du fonctionnement psychique.
Confrontations psychiatriques n° 37, 1996, p 83-100.
- [30] KRESS J.J.
Le psychiatre devant la souffrance.
Confrontations psychiatriques, n° 42, 2001, p 75-89.
- [31] LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse.
Paris , PUF(1967).
- [32] LAUFER E., LAUFER M.
Adolescence et processus psychanalytique.
Adolescence, 1992, 10, 2, 237-248.
- [33] MALAN D.H.
A study of Brief Psychotherapy.
New York, Plenum Press(1963).
- [34] MANN J. (1973).
Time Limited Psychotherapy.
Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- [35] MANNONI M.

Le premier rendez vous avec la psychanalyste.
Genève, Denoël-Gonthier (1965).

[36] MARCELLI D. , BRACONNIER M.
L'adolescence aux mille visages

[37] MONTGRAIN N.
Quand l'analyste prend le temps en compte.
Psychiatrie française, n° 1.91, Mai, pp 113-124.

[38] ROUX M.L.
Temps de l'analyse, temps de la psychothérapie : un paradoxe ?
Revue française de psychanalyse, 2, 1991, pp 447-451 (1991).

- [39] SCHEFLEN A.E.
Systèmes de la communication humaine.
Bateson G., Birdwhistell R., Goffman E., Hall E.T., Jackson D., Scheflen A., Sigman S., Watzlawick P., La nouvelle Communication, Paris, Seuil (1981).
- [40] SIFNEOS P.
Psychothérapie brève et Crise émotionnelle.
Mardaga, Bruxelles, 1977.
- [41] STRUPP H.H.
Psychoanalysis « focal psychoterapy » and the nature of the therapeute influence.
Archives of General Psychiatry, vol 32, n° 1, p 127-135(1975).
- [42] TANGUAY B.
Le premier entretien et l'écoute psychanalytique.
Chemins cliniques – presses universitaires du mirail,1994.
- [43] TATOSSIAN A.
Qu'est-ce que la clinique ?
Confrontations psychiatriques n° 30, 1989, p 55-59.
- [44] TATOSSIAN A.
La phénoménologie : une épistémologie pour la psychiatrie ?
Confrontations psychiatriques n° 37, 1996, p 177-191.
- [45] THIBEAUDEAU M.
La première entrevue en psychothérapie.
Le méridien, Ottawa(1986).
- [46] VINCENT M.
Un point de vue psychanalytique sur les théories familiales.
Psychothérapies, 4, 277-280 (1983).
- [47] WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J.
Une logique de la communication.
Paris, Seuil(1972).
- [48] WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R.
Changements, paradoxes et psychothérapie.
Paris, Seuil(1975).

—
RESUME

Dans son travail, l'auteur s'intéresse à la rencontre avec le patient en psychiatrie et il envisage les premiers entretiens comme un moment fécond et décisif pour l'éventuelle prise en charge à venir.

Après avoir exploré le champ des thérapies brèves analytiques et s'être appuyé sur les travaux d'E. Gilliéron à Lausanne, l'auteur a choisi de mettre en pratique cette technique auprès d'adolescents.

Il propose, pour illustrer son propos, de présenter deux cas cliniques issus de son expérience intrahospitalière et libérale.

L'auteur conclut son travail en discutant des intérêts qu'il a trouvé dans la pratique des thérapies brèves analytiques et dans leur application chez l'adolescent.

MOTS CLES

Premier entretien – psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique – adolescence

Table des matières

CHAPITRE 1 : ADOLESCENCE : POINTS DE REPERES PSYCHODYNAMIQUES..	8
A LES POINTS ESSENTIELS.....	9
A.1. Perte de la quiétude et de la stabilité de l'image du corps.....	11
A.2. Perte ou séparation du lien oedipien.....	12
A.3. La conflictualité narcissico-objectale de l'adolescent.....	13
A.4. Les mécanismes de défense du Moi.....	14
A.5. La place des parents.....	15
A.6. Conclusion	15
B LA PSYCHOTHERAPIE DE L'ADOLESCENT.....	16
B.1. Les premiers entretiens.....	16
B.1.1. la spécificité de la rencontre avec l'adolescent.....	16
B.1.2. L'évaluation.....	17
B.1.2.1. L'évaluation individuelle :.....	17
B.1.2.2. L'évaluation familiale :.....	19
B.1.2.3. L'évaluation environnementale.....	19
B.2. La psychothérapie de l'adolescent.....	20
B.2.1. Existe t'il une spécificité de la psychothérapie des adolescents ?.....	20
B.2.2. Les objectifs.....	22
B.2.3.. Modalités techniques.....	23

