



Le compte à rebours

Vo l. 5 no 13

Grand Festival psychodynamique annuel!

L. Guérette m.d., éditeur

LA CHRONIQUE



du
CONCEPT

PASSE-PARTOUT

QUATRES MODÈLES PSYCHODYNAMIQUES

Il existe quatre grands modèles psychodynamiques qui proposent tous au psychothérapeute des questions différentes conduisant à des interventions (interprétations) différentes. Leurs grandes lignes sont relativement simples à comprendre et un candidat aux examens pourra faire un usage fructueux de ces modalités différentes d'analyse.

La THÉORIE DES PULSIONS de Freud (1905: *Trois essais sur la théorie de la sexualité*), voit les problèmes en fonction de la façon dont l'individu accepte, refuse, surmonte, exprime ou gratifie ses pulsions agressives et sexuelles. Les questions posées portent sur la nature exacte du désir exprimé, de sa relation au conscient, quelle est la fantaisie qui lui correspond et comment celle-ci constitue un compromis entre la pulsion, la défense et la réalité, comment l'anxiété peut être reliée à la pulsion et comment cette problématique contribue à former le caractère. Le traitement consistera en l'interprétation de ces conflits pulsionnels et des défenses.

La PSYCHOLOGIE DU MOI développée par Heinz Hartman (1939: *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*) voit les problèmes en termes de développement des défenses envers le monde intérieur, de l'adaptation de l'égo au monde extérieur et du *testing* de la réalité à l'égard des deux. Les questions sont ici: quelles défenses opèrent contre les pulsions, les affects et la relation? et quels outils d'adaptation se sont insuffisamment ou incorrectement développés, par ex la permanence de l'objet, la capacité de retarder la gratification, la préoccupation envers autrui, la socialisation des besoins, etc..? Ces défauts de développement peuvent être la conséquence de conflits pulsionnels, ce qui relie étroitement la psychologie du moi à la théorie des pulsions résumée ci-haut. En ce sens, l'interprétation demeure encore ici la démarche thérapeutique privilégiée.

La THÉORIE DES RELATIONS D'OBJET développée par WRD Fairbairn (1941: "A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses" *Int J Psychoanal* 22: 205-279) voit les problèmes en regard de la double tâche de tout individu de porter en soi (par identification et internalisation des relations d'objet) l'histoire de ses relations significatives et d'autre part de se libérer de la contrainte absolue de ces relations passées afin d'accueillir de nouvelles expériences. Elle s'intéresse donc aux relations premières de l'individu et à leurs répétitions ultérieures dans la vie de celui-ci qui s'attribue alors dans cette nouvelle pièce son propre rôle ou celui des autres protagonistes de cette lointaine époque. Ceci constituera le matériel à interpréter.

La PSYCHOLOGIE DU SELF développée par Heinz Kohut (1977: *The Restoration of the Self*, Int Univ Press) voit les problèmes en termes des frontières du Self, de l'intégration du Self et de l'estime de soi, caractéristiques dont le développement dépend de certaines exigences relationnelles optimales plus ou moins satisfaites dans l'enfance (miroir, idéalisation, alter-égo). Le thérapeute évaluera la stabilité des frontières du Self, l'importance des fantaisies de fusion, la panique reliée à la perte des frontières et la production alors de dépersonnalisation ou déréalisation. Les sources pathologiques ou non de l'estime de soi seront étudiées ainsi que les événements qui la perturbent. Bien que l'interprétation de ces conflits soit encore ici essentielle, elle n'ira pas sans la participation préalable d'une solide compréhension et expression empathique par le thérapeute envers les débordements grandioses, méprisants, rageurs, dépressifs ou dépersonnalisés du patient.

NE MANQUEZ PAS, À LA PAGE 2, NOTRE GRAND CONCOURS PSYCHODYNAMIQUE. RÉPONSES LA SEMAINE PROCHAINE



Le compte à rebours

Volume 5 no 14

Grand Festival psychodynamique (suite)

L. Guérette m.d., éditeur

LA CHRONIQUE

QUATRES MODÈLES PSYCHODYNAMIQUES (II) aspects cliniques



du
CONCEPT

PASSE-PARTOUT

Récemment nous présentions l'aspect théorique de ces quatre modèles et vous invitons à les appliquer au cas hypothétique d'un politicien de 58 ans, chef de parti, ambitieux, énergique et très combatif, sur le point de prendre le pouvoir, qui a dû soudainement être amputé d'un membre et sombre depuis dans la dépression. Son chirurgien vous demande en consultation. Ayant éliminé tout facteur biologique et psychotique, appliquez vos modèles psychodynamiques à la compréhension de cette question.

