

Notes préliminaires :

Pour la traduction de « Feeling » dans le présent article le traducteur s'est référé à la définition / distinction entre « feeling » et « emotion » donnée par Jon Frederickson dans son livre « Co-creating change » p.16. :

« Nous avons utilisé, plus haut, les deux mots : *émotions* et *sentiments*. Le cerveau évalue son environnement de manière non-consciente. Le message parvient dans le système limbique du cerveau qui mobilise des réactions corporelles que nous connaissons en tant qu'*émotions* (Damasio 1999). Les être humains peuvent prendre conscience de ces émotions corporelles et les labelliser *sentiments*. » J.Frederickson, *Co-creating change, Effective Dynamic Therapy techniques, Seven Leaves Press, 2013*.

« Feeling », à quelques rares exceptions près, a été systématiquement traduit par « Sentiment » en accord avec cette définition/distinction.

L'utilisation du genre grammatical féminin a été réduite au bénéfice de la cohérence du texte. Dans le texte anglais J. Frederickson passe du genre masculin au féminin parfois en milieu de paragraphe.

Les notes numérotées de bas de paragraphe sont celles du traducteur AF

Les majuscules utilisées pour tous les mots dans les titres de paragraphe ont été conservées comme dans le texte anglais.

Psychothérapie Psychodynamique Intensive et Brève : une Introduction

Par Jon Frederickson, MSW

Traducteurs Atesa Firouz Pétermann et Florian
Wschiansky

Quelle est la cause de la souffrance ? Depuis l'époque du Bouddha, des centaines de réponses et plus de quatre cents thérapies ont été proposées ! Et chacune de ces réponses, que nous nous référions aux cognitions mal adaptées, aux comportements mal adaptés, au conflit inconscient, à la dysrégulation anxieuse, etc., est une pièce importante du « puzzle » que nous nommons la personne humaine. Mais évitons, comme dans la parabole des aveugles et de l'éléphant, de confondre une partie du puzzle avec l'objet tout entier.

C'est la raison pour laquelle actuellement beaucoup de chercheurs développent des modèles psychothérapeutiques plus complexes et intégratifs qui prennent en considération les dimensions telles que le développement, le conflit inconscient, les processus cognitifs, le comportement et la corporalité. L'un de ces modèles est l'ISTDP (*Psychothérapie Psychodynamique Brève et Intensive*) qui réalise la synthèse de multiples approches en une théorie intégrative de l'esprit, elle-même à l'origine d'une théorie de la technique – technique dont plus de soixante études ont démontré l'efficacité.

Dans la vie nous entrons inévitablement en conflit avec autrui. Lors d'un conflit nous éprouvons des émotions. Ces émotions, acquises au cours de l'évolution, nous signalent nos désirs et nous poussent à agir en fonction de ces désirs. Et cependant la plupart des patients consultent parce qu'ils ne parviennent pas à canaliser leurs émotions en comportements efficaces. Au lieu de cela, ils développent de l'anxiété et ont recours aux défenses. Ces défenses produisent les symptômes dont souffrent les patients et qui constituent les motifs de consultation.

Jusque là, tout va bien. Cela paraît simple. Mais suite aux récentes recherches réalisées en éthologie, biophysologie, et dans les neurosciences l'ISTDP définit chacune de ces notions – émotion, anxiété et défense – d'une manière désormais différente. Ces compréhensions nouvelles trouvent leur expression dans des techniques et des approches qui produisent souvent un niveau de changement plus rapide et plus efficace.

Les neuroscientifiques, dont Antonio Damasio, nous ont montré que le sentiment est une partie seulement d'un système émotionnel non-conscient plus vaste, que nous avons en partage avec les animaux. Cette compréhension transforme radicalement notre manière de considérer les émotions, les raisons pour lesquelles elles sont inconscientes, et pourquoi il est nécessaire pour les thérapeutes de travailler avec elles. Les biophysiolistes et les neuroscientifiques ont aussi complètement changé notre conception de l'anxiété. L'intégration en ISTDP de ces découvertes se traduit par le

développement d'un ensemble nouveau et complexe de techniques pour le traitement des troubles anxieux et des symptômes somatiques qui y sont liés. L'ISTDP intègre également les résultats de la recherche dans les domaines des neurosciences, biophysologie et psychanalyse, modifiant ainsi notre compréhension des défenses et notre manière de travailler avec elles. Dès lors que nous acceptons l'idée que les défenses et les traits de caractère sont des formes de la mémoire implicite non encodées dans la mémoire déclarative verbale, nous nous trouvons contraints en thérapie, et pour travailler avec les défenses sur un plan expérientiel dans le *ici et maintenant*, de passer d'un ensemble de techniques purement cognitives à un ensemble de techniques intégratives.

