

COMPRENDRE LA PSYCHOTHERAPIE – Derrière l’art, la science.  
Michael Franz Basch  
1995, Paris, Seuil.

Dans tous les modèles proposés par Freud pour expliquer la motivation (1900, 1900, 1923), le cerveau fonctionne comme une chaudière dont la pression est constamment excessive, et qui, de ce fait, doit continuellement libérer à travers la pensée ou l’action, l’excédent d’énergie produit non seulement par l’instinct sexuel, mais aussi par l’instinct d’agressivité (postulé plus tard). Chez un individu sain, cet excès est canalisé de façon productive et d’une manière culturellement acceptable. En revanche, chez un individu malade, l’énergie est ou bien endiguée – ce qui engendre de l’inconfort tant au niveau des sentiments que de la pensée -, ou canalisée dans des activités improductives pour l’individu et/ou qui le font rentrer en conflit avec les modes de décharge instinctuelle généralement acceptée comme acceptables. P26

Par psychothérapie, je veux dire que à travers notre échange, notre « transaction », je parvins à donner à Al une image de lui-même différente de celle qu’il avait eue jusqu’alors ; c’est à dire une nouvelle image de lui-même, qui eut un effet bénéfique sur sa vie, et l’amena à changer non seulement ses sentiments envers lui-même mais aussi son comportement avec les autres. Ce petit portrait contient l’ensemble de ce dont il s’agit en psychothérapie dynamique. C’est à l’image de soi qu’un individu, ou l’idée qu’il a de lui-même, qui fournit à la fois le potentiel et les limites de son existence individuelle. La psychothérapie se concentre sur ce qui, dans l’idée qu’une personne a d’elle-même, entrave ce potentiel, ou la conduit à une tentative inappropriée et improductive pour percer ses limites, puis elle l’aide à résoudre ces problèmes. P 35-36

Les six phases de la psychothérapie :

*L’orientation* consiste à évaluer le patient : quelle sorte d’image un individu a-t-il de lui-même ? Quelle quantité d’amour-propre a-t-il ? Et sur quoi cette auto-évaluation est-elle fondée ?

*La consternation* est la phase où l’on se rend compte qu’on est désorienté : je pensais comprendre ce qui se passe mais en fait ce n’est pas ça. Pour le moment, je ne comprends pas pourquoi cette personne fonctionne de cette façon. Pourquoi se comporte-elle ainsi ? Que dit-elle ?

Dans la phase de *collaboration*, le thérapeute et le patient communique efficacement : maintenant que nous sommes sur la même longueur d’onde, comment puis-je aider cette personne à se servir de moi pour résoudre les problèmes qui semblent la gêner ?

La phase de *intégration* est celle où le patient s’approprie ce qui s’est passé dans la dyade thérapeutique ; il semble maintenant comprendre non seulement ce qui lui pose problème, mais aussi quelque chose du comment et du pourquoi cela est arrivé.

La *transformation* est un changement permanent dans la façon dont le patient fait face à ses difficultés : des changements importants ont lieu en lui, et il peut, par conséquent, traiter ce qui lui posait problème différemment et plus efficacement que quand il a commencé le traitement psychothérapeutique. P 36

Je ne voudrais pas laisser l’impression que le processus psychothérapeutique suit nécessairement les six étapes que je viens de décrire. Rétrospectivement, une fois le traitement terminé, on peut en général organiser son développement en fonction de celles-ci. Toutefois, au cours de la thérapie, les phases se chevauchent, et, dans une situation difficile, le patient peut revenir à des états antérieurs. En fait, dans chaque séance, ou groupe de séances, le thérapeute et le patient peuvent passer par des mini-cycles où l’on trouve les différentes étapes de la psychothérapie décrite ici. P41