La THÉORIE DES PULSIONS (TP) (Freud 1905), verrait ici un effet des vicissitudes des pulsions agressives et sexuelles face à un surmoi trop sévère. L'amputation pourrait être vue par le patient comme la punition (castration) d'une transgression d'interdits oedipiens: par exemples, détruire son père en le dépassant ou lui ravir la mère interdite. On pourrait aussi voir l'amputation comme la juste conséquence d'une ambition perçue comme provoquant l'envie d'autrui et la représaille (*retaliation*) des vaincus écartés. Il faut comprendre ici que l'amputation ne cause pas directement la dépression mais l'entraîne par des reproches oedipiens que le patient se faisait déjà et qu'il voit enfin concrétisés à travers la juste punition qu'il subit. Le soulagement de la dépression devrait normalement venir ici de la compréhension par l'interprétation des désirs agressifs et sexuels transgresseurs et de la culpabilité et de l'appréhension de la punition qui en découle, libérant ainsi le patient pour effectuer un deuil normal de son intégrité corporelle. Eventuellement, le patient devrait apprendre à gratifier des pulsions agressives débarassées des tensions de son enfance et n'encourant plus les assauts d'un surmoi devenu présumément plus tolérant. Les résistances seraient souvent interprétées comme de la compétition avec le thérapeute.

La PSYCHOLOGIE DU MOI (PM) (Hartman 1939) se préoccupe un peu moins des pulsions issues du Ça et un peu plus des mécanismes d'adaptation développés plus ou moins efficacement par l'égo (le MOI) pour faire face aux difficultés et défis qu'il rencontre. Dans le cas qui nous préoccupe ici, la dépression pourrait être vue comme un conflit entre l'idéal du moi trop exigeant envers un moi réel particulièrement diminué par les événements (Bibring 1953). Car le moi éprouve un besoin normal de se percevoir comme grand, fort, supérieur, et ces aspirations narcissiques persistent alors même que certaines conditions objectives de frustration les contrecarrent, engendrant ainsi la dépression (Fox, 1945). On devra donc décider ici s'il faut diminuer les attentes excessives de l'idéal du moi ou encourager l'adaptation à une réalité éprouvante. Un autre point de vue connexe est celui d'Erik Erikson qui consiste à considérer les étapes de la vie comme des défis successifs: ce patient se situe dans son évolution entre l'âge de la Générativité (sollicitude) et celui de l'Intégrité (sagesse) et son amputation pourrait bien forcer, avec l'aide du thérapeute, un passage prématuré d'un stage à l'autre. L'ambition et l'agressivité en politique étant devenue probablement des fonctions secondaires autonomes du moi, il y aura sans doute lieu de les supporter plutôt que d'interpréter leur fondement pulsionnel (libidinal et agressif). Les forces du moi seront supportées ainsi que l'usage des mécanismes de défenses les plus matures (Vaillant 1977), c'est-à-dire permettant plus de gratifications des pulsions refoulées: ascétisme, altruisme, humour, sublimation, suppression et anticipation. En résumé: identifier les exigences irréalistes de l'idéal du moi, favoriser l'adaptation à une nouvelle phase de la vie, encourager les mécanismes de défenses matures. La psychologie du moi est parfois considérée par beaucoup de cliniciens (Gabbard, par exemple) comme un simple développement normal de la théorie des pulsions plutôt qu'une école à part et d'ailleurs beaucoup de cliniciens se préoccupent simultanément de l'interprétation des conflits pulsionnels comme du développement des fonctions du moi.

La THEORIE DES RELATIONS D'OBJET (TRO) (Fairbairn 1941). Un thérapeute de cette école se demanderait quelle relation internalisée (entre l'enfant et celui/celle chargée d'en prendre soin) est intimement revécue à travers cette dépression? Ces théoriciens ont décrit deux types de dépression: la dépression anaclitique, (phase *schzoïde-paranoïde*, peu probable ici), ravivant un abandon subi avant la séparation-individuation, et caractérisée par peu de culpabilité mais des craintes intenses d'abandon. La dépression introjective (phase *dépressive*) correspond à un niveau plus élevé d'individuation et se caractérise plutôt par une crainte de n'être pas aimable plutôt que de n'être pas aimé: le surmoi est alors sévère, exigeant et l'ambivalence est marquée. Le thérapeute chercherait une relation de ce type dans l'enfance qui aurait pu être réactivée par la réaction à l'amputation et l'abandon temporaire de ses responsabilités. Comme le tenant de la psychologie du moi, le thérapeute devra catalyser ici les ressources du moi par la différenciation réaliste des affects (la fantaisie n'est pas la réalité), la réparation du clivage (Blatt 1974) et l'évaluation réaliste de la séparation. La résistance s'exprimera transférentiellement par une oscillation constante du patient entre l'idéalisation et la dévaluation du thérapeute.