L'intégration de ces différentes théories et techniques offre à l'ISTDP une compréhension unique des multiples processus inconscients à l'œuvre en thérapie. Nous ne pouvons plus nous contenter de penser en termes de « L »'inconscient¹ refoulé. En réalité celui-ci ne représente qu'une infime portion du spectre des processus inconscients de l'esprit. La plus grande partie de nos processus inconscients n'est pas et n'a jamais été encodée dans la mémoire déclarative verbale et n'a jamais été refoulée. Ainsi, l'anxiété et les défenses qui sont habituellement inconscientes ne font pas partie de l'inconscient « refoulé » auquel il est possible d'accéder par le biais de l'interprétation verbale. Par conséquent les cliniciens ISTDP usent de techniques non-interprétatives pour travailler avec des processus inconscients encodés dans la mémoire motrice, la mémoire implicite et la mémoire procédurale.

1. [...] « **the** » repressed unconscious.

L'ISTDP a également développé un modèle conceptuel intégratif de l'attention. Depuis que Freud a reconnu l'importance du moi observant (1923), tous les thérapeutes ont saisi le rôle central de l'attention dans le processus de changement. Actuellement les neurosciences (Damasio 1999) nous montrent que la capacité d'attention aux sensations corporelles liées à l'émotion est la condition préalable de la conscience même de soi². Nous devons être capables de prêter une attention particulière et constante à notre expérience corporelle pour développer une

aptitude à l'autorégulation (Schore, Stern). Et cette faculté de pleine-conscience – la conscience de chaque instant du sentiment, de l'anxiété et des défenses — est la compétence essentielle que l'ISTDP développe chez les patients. C'est uniquement au moyen de cette qualité de pleine conscience que le patient parvient à discerner ce qui provoque son anxiété et à identifier quelles défenses produisent ses symptômes et ses motifs de consultation. Seule cette compréhension permet au patient de reconnaître ce à quoi il doit faire face et quel sera l'objet de son travail de chaque instant en thérapie.

2. Core consciousness

Les cognitions mal adaptées pour la thérapie cognitive, les comportements mal adaptés pour la thérapie comportementale, les mécanismes de défense pour la théorie psychanalytique, et la fuite hors de l'instant présent (Bouddhisme) sont conçus comme autant de défenses en ISTDP. Pour quelle raison? Ils détournent notre attention de notre vie intérieure du moment présent. L'ISTDP et le bouddhisme se retrouvent dans une même conception des défenses comme origine de nos souffrance en ce qu'elles agissant comme des résistances permettant d'éviter la réalité émotionnelle du moment. Et comme le Bouddhisme, l'ISTDP estime que la douleur fait inévitablement partie de la vie. Chaque fois que nous aimerons, soit la déception amoureuse soit la mort nous fera souffrir. Nous devons supporter la douleur qui ne peut pas être supprimée, seulement ressentie. Mais en thérapie nous pouvons vaincre la souffrance dont nos défenses sont la cause.

Le Rapport entre la Souffrance et ce que Nous Faisons en Thérapie

Les patients arrivent en thérapie avec des symptômes et des plaintes motivant la consultation. Pour mettre un terme à cette souffrance, nous devons en découvrir la cause. Nous nous enquérons donc auprès du patient de la nature du problème pour lequel il veut que nous l'aidions. Puis nous explorons avec lui une situation spécifique dans laquelle survient son problème. L'exploration nous permet de repérer le sentiment anxigène

qu'il évite, et les défenses qui provoquent sa souffrance. Nous pouvons dès lors aider le patient à voir la tâche qui lui échoie en thérapie: 1) reconnaître et se retourner contre les défenses qui créent ses symptômes et ses motifs de consultation ; 2) faire front, plutôt que de fuir, ce qui produit son anxiété ; 3) éprouver les émotions jusqu'alors éludées. S'il parvient à assumer et ressentir ses sentiments, il ne lui sera plus nécessaire de souffrir d'anxiété et de produire des symptômes. Il peut désormais diriger et canaliser ses émotions en actions adaptatives au lieu d'avoir recours à des défenses inadaptées.