Dans la première phase, celle de l’orientation, les deux participants de la transaction se jaugent mutuellement, et chacun en vient à tirer des conclusions préliminaires sur l’autre et sur leur situation commune. Ces conclusions peuvent mener à l’harmonie, à une sorte de « lune de miel » thérapeutique où chacun est satisfait de l’autre et forme une équipe avec l’autre. Mais, inévitablement, cet état de grâce est troublé dès lors que les côtés vulnérables et problématiques de la personnalité du patient commencent à être directement impliqués dans le processus thérapeutique. En général, ni le patient, ni le thérapeute ne comprend ce qui se passe. Souvent, le patient ressent à ce stade du traitement une angoisse croissante, et, bien qu’encore incapable d’identifier sa source, il réagit en trouvant des défauts au thérapeute et/ou au processus thérapeutique. Parfois un sentiment d’hostilité entre beaucoup tôt en jeu. P37

Vient ensuite la consternation du thérapeute qui se demande si une relation thérapeutique sera même possible, ou si les choses se sont bien déroulées, et si le traitement peut continuer. P37

Si la consternation du thérapeute n'aboutit pas à une rupture de l'empathie – autrement dit, si le thérapeute continue à s'efforcer d'entendre la signification de ce que le patient essaie de communiquer -, il se produit généralement une phase de réorientation pendant laquelle il arrive à une compréhension empathique de ce que le patient essaie d'accomplir à travers des comportements et des attitudes particulières. A ce stade, le thérapeute devient capable de reconnaître que, quelle que soit la nature de la lutte, elle concerne en premier lieu le patient : elle se produit en lui et non entre le patient et le thérapeute ; ce dernier à travers sa présence et ce qu'il apporte à la transaction donne au *patient* l'opportunité de jouer d'une façon ou d'une autre ce qu'il est obligé de faire pour maintenir son amour-propre chancelant. P38

Le thérapeute qui n'est pas encombré par son amour-propre quand il travaille avec un patient en conflit avec lui peut rester attentif à l'occasion qui se présente généralement à un moment donné de combler le fossé qui était là dès le départ, ou s'est creusé entre eux. P39

Réorienter, parvenir à comprendre le point de vue du *patient* ce que le patient dit, permet de restaurer l'harmonie et de collaborer – patient et thérapeute travaillent alors ensemble à atteindre un but thérapeutique. Tôt ou tard, ce processus permet au thérapeute de faire des interventions qui conduisent à l'intégration ; il fait des interprétations, éclaire certains aspects ou apporte d'autres commentaires orientés de façon empathique qui, ou bien amènent le patient à se voir sous un jour nouveau, ou bien mette en marche le processus qui conduit à ce résultat. P39

(...) permettre de prendre des décisions qui favorisent son développement et améliorent l'image qu'il a de lui-même. Tel est l'objectif visé pour tous les patients en psychothérapie. P40

Le véritable amour-propre, le sentiment authentique que l'on a d'être digne d'attention et de protection, d'être capable de grandir et de se développer, découle de l'expérience de la compétence – ou capacité à fonctionner de façon appropriée. Le psychothérapeute peut, certes, stimuler ce sentiment en essayant de supprimer les obstacles à son développement. Mais personne ne peut le donner à quelqu'un : chacun doit faire lui-même l'expérience de la compétence. Au mieux, des éloges insincères ou non méritées apaisent temporairement un sentiment d'insécurité permanent et, en renforçant le développement d'un tel soutien, ils font finalement obstacle au développement de l'individu. C'est pourquoi la psychothérapie, comme toute entreprise dans le domaine du développement humain, a en même temps comme base et comme but d'aider une personne à « faire quelque chose » plutôt que de lui « donner quelque chose ». le psychothérapeute est efficace dans la mesure où il a aidé quelqu'un à devenir lui-même. P42

La compétence, dans le sens où j'emploie ce mot se manifeste de différentes manières. Dans le domaine du comportement, elle permet de contrôler des événements extérieurs. En ce qui concerne le fonctionnement du cerveau et le substrat neuro-physiologique du comportement, la compétence résulte de la capacité du cerveau à mettre de l'ordre parmi les stimuli disparates qui assaillent continuellement les sens. Au niveau de l'introspection et de la réflexion, elle est ressentie comme de l'amour-propre. A un niveau sociologique, elle consiste en une adaptation saine. Enfin, dans le domaine de l'art et de l'esthétique, la compétence s'apparente à l'harmonie. P43