B.2.3.1. Le déroulement de la psychothérapie.....	23
B.2.3.2. l'établissement du cadre.....	23
B.2.3.3. La place des parents.....	23
B.2.3.4. Les indications.....	23
B.2.3.5. Les différentes formes de psychothérapies.....	23
C. Conclusion :.....	25
CHAPITRE 2 : LES PSYCHOTHERAPIES BREVES ANALYTIQUES.....	26
A. NOTES HISTORIQUES.....	27
A.1. Racines de la psychanalyse.....	28
A.2. cadre et processus.....	29
A.2.1. Le dispositif.....	29
A.2.2. La relation thérapeutique.....	29
A.2.3. Le processus psychanalytique.....	30
A.3. La temporalité.....	31
B. NAISSANCE ET EVOLUTION DES THERAPIES BREVES ANALYTIQUES....	32
B.1. Origine des thérapies brèves analytiques.....	32
B.2. Evolution des thérapies brèves.....	33
C. DEFINITION , QUELQUES MODELES.....	37
C.1. Définition.....	37
C.2. Quelques modèles.....	39
C.2.1. L. Bellak et L. Small.....	39
C.2.2. K. Lewin.....	40
C.2.3. M. Balint et D. Malan.....	41
C.2.4. P. Sifneos.....	41
C.2.5. H. Davanloo.....	43
C.2.6. H. Strupp.....	44
C.2.7. L. Luborski.....	46
C.3. Les travaux d'Edmond Gilliéron à Lausanne.....	48
C.3.1. D'un point de vue théorique,	48
C.3.2. D'un point de vue pratique.....	56
C.3.3. Conclusion	60
D. VALIDITE.....	61
E. LE PREMIER ENTRETIEN	62
E.1. Le cadre de la consultation.....	62
E.2. L'investigation psychodynamique.....	62
E.3. L'analyse de la demande.....	63
E.3.1. Etude des aspects non verbaux.....	64
E.3.2. Communications verbales.....	66
E.4. Le modèle utilisé pour notre travail clinique.....	66
CHAPITRE 3 : CAS CLINIQUES.....	69
A. Gaëlle P.....	70
A.1. PREMIER ENTRETIEN (19.10.04).....	70
A.1.1. Questionnaire 1.....	70
A.1.1.1. Mode de venue :.....	70
A.1.1.2. Renseignements en possession du thérapeute avant le début de l'entretien : compte rendu des urgences :	70
A.1.1.3. Premières impressions fondées sur les éléments ci-dessus :	70
A.1.2. Questionnaire 2 (notes prises après dix minutes d'entretien).....	71
A.1.2.1. Comportement non verbal	71
A.1.2.2. Entretien :	71
A.1.3. Résumé de l'entretien :	72

A.1.4. Premières hypothèses (à la fin de l'entretien).....	73
A.1.4.1. première hypothèse concernant la structure de personnalité :.....	73
A.1.4.2. Etayage objectal :.....	77
A.1.4.3. Hypothèse concernant le déclenchement de la crise actuelle :.....	77
A.1.4.4. Hypothèse concernant le passé du sujet (rétrodictio)	77
A.2. L'HOSPITALISATION.....	78
A.3. DISCUSSION CLINIQUE.....	80
A.3.1. D'un point de vue psychodynamique et diagnostic.....	80
A.3.2. D'un point de vue thérapeutique.....	81
A.3.3. Des questions.....	82
A.3.4. Quelques mois plus tard.....	83
B. Philippe B.....	84
B.1. PREMIER ENTRETIEN :	84
B.1.1. Questionnaire 1.....	84
B.1.1.1. Mode de venue :	84
B.1.2. Questionnaire 2 (notes prises après dix minutes d'entretien).....	84
B.1.2.1. Comportement non verbal :	84
B.1.2.2. Entretien :	85
B.1. 3. Résumé de l'entretien :	86
B.1.4. Premières hypothèses :	87
B.1.4.1. (Eléments pouvant renseigner sur le fonctionnement psychique) ..	87
B.2. RESUME DU DEUXIEME ENTRETIEN :	89
B.3. RESUME DU TROISIEME ENTRETIEN :	91
B.4. AU TERME DE CES TROIS ENTRETIENS :	91
B.4.1. L'étayage objectal :	92
B.4.2. Hypothèse concernant le déclenchement de la crise actuelle :	92
B.4.3. Hypothèse concernant le passé du sujet (hypothèse sur la place du sujet dans le triangle oedipien) :	92
B.5. DISCUSSION CLINIQUE.....	93
B.5.1. D'un point de vue psychodynamique et diagnostic.....	93
B.5.2. D'un point de vue thérapeutique,.....	95
B.5.3. Quelques semaines plus tard.....	95
C. INTERÊTS ET LIMITES DE LA METHODE CHOISIE POUR CES CAS CLINIQUES.....	95