« Mais n'est-il pas bon d'avoir des défenses? » demanderez-vous. Certaines défenses peuvent être adaptatives. Mais les patients viennent nous voir parce qu'ils utilisent des défenses inadaptées qui sont la cause de leur souffrance. Les défenses produisent les symptômes et les motifs de consultation pour lesquels les patients s'adressent à nous.

Mais si elles sont délétères pourquoi y avons-nous recours ? La plupart des patients ont eu dans leur passé des relations dans lesquelles ils ont été blessés. Mais la thérapie est une invitation à la proximité dans la relation. Notre invitation déclenche des émotions, de l'anxiété et des défenses chez le patient. Lorsque nous analysons les bandes vidéo des séances nous observons que les patients utilisent jusqu'à cinq défenses à la minute ! Et au rythme de trois cent défenses par heure toute la journée, il n'est pas surprenant qu'ils souffrent de symptômes et de problèmes engendrés par ces défenses.

Alors de quelle manière aidons-nous le patient en ISTDP ? Chacune de nos interventions invite le patient à entrer dans une relation plus sécurisée et autonome. Mais voilà que le patient éprouve une émotion. L'instant d'après, il ressent de l'anxiété dans son corps. Puis immédiatement après il utilise une défense. Chaque fois que le patient utilise une défense, il amplifie et renforce le symptôme ou son motif de consultation.

Nous trouvons-là plutôt matière à espérer. Si nous parvenons à bloquer chaque défense qui cause du tort au patient et l'aider à reconnaître et à se retourner contre ses défenses, ses symptômes s'atténueront et disparaîtront. Le thérapeute doit

ainsi systématiquement relever chaque défense, aider le patient à l'identifier, l'aider à prendre conscience du coût de cette défense, et l'aider à se retourner contre elle de manière à ce qu'il puisse faire face à ce qu'il évitait.

« Mais alors », demanderez-vous, « N'interrompez-vous pas ainsi le patient ? Et qu'en est-il dans ce cas de l'association libre ? » Nous n'interrompons jamais le patient. Nous bloquons les défenses qui lui sont néfastes. Tant que les patients parlent librement de leurs émotions nous écoutons attentivement. Mais, lorsque les patients utilisent des défenses pour éviter de ressentir, nous bloquons les défenses de manière à ce qu'à la place ils puissent éprouver leurs sentiments. Le thérapeute ISTDP examine et traite activement toute défense qui empêche le patient d'établir un lien plus profond avec lui-même et qui provoque sa souffrance.

En ISTDP, le blocage de défenses est considéré comme un acte de compassion vis-à-vis du patient. Accepter les défenses en séance revient à collaborer avec la dimension destructrice. Un jour une patiente ne s'était pas présentée à sa séance. Je me suis demandé si elle se trouvait dans le couloir. Je suis sorti vérifier et effectivement, elle était là, assise par terre occupée à se taillader le poignet avec un stylet Exacto⁴ tout en contemplant le sang s'égoutter sur une pile de serviettes au sol. Je ne me suis pas contenté de regarder sa défense – la lacération de son poignet. Je lui ai ôté le stylet. Chaque défense d'auto-agression, négation de soi ou négligence de soi est une blessure de l'âme. Et si ces défenses ne sont pas bloquées, il se peut que le patient meure de ses mille blessures de l'âme.

4. Exacto : marque de couteau ou *cutter* à lame rétractable, stylet.

Le Triangle de Conflit : Un Guide pour un Focus Efficace

De quelle manière aidons-nous les patients à identifier leurs défenses, se retourner contre elles et faire face aux sentiments

qu'ils ont toujours évités ? L'homme qui a développé cette méthode, Habib Davanloo, a compris une chose très importante ; chacune des déclarations du patient exprime soit un sentiment, soit de l'anxiété, soit une défense. Si vous saisissez ce qui est en train de se dérouler, vous savez comment procéder. Si le patient exprime un sentiment nous encourageons le sentiment. Si le patient est trop anxieux, nous l'aidons à réguler son anxiété et ensuite nous explorons le sentiment. Si le patient a recours à une défense, nous l'aidons à en prendre conscience, à se retourner contre elle et ensuite nous explorons le sentiment.