En psychothérapie, on atteint la compétence pendant la phase finale, celle de la transformation. Quand des patients me demandent comment ils vont –ou je vais- savoir quand ils seront prêts à arrêter le traitement, je réponds : » Quand vous serez compétent. C'est à dire quand vous serez capable de faire pour vous ce que jusqu'ici vous aviez besoin que je fasse avec et/ou pour vous –il vous sera alors temps pour nous de penser à mettre fin à votre thérapie. » p43

Cet interdit culturel touchant la reconnaissance des problèmes affectifs implique peut-être que le médecin invite activement le patient à se confier à lui. Par exemple (...) demander uniquement « Vous avez autre chose à me signaler ? », ou négligemment : « des problèmes, des soucis particuliers ? » n'entraîne habituellement aucune réponse ; en revanche, le même patient s'épancherait probablement si on lui posait ce genre de question qui lui permet de sauver la face : « Un grand nombre de mes patients constatent que leur taux de glycémie devient incontrôlable quand ils sont confrontés à un problème particulier ou à une situation difficile. Vous avez peut-être traversé une période délicate chez vous, ou à votre travail, ou peut-être dans un autre domaine de votre vie ? ». p60

Afin de traiter efficacement les patients, il faut d'abord apprendre différentes façons de réagir à leur questions ; il n'est pas toujours nécessaire de répondre directement, ou encore, de répondre à la question telle qu'elle est posée. (...) [par ex technique qui consiste à répondre à ce que le patient voulait en fait demander, ou aurait dû demander, plutôt qu'à la question effectivement posée.] Il faut surtout ignorer et ne pas prendre pour soi toute provocation, insulte, plainte ou sarcasme exprimé implicitement dans la réponse d'un patient affligé, à moins que celui-ci clairement une intention provocatrice. P61

Je lis aux étudiants le dialogue qui précède, en m'arrêtant quand c'est au médecin de parler, et leur demande alors de se mettre à se place et de dire ce qui, selon eux, serait le plus efficace et pourquoi. Une fois qu'ils ont compris qu'il n'y a pas de réponse « juste », et que tout ce qu'on leur demande c'est de commencer à exercer et développer leurs capacités respectives pour penser et parler de manière psychothérapeutique(...). le sentiment qu'à alors l'étudiant d'avoir réussi quelque chose s'apparente à ce qu'il ressent quand il fait correctement son premier nœud chirurgical, ou entend pour la première fois un souffle au cœur. Dès lors que l'on se sait capable de faire un premier pas dans la maîtrise d'une technique, on a déjà beaucoup moins peur de faire le second. Cette expérience avec des étudiants est de toute évidence riche d'enseignement pour le problème de la compétence et de l'amour propre dans son ensemble. p61-62

Donnée fondamentale pour la psychothérapie depuis que Freud l'a découverte en travaillant avec des patients psychonévrosés : à savoir que, contrairement aux maladies somatiques, les maladies psychologiques, aussi bizarres, soient-ils, ont un sens dès qu'on les comprend dans ce cadre de référence. Ce dont quelqu'un se plaint, ou présente comme étant « son problème », est le résultat de décisions prises pour tenter de traiter une situation qui échappe au contrôle des mécanismes habituellement disponibles et salvateurs. C'est pourquoi les symptômes psychologiques, quel que soit l'échec ou l'autodestruction qu'ils entraînent pour celui qui en souffre, ne peuvent être résolus par les préceptes du bon sens, et le patient, malgré tous ses efforts, n'en vient généralement pas à bout sans l'aide d'un professionnel. C'est comme si le symptôme psychologique n'était pas la jambe cassée mais la béquille, et – ce qui n'a rien de surprenant – le patient n'y renonce qu'une fois assurée de fonctionner sans elle, en toute sécurité. P63