La PSYCHOLOGIE DU SELF (PS) (Kohut 1977). La dépression du patient pourrait être attribuée ici à la perte appréhendée d'un apport narcissique en miroir, jusqu'ici essentiel pour compenser des déficits structureaux, distortions ou faiblesses du self qu'un manque de reconnaissance (en miroir, idéalisé ou alter ego) dans l'enfance aurait empêché de se développer adéquatement. Le succès ou la célébrité permettent souvent ce camouflage dont la fragilité apparaît lors d'un échec. La fragmentation corporelle reflèterait d'une façon particulièrement terrible ici la fragmentation du self éprouvée lors des grandes blessures narcissiques. Le thérapeute explorera ces expériences passées comme présentes en prenant soin de valider empathiquement les perceptions du patient, permettant ainsi au processus de développement du self, bloqué dans le passé, de reprendre son cours. Cette même attitude devra se manifester devant les résistances du patient manifestées souvent par des accusations d'incompréhension, d'incompétence ou d'indifférence.

EN RÉSUMÉ

Alors que TP s'intéresse aux rapports intrapsychiques de l'agressivité et de la libido avec le surmoi, PM qui la suit a plus à voir avec les rapports entre le moi et les autres agences intrapsychiques dans la rencontre des difficultés de la vie. La théorie subséquente, TRO, s'intéresse aux représentations internalisées du self et des objets et PS, plus récente, à la régulation de la cohésion et l'estime de soi dans la relation avec les objets externes. On a donc deux modèles plus intra-psychiques et plutôt conflictuels (TP et TRO) et deux modèles plus extra-psychiques et plutôt développementaux (PM et PS), en alternance historique entre eux. C'est comme si l'évolution de la psychanalyse traduisait ainsi un équilibre instable entre les impératifs intrapsychiques et extrapsychiques, mais aussi entre les vicissitudes du conflit et celles du développement. On peut aussi considérer avec Karasu (1994) que TP est centrée sur un conflit triadique et PM sur un déficit triadique, alors que TRO est basée sur un conflit dyadique et PS sur un déficit dyadique. Néanmoins, les distinctions et oppositions évoquées ci-haut sont rarement aussi évidentes ni aussi pertinentes en pratique où les cliniciens les aménagent facilement. Elles ne sont soulignées que par les théoriciens soucieux de défendre ou développer un modèle et aussi par les professeurs cherchant à transmettre aux étudiants une connaissance plus claire des concepts et des principes sous-tendant leurs interventions.

BIBLIOGRAPHIE

- Bibring, E. (1953). Mechanisms of Depression. Affective Disorders, édité par Phyllis Greenacre. New-York, International University Press. *Un classique toujours cité.*
- Blatt, S. (1974). "Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression." *Psychoanal Study of the Child* 2: 107-157.
- Fine, S. et E. Fine (1989). "Four Psychoanalytic Perspectives: A Study of Differences in Interpretive Interventions." *J Am Psychoanal Ass* 37: 1017-1047.
- Fox, H. (1945). "Neurotic Resentment and Dependence Overseas." *Psychiatry* 8(2): 131-138. *Etude de la seconde guerre mondiale montrant comment les soldats dépriment lorsqu'on les maintient dans une position d'impuissance et d'inutilité.*
- Karasu, T.B. (1994). "A Developmental Metatheory of Psychopathology." *Am J Psychotherapy* 48(4): 581-599. *Intéressant, mais à prendre avec un grain de sel.*
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, Little Brown. *Les mécanismes de défense dits "matures" sont repris dans le Synopsis de Kaplan et Sadok, page 184. Important pour les examens!*
- Wetzel, J.W. (1984). *Clinical Handbook of Depression*. New-York, Gardner Press. *Une excellente revue exhaustive de tous les modèles de la dépression, analytiques ou non, mais plutôt centrée sur la condition féminine.*