Après chaque déclaration du patient, le thérapeute demande : est-ce un sentiment, de l'anxiété ou une défense (les éléments constitutifs du triangle de conflit) ? Cette clarification oriente le thérapeute sur la manière de poursuivre. S'il s'agit d'un sentiment il faut aider le patient à rester centré sur le sentiment. Si ce n'est pas le cas, il faut l'aider à prendre conscience qu'il est en train de « dévier » dans l'anxiété et les défenses, de manière à lui permettre de se recentrer sur son sentiment.

Les sentiments

Notre cerveau évalue l'environnement inconsciemment et de manière continue. Après tout si un mammifère interrompt l'évaluation de son environnement il peut se transformer en repas. Ayant évalué l'environnement notre cerveau, toujours inconsciemment, mobilise le corps. Cette activation inconsciente du corps est appelée émotion. Les émotions structurent le comportement animal. Le chien heureux se précipite sur vous et vous lèche le visage. Le chien effrayé aboie et vous attaque. De la même manière exactement, les émotions organisent le comportement humain. Mais nous possédons quelque chose de plus que les animaux : la conscience de cette activation corporelle de l'émotion. Cette conscience de l'activation corporelle est ce que nous appelons le sentiment (Damasio 1999).

Les animaux ressentent ce qu'ils ressentent, tout simplement. Alors, pourquoi chez les humains, les sentiments deviennent-ils

des moteurs de conflit ? Durant les deux premières années de vie du nourrisson, l'émotion est la voie primordiale de communication entre lui et la personne qui le soigne. La survie des nourrissons dépend de la sûreté de l'attachement que leur porte ceux qui les soignent. Donc, si les émotions de l'enfant déclenchent de l'anxiété ou de la colère chez son soignant, le cerveau de l'enfant évalue que cela met sa survie en péril. La réponse du nourrisson et de l'enfant, afin de sauvegarder le lien d'attachement, sera l'utilisation de défenses pour cacher ses émotions.

À l'origine, les défenses sont des mécanismes adaptatifs destinés à préserver le lien. Mais à la longue elles deviennent des automatismes qui interviennent systématiquement dès que des émotions surviennent dans la relation quelle qu'elle soit. Les défenses qui avaient une fonction adaptative dans les relations passées deviennent inadaptées dans les relations courantes. Elles ont pu résoudre des difficultés dans le passé mais produisent les motifs de consultation actuels. Par conséquent nous devons aider les patients à se retourner contre ces défenses systématiques et automatiques qui ont débuté au stade de nourrisson et se sont développées tout au long de l'enfance, afin qu'ils puissent maintenant faire face à leurs sentiments. Ils se réapproprient ainsi la liberté de ressentir, d'être proches des autres et de canaliser leurs sentiments en comportement adaptatifs sains. C'est la raison pour laquelle en ISTDP nous nous restons centrés sur les sentiments.

Les émotions primaires comprennent la colère, la tristesse, la peur, la joie et la surprise. Mais pour être connecté avec ses émotions, pour les ressentir « corporellement », trois éléments sont nécessaires :

- 1) La labellisation cognitive : « Je suis triste ».
- 2) La conscience d'une activation physiologique: un poids dans la poitrine et des larmes.
- 3) La pulsion motrice: pleurer

Examinons une autre émotion.

- 1) La labellisation cognitive : « Je suis en colère ».
- 2) La conscience d'une activation physiologique : la sensation d'une augmentation de la chaleur dans le plexus solaire.
- 3) La pulsion motrice : les poings serrés et les bras levés.

Dès le moment où le patient fait l'expérience de ces trois éléments il accède totalement à ses sentiments. Néanmoins, la plupart des patients ne parviennent pas cet accès complet en raison de l'interférence de leurs défenses. Pour aider le patient à reconnaître ce qu'il ressent, nous devons l'aider à identifier les défenses qu'il utilise aux fins d'ignorer et ne pas éprouver ses sentiments.

L'anxiété

Maintenant que nous avons discuté des émotions, passons au second angle du triangle de conflit : l'anxiété. Lorsque nous parlons d'anxiété en ISTDP, nous ne nous référons pas à une pensée de niveau cognitif telle que l'angoisse de la perte. Celle-ci n'est pas une forme d'anxiété. Elle est un stimulus qui peut déclencher de l'anxiété.