Une des raisons pour lesquels les psychothérapeutes s'intéressent au passé est que – comme un cardiologue veut voir les anciens électrocardiogrammes d'un patient, ou un radiologue les précédentes radio de sa poitrine – l'histoire psychologique du patient, comme son histoire physique, fournit non seulement des données de base avec lesquelles on peut comparer la situation présente, mais elle a aussi son importance pour déterminer les prédispositions, établir le pronostic et définir la technique thérapeutique. P64

Un patient souffrant d'une maladie somatique se trouve dans une relation relativement passive face à un médecin. Avec son autorisation, le praticien fait toutes sortes de choses *au* corps du patient afin d'établir un diagnostic et de définir un traitement ans le but d'aboutir finalement à une guérison. En psychothérapie il ne s'agit pas de faire quoi que ce soit *au* patient, mais d'explorer *avec* lui ce qui s'est mal passé dans le comportement qu'il avait adopté pour résoudre un problème, et ce que le patient, non pas le thérapeute, peut faire pour arranger les choses. P72

Etre compétent ce n'est pas être insouciant, heureux, ou content : la compétence est liée à un état de fonctionnement productif et réfléchi qui a un sens pour un individu particulier, étant donné son passé, sa situation présente et ses objectifs. La raison pour laquelle la recherche de compétence est omniprésente et universelle, c'est qu'elle reflète la fonction de base du cerveau qui, comme le savant Alfred Korzybski l'a longuement expliqué, est de créer de l'ordre à partir des innombrables stimuli qui l'assaillent à tout moment. P73

Quand à la structure organique du cerveau, on peut la comparer au matériel informatique (hardware), alors que les scénarios d'action engendrés par les traitements des messages et la recherche d'une correspondance à un modèle sont comparables aux programmes ou logiciels (software) créés à des fins d'adaptation. Tout défaut de fonctionnement au niveau du matériel ou du logiciel du cerveau peut-être à l'origine du type de problèmes relevant du domaine de la psychothérapie. P76

(...) il apparaît clairement que, bien que qu'une stratégie plutôt qu'une autre puisse prédominer dans une thérapie particulière, une fois le traitement achevé, le thérapeute a en fait probablement eu recours à une combinaison des trois techniques fondamentales – dynamique, comportementale et cognitive. Aussi (...), le thérapeute peut-il au cours d'une seule séance employer différentes approches pour en entretenir la dynamique. Les débats autour de la question de savoir quelle méthode est « la meilleure » n'ont aucun sens dès lors que l'on a compris que toutes sont valables au regard de la manière dont le cerveau procède pour créer de l'ordre et le maintenir. P83

Une série d'études a démontré que, dans 60 à 80% des cas, le problème somatique qui amène quelqu'un à consulter un médecin a une origine psychologique. C'est pourquoi, déjà au niveau de l'intervention du médecin, l'application de quelques notions de psychothérapies, même très élémentaires, peut épargner aux patients beaucoup de souffrance, sans parler du temps que l'on gagne et de l'argent que l'on économise quand on vite de rechercher inutilement des réponses physiologiques à des problèmes d'origine psychologique. P58-59

Il existe deux formes de dépression pathologique : l'endogène et l'exogène. A cet égard, un diagnostic différentiel est très important car la nature de la dépression joue un rôle essentiel dans le choix de la forme de thérapie à mettre en œuvre avec un patient en particulier. Pour revenir à des analogies, on peut dire que la dépression endogène est provoquée par un problème dans le fonctionnement du matériel du cerveau – le réseau neuronal lui-même et/ou les échanges chimiques qui permettent la transmission des impulsions nerveuses -, alors que le type de dépression exogène ou réactive reflète un problème au niveau du logiciel – c'est à dire l'incapacité des programmes adaptatifs innés et acquis à faire correctement face à une tension pesant de l'extérieur sur le système. La dépression endogène est habituellement accompagnée de troubles végétatifs ou organiques tels que l'insomnie, la dysphorie, plus massive le matin que le soir, l'incapacité à se concentrer, la perte d'appétit associée à une perte de poids, la constipation et l'aménorrhée. Toutefois, ce type de troubles n'exclut pas la dépression exogène, réactive, provoquée par un événement dans le monde extérieur qui crée des exigences auxquelles le système-soi ne peut faire face de manière appropriée. Seul un examen attentif de la dynamique passée et présente du patient permet d'établir la source probable du syndrome dépressif. P161