En ISTDP nous entendons par anxiété un schéma biophysique d'activation corporelle. L'évolution et notre appartenance à la classe des mammifères nous ont dotés d'un système lié à la peur. Lorsque nous sommes anxieux nos systèmes nerveux somatique et autonome sont activés. Notre système nerveux somatique est composé des muscles squelettiques ou muscles striés, ceux que nous pouvons mobiliser volontairement. De fait lorsque nous éprouvons de l'anxiété, nos muscles se tendent et se préparent à l'action. Dans le même temps notre système nerveux autonome est également activé. Notre système nerveux autonome est composé de deux parties : le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique. Une activation du système sympathique entraîne une accélération du battement cardiaque, une élévation du rythme respiratoire, et une augmentation de notre pression sanguine. L'activation du parasympathique entraîne la décélération du rythme

cardiaque, une baisse du rythme respiratoire et une diminution de notre pression sanguine. Qu'est-ce que cela implique en thérapie ?

Davanloo (2000) a mis à jour trois canaux inconscients fondamentaux de décharge anxieuse dans le corps. Lorsque les patients éprouvent de l'anxiété la décharge anxieuse peut être canalisée dans les muscles striés, dans les muscles lisses ou dans une perturbation cognitivo-perceptive. Chacun de ces canaux de décharge anxieuse détermine un choix dans la manière de conduire la thérapie.

Les patients qui canalisent leur anxiété dans les muscles striés deviennent tendus pendant la séance et soupirent lorsque l'on aborde du matériel émotionnel important. Ces patients-là sont habituellement conscients de leur anxiété et savent ce qui la déclenche. Ces patients sont capables de tolérer une forte montée d'émotion.

D'autre part, certains patients canalisent leur anxiété dans les muscles lisses. Ils souffrent de migraines, de désordres digestifs, de diarrhées. Ou encore, il arrive pour certains patients que leur anxiété provoque une perturbation cognitivo-perceptive. En plus de leur vision qui se brouille et des tintements dans les oreilles, les patients qui déchargent leur anxiété dans la voie cognitivo-perceptive éprouvent des vertiges, se dissocient ou perdent le fil de leurs idées. Pour les patients qui canalisent leur anxiété dans les muscles lisses ou dans une perturbation cognitivo-perceptive, il est nécessaire, au préalable, de réguler leur anxiété avant d'explorer les sentiments.

Pour mesurer l'anxiété du patient, nous devons explorer ses sentiments pendant la séance. L'exploration des sentiments en séance déclenche une réaction anxieuse dans le corps qui nous permet d'observer dans quelle partie du corps est canalisée la décharge anxieuse. Cela nous renseigne sur la capacité de tolérance des affects du patient et de quelle manière nous allons adapter la thérapie à ses besoins particuliers. Les patients qui canalisent leur anxiété dans les muscles lisses et dans les perturbations cognitivo-perceptives n'ont pas une

grande contenance d'intensité d'émotionnelle. Ils nécessitent par conséquent un plus long travail de régulation de l'anxiété et une structuration de leur capacité à observer leurs sentiments et leur anxiété et à en tolérer l'expérience.

Au stade actuel, dans l'histoire de la psychothérapie, nous savons que les patients ont des capacités différentes qui requièrent des types de traitement différenciés. L'ISTDP a développé des traitements distincts pour les patients modérément résistants, très résistants, fragiles, dépressifs, et les patients somatisants. Chacun de ces groupes requière des traitements conçus en fonction de la capacité du patient de tolérance des affects, des modes de canalisation de l'anxiété, des types de défenses utilisées, des résistances et de la capacité à l'auto-observation. Mais pour pouvoir déterminer quel modèle de traitement proposer, il faut d'abord être en mesure d'évaluer tous ces éléments.

Les défenses

Après avoir traité des sentiments et de l'anxiété, passons maintenant au troisième angle du triangle de conflit : les défenses. Les défenses sont des stratégies mises en oeuvre par les patients pour maintenir les pensées, les sentiments, les pulsions qui provoquent de l'anxiété en –deçà du seuil de conscience. En ISTDP nous regroupons les défenses en différentes catégories.