Il arrive aussi que des personnes retraitées et âgées, auxquelles la vie n'offre parfois plus ni défi, ni stimulation, ni l'occasion de prouver leur compétence, perdent de ce fait confiance en leur valeur personnelle et se replient dans la dépression exogène primaire. P161

Au lieu de considérer comme c'est malheureusement trop souvent le cas dans nos sociétés, qu'une personne à la retraite est sans intérêt ni avenir – attitude qui ne devrait pas exister dans les institutions accueillant les personnes âgées -, je traite celles-ci comme je traiterais n'importe quel autre patient, et je les invite, avec insistance si c'est nécessaire, à me raconter leur vie passée et présente en détail. La seule idée que quelqu'un qu'ils respectent s'intéresse à eux et veuille apprendre des choses non seulement sur eux, mais aussi *d'eux*, leur permet souvent de réévaluer leur vie. Ce qui leur semblait plat et banal se révèle au contraire très intéressant, et leur vie, qu'ils estimaient parfois ratée, se révèle en réalité pleine de témérité et de réussite. Dans de nombreux cas, cette nouvelle perspective amène un changement considérable qui permet à ces patients de transformer leurs relations (...). p162

Chez un grand nombre de patients souffrants d'une dépression de type réactif, les symptômes dépressifs sont secondaires par rapport à un trouble antérieur. Un repli secondaire vers un état dépressif et d'impuissance résulte de l'échec de constellations pathologiques à contrôler l'angoisse. Le thérapeute doit alors procéder, pour ainsi dire, de haut en bas : c'est à dire traiter d'abord les symptômes dépressifs, puis, quand le patient les a suffisamment surmontés, en venir à une investigation thérapeutique du problème à l'origine de la dépression. P162

Lorsque le thérapeute ne découvre aucune situation extérieure particulière à l'origine de la dépression d'un patient, il doit supposer, jusqu'à preuve du contraire, qu'elle a une cause essentiellement organique. Il peut arriver que les éléments électro-chimiques ou mécaniques interfèrent dans l'activité du cerveau ; de tels troubles peuvent être dus à la présence de tumeurs cérébrales ou d'autres lésions qui occupent de l'espace. La sclérose en plaques et d'autres maladies de dégénérescence du système nerveux central, les tumeurs malignes dans d'autres parties du corps (en particulier le carcinome du pancréas), des infections et des problèmes circulatoires sont aussi parfois responsables de la régression dépressive. En général, dans le cas d'interférences mécaniques ou infectieuses dans le fonctionnement normal du cerveau, des signes et des symptômes neurologiques s'ajoutent à ceux de la dépression. P163

Avec l'apparition des médicaments psychotropes, il est devenu important de considérer la possibilité d'un facteur organique, même dans les cas de replis dépressifs qui semblaient de toute évidence liés à des problèmes développementaux et/ou environnementaux immédiats. (...) Plusieurs de ces patients racontaient qu'une fois sous antidépresseurs ils ont découverts pour la première fois de leur vie ce que c'était que de ne pas se sentir dysphorique. Cette amélioration ne régla toutefois pas les problèmes qui les avaient amenés chez le psychothérapeute. S'ils se sentaient mieux, ils ne se sentaient toutefois pas vraiment bien. Alors que la publicité des laboratoires pharmaceutiques rapportent que des patients prenant ce type de médicaments avancent soudain à grands pas dans leur psychothérapie, mon expérience m'a montré que, quand on parvient à dissiper le courant de fond endogène de la dépression d'un patient en thérapie, il n'en devient pas pour autant plus facile de traiter

ses problèmes psychologiques, ou « logiciels ». Je pense que les patients ont réagi de façon aussi spectaculaire aux médicaments, alors qu'ils restaient imperméables aux efforts psychothérapeutiques, sont des personnes qui avaient un problème endogène primaire et auxquels on aurait dû, dès le départ, prescrire un traitement chimiothérapeutique. P164