Les défenses répressives refoulent les sentiments de manière à ce que le patient n'en soit pas conscient. Elles comprennent l'intellectualisation, la rationalisation, la minimisation, le déplacement et la formation réactionnelle.

Les défenses régressives impliquent une régression de la capacité du patient à faire face à la réalité. Ces défenses comprennent le clivage, la projection, la somatisation, l'externalisation, le passage à l'acte, et la décharge.

Les défenses de caractère sont fondées sur une identification avec les figures punitives du passé. Je peux ainsi rejeter mes sentiments de la même manière que mon père m'avait rejeté, ou je peux ignorer mes propres sentiments de la même manière que ma mère les avait ignorés, ou encore je peux me traiter moi-même comme si je n'avais aucune importance de la même manière que quelqu'un m'avait jadis traité. Avec la défense de caractère je m'inflige à moi-même ce que j'ai subi par le passé.

Les défenses tactiques refoulent les émotions, mais plus essentiellement encore, elles servent à maintenir le thérapeute à distance. Ce sont des défenses interpersonnelles. Par exemple si vous me demandez en quoi vous pouvez m'aider je pourrais répondre avec la défense tactique qui consiste à rester dans le vague : « Je ne suis pas certain qu'il s'agisse d'un problème en particulier. Il se pourrait en fait que cela ne soit pas un problème du tout. Ce n'est peut-être que la crise de la cinquantaine. Pas du tout un problème. » J'utilise le flou pour vous garder à distance. C'est ma manière de vous résister, ma façon d'empêcher que vous vous rapprochiez de moi. Les défenses tactiques comprennent le sarcasme, les changements de sujet, l'esprit de contradiction, l'évitement du regard, le croiser les bras et les jambes ou encore ne pas prendre les commentaires à la légère.

Le type de défense détermine le mode d'intervention, renseigne sur la catégorie du patient avec lequel vous allez travailler et sur sa plus ou moins grande faculté d'auto-observation.

L'ISTDP a développé un certain nombre de techniques non-interprétatives qui aident les patients à examiner leurs propres défenses, à prendre conscience de la fonction et du coût de ces défenses et à se retourner contre elles. L'ISTDP a également développé des techniques spécifiques pour aider les patients qui présentent un degré plus élevé de défenses, des défenses régressives, de la résistance, de la résistance dans le transfert.

Après avoir brièvement exposé, dans les grandes lignes, les concepts de base et les objectifs de traitement, considérons maintenant la séquence des interventions que nous utilisons en ISTDP afin d'aider les patients à se libérer de leurs défenses.

Cette séquence est désignée comme la séquence dynamique centrale.

De quelle manière aidons-nous le patient ? La Séquence Dynamique Centrale

Investiguer

La déclaration de la difficulté intrapsychique

Nous entamons la thérapie en demandant au patient de nous expliquer pour quel problème intrapsychique il désire notre aide. Puis nous poursuivons en le questionnant sur ses difficultés, leur historique et leur origine. Bien entendu, les réponses du patient nous renseigneront sur la nature de ses conflits de base et sa capacité à les gérer. Jamais nous n'explorons les problèmes d'autres personnes que pourrait mentionner le patient. En ISTDP nous examinons les conflits entre les sentiments, l'anxiété et les défenses du patient tels qu'ils surgissent lors de situations dans lesquelles il a des problèmes.

Déclaration de la Volonté du Patient

Après que le patient a exposé la difficulté émotionnelle interne sur laquelle il désire travailler en thérapie nous nous assurons que la thérapie correspond effectivement au désir du patient lui-même. Le patient peut parfaitement déclarer qu'il suit une thérapie contre son gré parce que son patron, sa femme, son médecin traitant, sa commission de probation le requièrent. Nous ne nous donnons pas le droit, en ISTDP, de traiter un patient qui ne fait que se conformer aux désirs d'autrui. S'il ne le fait pas de son propre gré, nous n'avons pas le droit de lui demander d'entreprendre une thérapie.

Présentation d'un Exemple Précis

Après avoir passé en revue les difficultés du patient et après que celui-ci ait affirmé sa volonté de commencer une thérapie nous lui demandons de nous relater une occurrence précise de son problème. Il est intéressant de noter que les patients utilisent déjà des défenses à ce stade. Plutôt que de relater une situation particulière, le patient peut devenir vague et dire, « En réalité, je ne suis pas certain qu'il existe un exemple particulier. Il s'agit d'un genre de problème plutôt général. » En réponse à ceci, le thérapeute examine et traite la défense du flou et maintient le focus sur un exemple en particulier. Le thérapeute peut ainsi répondre, « Ce que vous dites est vague. Il est important que vous soyez précis de manière à ce que je puisse vous aider. Pouvez-vous me décrire une situation précise dans laquelle cette difficulté survient pour vous ? »

Inviter le Sentiment

Le patient ayant déclaré sa volonté d'entreprendre la thérapie et nous ayant fourni un exemple précis, nous pouvons entamer la phase suivante de la séquence dynamique centrale. Nous explorons l'exemple spécifique dans lequel se produit la difficulté du patient.

Clarification du Stimulus du Sentiment : Que S'est-il Passé ?

Pendant que nous explorons, nous essayons de déterminer, dans la situation relatée par le patient, ce qui a pu déclencher son sentiment. A-t-il subi une perte ? Quelqu'un l'a-t-il rejeté ou insulté ? Les défenses du patient émergent souvent alors que nous tentons d'éclaircir quel a été le stimulus qui a pu provoquer son sentiment.

Inviter le sentiment

Après avoir déterminé ce qui s'est passé nous demandons au patient de nous dire ce qu'il ressent. « Quel est votre sentiment par rapport à la mort de votre fille ? ». « Quel sentiment avez-vous vis-à-vis de votre patron lorsqu'il rejette votre proposition ? ». En réponse à nos questions le patient choisit

l'une de ces trois options. Soit il répond avec son émotion. Soit il devient anxieux. Soit il utilise une défense pour éviter d'éprouver l'émotion. La plupart des patients ne répondent pas avec leur émotion. Au lieu de cela, ils évitent leurs sentiments en manifestant de l'anxiété ou en ayant recours aux défenses. En ISTDP nous ne suivons pas le patient dans ses manœuvres de contournement par l'anxiété ou les défenses. Nous identifions chacune des diversions utilisées par le patient et nous l'invitons à se recentrer sur son émotion. Rester centré de manière consistante sur l'émotion du patient sans prendre en compte ses voies de contournement est l'une des techniques les plus essentielles que le thérapeute doit apprendre.

Si le patient dévie dans l'anxiété nous identifions l'anxiété puis nous nous recentrons sur l'émotion. Si le patient dévie dans une défense nous devons l'aider à identifier la défense, le coût de cette défense, l'aider à se retourner contre elle, puis revenir sur son émotion. Si le patient persiste à emprunter les contournements de l'anxiété et des défenses il n'atteindra pas son but : une profonde connexion émotionnelle avec lui-même, avec ses désirs, avec les autres, avec la réalité et avec la vie elle-même.

Le Travail avec les Défenses

Dès l'instant où le patient est invité à dévoiler ses sentiments les défenses surgissent. Toutes les fois que le patient utilise une défense nous la lui signalons et nous l'aidons à prendre conscience du coût psychique de cette défense, et nous examinons et traitons ainsi activement chaque défense qui entraîne la souffrance du patient. Et chaque fois, ensuite, nous l'invitons, à se recentrer sur son émotion.

Th: «Quel est votre sentiment vis-à-vis de votre mari lorsqu'il déclare désirer des rapports sexuels avec une autre personne?»

Pt: «J'ai trouvé que c'était grossier.» **[Défense d'intellectualisation: elle décrit la déclaration de son mari plutôt que son propre sentiment].**

Th : Ca l'était. Mais si nous ne camouflons pas le sentiment avec cette pensée, quel est votre sentiment vis-à-vis de lui?»

Pt : «Je crois qu'il est en colère contre moi.» **[Projection : la patiente fait une spéculation à propos des sentiments de quelqu'un d'autre plutôt que de révéler son propre sentiment].**

Th: «Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses sur ce qu'est son sentiment mais par contre nous pouvons clarifier le vôtre. Si nous ne nous mettons pas à spéculer à son propos, quel est votre sentiment vis-à-vis de lui lorsqu'il vous dit qu'il aimerait avoir des rapports sexuels avec une autre personne?»