[cas de psychothérapies où] la formation, la gestion et la résolution du transfert thérapeutique sont le but principal, c'est à dire en analyse ou en psychothérapie par l'insight p165

Les dépressions endogènes profondes, y compris l'état d'apathie profonde appelée *mélancolie*, ne réagissent pas à la psychothérapie et exigent la prescription d'un traitement chimiothérapeutique ou par électrochocs. P166

(...) personne ne sait pourquoi la thérapie par électrochocs se montre parfois efficace. Je pense que l'effet désorganisateur du courant électrique passant dans le cerveau stimule un effort de réorganisation totale de cet organe, avec finalement un résultat salutaire ; ce que l'on peut comparer aux fièvres artificielles élevées que l'on provoquait, avant la découverte des antibiotiques, chez des patients atteints de certaines affections intractables, afin de stimuler – parfois avec succès – les défenses immunitaires de leur organisme. p167

comme le thérapeute doit être sensibilisé au fait que certains patients ont besoin d'un traitement médicamenteux en plus de la psychothérapie, on ne doit non plus jamais négliger l'importance de la psychothérapie pour ceux qui ont un traitement médicamenteux, ou des séances d'électrochocs. Ces deux types de traitement ne peuvent remplacer la psychothérapie. D'après mon expérience, tout patient assez malade pour avoir besoin d'un traitement chimiothérapeutique mérite aussi une psychothérapie et un contrôle suivi. P168

Toutefois, les patients qui ont souffert de dépression endogène font rarement un accueil favorable à des tentatives de psychothérapie par *l'insight*, même après avoir été guéris. Ils sont en général stressés de façon désagréable et improductive par toute expérience visant à les amener à l'introspection dans le but d'explorer la structure de leur personnalité. Mais ils ont en revanche besoin qu'on les aide à surmonter la honte qu'ils associent souvent au fait d'avoir été malades ou incapables d'avoir pu fonctionner normalement. Une relation de compréhension avec le thérapeute est en général utile pour préparer le patient hospitalisé à retrouver son environnement habituel. Un contrôle périodique est rassurant pour ces patients qui, comme on peut le comprendre, ont souvent peur d'une rechute, et peuvent se sentir angoissés en cas de stress psychologique. De plus on peut prévenir ou atténuer des épisodes de rechute si on les détecte au stade le plus précoce, souvent même avant que le patient ait conscience de ce qui lui arrive. P168-169

J'insisterai toutefois sur le fait que ni l'effet des défenses sur le développement du caractère ni les symptômes secondaires qui apparaissent quand les défenses échouent n'identifient le problème fondamental d'un patient. Les symptômes ne donnent jamais qu'un aperçu de la façon dont le système-soi a essayé de se défendre et de s'adapter ; il faut une investigation plus approfondie et souvent longue pour déterminer, dans le cas d'une pathologie ancienne, à quel stade de la maturation du patient le trauma fondamental s'est produit, ou bien, si le trauma est identifiable et s'est produit plus tard dans la vie (un divorce, un revers professionnel, un accident mettant la vie en danger), où se situent les zones vulnérables dans le processus de maturation de ce patient. P176

Mon évaluation de la capacité d'intégration et de communication affective d'un patient me guide, d'une part, dans ma conception d'un plan de traitement, et me permet, d'autre part, de déterminer l'approche technique à laquelle j'aurai recours. Du fait que, dans la pathologie d'un patient, la défense de base dépend en grande partie du moment auquel son système-soi a subi un trauma important qui a généré sa vulnérabilité, la nature de cette défense détermine souvent la nature phénoménologique du problème de ce patient. Autrement dit, le fait qu'il présente ce que l'on appelle un état *border-line*, des troubles de la personnalité, ou une névrose, par exemple, dépend largement du stade auquel son développement affectif a subi des dommages. Plusieurs types de défense peuvent toutefois coexister et, chez les patients les plus matures, des défenses plus anciennes et primitives peuvent surgir pendant des périodes de tension. P177