Pt: «Je me sens détachée.» **[Défense]**

Th: «Mais détachée ne décrit pas votre sentiment. Le détachement est votre manière à vous de gérer votre sentiment. Vous vous détachez. Si vous ne vous détachez pas, quel est votre sentiment à son égard?»

Comme vous pouvez le constater le thérapeute aide la patiente toutes les fois qu'elle utilise une défense. Notre objectif est d'aider la patiente à faire face et à éprouver les sentiments qu'elle évite habituellement. Pour y parvenir nous aidons soigneusement la patiente à prendre conscience de chaque défense qu'elle convoque. Puis, nous l'aidons à réaliser le prix qu'elle paie pour ses défenses : elles sont à la source de ses symptômes et de son motif de consultation. Ensuite nous aidons la patiente à se retourner contre ses défenses. Si elle ne parvient toujours pas à se retourner contre ses défenses nous les confrontons.

Mais certains patients, malgré qu'ils prennent finalement conscience de leurs défenses, ne se retournent pas contre elles. Pour quelle raison ? Ils estiment que leurs défenses les aident.

Pt: «Je pense que le détachement m'aide à gérer la relation avec mon mari.»

Pour aider la patiente à se retourner contre ses défenses, nous devons lui montrer de quelle manière ses défenses sont la cause de ses symptômes et de ses motifs de consultation. Idéalement la patiente devrait pouvoir faire cette connexion lorsque nous lui demandons de considérer les conséquences de ses défenses.

Th : « Mais si vous persistez à rester détachée et à éviter vos sentiments ici avec moi, quel en sera l'impact sur notre travail ? »

Pt : « Je n'arriverai nulle part.»

Lorsque la patiente renonce à ses défenses, elle commence à éprouver des sentiments qu'elle a toujours évités. Ces sentiments sont habituellement dirigés vers des figures familiales avec lesquelles la patiente entretenait des rapports problématiques. Parfois les sentiments sont dirigés contre les personnes qui ont abusé de la patiente. Dans ce moment de percée vers les émotions, la patiente se trouve de toute façon confrontée à des sentiments profonds qu'elle avait évités jusque là.

Avec cette percée vers les émotions la patiente éprouve une vague de sentiments mitigés envers les figures du passé de sa vie. Elle peut désormais établir des connexions entre son passé et ses difficultés actuelles. Grâce à ces prises de conscience expérientielles et avec sa nouvelle sensibilité sa vie acquiert un autre sens. Nous pouvons maintenant explorer son passé émotionnel de manière significative sans que n'interfèrent ses défenses.

Consolidation

La plupart des thérapies font émerger le matériel inconscient par le moyen de l'interprétation. L'interprétation peut

cependant renforcer l'intellectualisation et les rationalisations du patient. En vertu de quoi, en ISTDP nous n'interprétons qu'après que s'est effectuée l'ouverture vers l'inconscient, afin que les interprétations dont nous avons fait l'expérience émotionnelle mènent à une authentique intégration.

Le soulagement qu'amène l'expérience d'émotions jusque là évitées et les compréhensions profondes qui les accompagnent incitent le patient à rechercher des connexions encore plus profondes avec sa vie intérieure. La tâche devient claire : l'aider à se retourner contre ses défenses, se confronter à ses peurs et ressentir aussi profondément que possible ses émotions pour atteindre le cœur de ses difficultés. Se faisant nous aidons le patient à diriger efficacement ces émotions dans des comportements adaptatifs afin qu'il atteigne les objectifs qu'il se fixe dans la vie.

En aidant le patient à se retourner contre ses défenses nous l'aidons à éprouver de la compassion pour lui-même et ses aspirations que ses défenses mettaient en échec. Simultanément, en aidant le patient à se retourner contre ses défenses nous lui prouvons notre compassion, pour lui et pour son droit à se réapproprier sa vie. Dans une lettre au psychiatre existentialiste Ludwig Binswanger, Freud écrivit que « la psychanalyse est une cure par l'amour. » Par l'attention constante que nous portons à la vie intérieure du patient et par le blocage systématique des défenses qui l'étouffent, l'ISTDP est aussi une cure par l'amour. À travers notre concentration de chaque instant sur les émotions du patient nous prouvons activement notre intérêt pour son droit à se libérer des défenses paralysantes qui ont prolongé sa souffrance. Comme l'a dit Frieda Fromm-Reichmann, « Redimer une seule personne c'est redimer le monde. »