Le transfert est au cœur de la psychothérapie dynamique. Le patient ne parvient pas à adopter un comportement compétent et son amour-propre est insuffisant parce que, chez lui, le processus de prise de décision se trouve grandement entravé par des modèles de référence, d'origine traumatique. Ces modèles interfèrent en général dans les relations d'un patient avec les autres et l'empêchent de tirer le meilleur parti de ses capacités ou des occasions qui se présentent à lui. Ces programmes improductifs qui régissent alors les relations de l'individu sont inconscients et ne peuvent être traités directement par le patient ou le thérapeute. Toutefois, tôt ou tard, ces modèles pathologiques finissent par entrer en jeu dans la relation au thérapeute, qui a dès lors l'occasion d'aider le patient à les reconnaître et les résoudre, ou bien le cas échéant, à procéder à un travail d'amélioration. C'est

précisément la répétition avec le thérapeute de ces modèles caractéristiques mais improductifs qui constitue le transfert. P179

Kohut développa une classification générale des transferts qui rendit plus étroit le fossé entre les formes intensives de psychothérapie et la psychanalyse proprement dite. Potentiellement, l'extension par Kohut de la contribution fondamentale de Freud, mais aussi ce que l'on a appris sur le développement normal et le système-soi ouvrent la voie à la formulation d'une technique psychothérapeutique universellement valable [!!!globale!!!]. ce potentiel est rendu réel par la capacité d'empathie du thérapeute : c'est à dire sa capacité d'entendre, de comprendre, et d'employer de façon appropriée le message affectif présent derrière ce que dit un patient. La compréhension emphatique permet au thérapeute d'insérer dans la relation thérapeutique des interventions qui s'adressent aux problèmes du patient de façon appropriée en cela qu'elles tiennent compte du niveau de développement affectif et cognitif que le patient manifeste dans sa relation au thérapeute à tout moment. Cela permet alors au patient d'intégrer ce que le thérapeute communique à son système-soi et d'en tirer profit pour atteindre la compétence et développer son amour-propre ; Kohut (1971) appelle ce processus l'*internalisation de transmutation*. P180

Pour des raisons pratiques, j'établirai quatre grandes catégories dans lesquelles mes patients se répartissent, indépendamment de leurs symptômes spécifiques. Il y a ceux qui ont vécu un échec du lien affectif dans les premiers mois de la vie ; ceux qui ont appris à avoir honte de leur réactions affectives ; ceux qui ont eu des problèmes sur le plan de l'accordage affectif ; et enfin ceux dont les problèmes découlent d'un trauma affectif pendant la phase oedipienne du développement psychosexuel. P181

En psychothérapie dynamique, les deux mots clés sont *inconscient* et *transfert*. Et comme celui d'*inconscient*, le terme de *transfert*, n'a rien de mystérieux : on trouve en effet ses racines dans l'expérience quotidienne, à laquelle on a facilement accès. Les parents passent beaucoup de temps à apprendre à leurs enfants à bien se tenir, c'est à dire à observer certaines règles de conduite dans des situations sociales. Bien entendu, ces règles sont une façon de désigner des modèles de référence. Une fois que les enfants ont appris à bien se tenir dans les différentes pièces d'une maison – l'entrée, le salon, la salle à manger, la salle de bains et la chambre -, on considère qu'ils sont prêts pour la vie en société. Une mère déclare par exemple : « Maintenant, je peux l'emmener n'importe où », signifiant par là que son enfant ne va pas lui faire honte en se comportant de façon inappropriée, mais qu'au contraire elle peut compter sur lui pour qu'il applique, réactive, ou répète ce qu'elle lui a appris à la maison, c'est à dire *transfère* cela sur des situations nouvelles mais comparables. Ainsi, le transfert est à proprement parlé omniprésent. Cela veut dire que l'on commence toujours par apporter ou transférer des modèles de références anciens à des situations nouvelles afin d'organiser ce que l'on vit sur le moment. P185-186

C'est précisément ce que les patients d'un thérapeute, du fait qu'ils sont enfermés dans leur pathologie, ne peuvent parvenir à faire : reconnaître que d'anciennes règles ne sont plus valables et que des nouvelles peuvent et doivent être recherchées et maîtrisées. P186

En thérapie, le patient s'adapte au thérapeute en fonction de ces anciens modèles de référence : et c'est à travers leur répétition ou réactivation que le thérapeute peut découvrir les attentes, les déceptions, les espoirs, les peurs et les désirs inconscients du patient. Dans le transfert, un patient revit sous une forme plus ou moins déguisée les effets du trauma intervenu au cours de sa maturation – un trauma qui a prématurément fermé le système et entravé un développement ultérieur du fait que la priorité devient alors la protection du système-soi et non plus l'apprentissage. P187

En fonction de la répétition par le patient de besoins affectifs fondamentaux non satisfaits, on peut séparer de façon approximative le cours de la psychothérapie en deux périodes : la défense contre le transfert et le travail à l'intérieur du transfert. Au cours de la première étape, celle de la peur du transfert, le patient résiste inconsciemment à faire intervenir des besoins affectifs contrariés dans la relation thérapeutique et renforce au contraire les manœuvres défensives qui lui sont propres ; il s'agit alors d'aller contre le processus le conduisant à revivre ces besoins associés à une déception qui est au cœur de ses problèmes. P187

En général, plus le dommage intervient tôt dans le développement, plus il faut de temps pour vaincre les défenses qui font désormais partie intégrante du caractère du patient et le protègent contre le fait de revivre, dans le transfert, le trauma qui a autrefois menacé son système-soi. Ainsi, pour des patients borderline, il faut parfois des années avant que le transfert ne s'établisse. (...) A l'inverse, les patients présentant des troubles narcissiques de la personnalité ou une psychonévrose se montrent généralement prêts à l'établir, et certains font la preuve, dès la première séance, que le matériel du transfert est bien présent. Si le thérapeute se rend compte que le transfert

ne peut se faire, ou bien- à cause de la nature limitée du problème du patient – n'a pas besoin d'être établi et exploré, il peut, (...) avoir recours à des techniques fondamentalement cognitives et comportementales comme moyens auxiliaires quand cela est indiqué, le principal centre d'intérêt reste les objectifs déclarés et dissimulés du comportement du patient, en particulier lorsqu'ils sont conflictuels. C'est à travers le transfert thérapeutique que l'on peut étudier et résoudre le plus efficacement cette dynamique. P190-191

Le niveau de maturation affective auquel se situe un patient indique au thérapeute non seulement ce que le patient est prêt à entendre, mais aussi la manière dont il peut intervenir le plus efficacement. Il est par exemple inutile de parler à un homme de son besoin de compréhension empathique alors qu'il a à peine conscience de ses sentiments. P192

Le thérapeute apprend *quand* le développement d'un patient a été affecté défavorablement en déterminant le niveau de maturation affective révélé par la pathologie qu'il présente. Quand aux éléments qui indiquent *comment* un patient a été affectivement traumatisé, ils apparaissent dans la forme prise par le transfert. C'est en effet la forme du transfert qui guide le thérapeute alors qu'il cherche à déterminer la nature du besoin dans le développement du patient. P193

Les thérapeutes pensent parfois à tort qu'une réaction affective à un patient, n particulier quand elle est intense, est de l'ordre du contre-transfert et, de ce fait néfaste d'un point de vue thérapeutique. Je pense au contraire que la réaction affective du thérapeute à ce qu'un patient dit ou fait est, utilisé à bon escient, d'une valeur inestimable pour parvenir à comprendre ce patient. Ce que Freud a appelé contre-transfert, c'est l'incapacité à décentrer sa réaction affective au patient en raison de problèmes inconscients qui lui sont propres. P204-205

Dans mon expérience de clinicien, l honte du patient est l'affect le plus fréquent et le plus important auquel le thérapeute soit confronté quand il essaie de percer les défenses du patient contre le transfert. P188