#### PSYCHANALYSE et COMPORTEMENTALISME

## « Changer ce n’est pas devenir quelqu’un d’autre, mais être soi plus profondément »R.BUJOLD

Depuis toujours, les hommes se sont confrontés aux grands problèmes existentiels : la vie, la mort, les autres, l’amour, la haine, la solitude…Vivre n’est pas facile et l’équilibre psychologique est parfois mis à mal au cours des péripéties d’une vie.

Chaque époque a tenté de comprendre les troubles psychiques et d’y remédier en fonction des connaissances qui étaient les siennes, mais il faut attendre la fin du 19ème siècle pour enregistrer des progrès notoires dans ce domaine.

En effet, cette époque voit des avancées importantes dans la connaissance du psychisme avec d’une part, les découvertes de FREUD et la création de la psychanalyse, et d’autre part, les travaux de PAVLOV, puis notamment de SKINNER, à la base du courant comportementaliste.

De multiples psychothérapies ont vu le jour dont la plupart peuvent se réclamer de l’une ou l’autre des deux grandes disciplines que sont psychanalyse et cognitivo-comportementalisme.

Certains voudraient les opposer ou les hiérarchiser, cela paraît constituer un faux débat. Chacune à sa spécificité, ses indications et donc sa place dans la recherche de mieux-être des personnes en souffrance.

#### I - ORIGINES ET CONCEPTS STRUCTURANT LA PSYCHANALYSE

La psychanalyse a été inventée par Sigmund FREUD, médecin autrichien né à Freiberg en 1856 et décédé à Londres en 1939.

La psychanalyse est issue de la recherche pour comprendre l’hystérie, face à laquelle la médecine des siècles passés était impuissante. Les hystériques présentaient par exemple, des paralysies ou des cécités sans aucune cause organique et donc totalement inexplicables.

Dans ce contexte, Freud découvrit que tout symptôme s’enracine dans des impressions traumatiques liées à la vie sexuelle des premières années.

FREUD pense qu’une représentation devient pathogène lorsqu’elle est refoulée dans l’inconscient par la partie consciente du malade, pour des raisons éthiques ou esthétiques. Il démontre en outre qu’il s’agit avant tout de représentations de désirs sexuels et également de pulsions d’égoïsme et de cruauté, les symptômes de la maladie étant un substitut des satisfactions interdites.

Il montre le caractère pervers de la vie sexuelle des premières années et découvre l’importance de la vie fantasmatique des névrosés.

Il analyse le développement de cette énergie sexuelle qu’il appelle « libido » et étudie ses représentations psychiques qu’il appelle « pulsions ».

La théorie Freudienne postule :

- L’existence d’une énergie psychique à caractère sexuel : la libido

- Une vie sexuelle chez l’enfant

- L’existence de l’inconscient, du refoulement

- L’échec possible de refoulement produisant le symptôme et la névrose.

# A\_\_ LA LIBIDO ET LA VIE SEXUELLE DE L’ENFANT

Le terme latin de libido qui signifie désir, envie, aspiration, désigne pour Freud la manifestation dynamique de la pulsion sexuelle dans la vie psychique.

C’est dans l’étude de la sexualité infantile et des perversions que FREUD trouve ses arguments pour concevoir l’existence d’un sexuel qui n’a rien à voir avec la reproduction, mais avec l’obtention d’une satisfaction. Ceci suppose une conception de la sexualité bien plus large que celle en vigueur à son époque et encore actuellement. Il fera donc scandale en qualifiant de sexuelles, un ensemble d’activités ou de tendances qu’il repère non seulement chez l’adulte, mais aussi chez l’enfant, fût-il nourrisson. Par exemple, il reconnaît le suçotement chez l’enfant comme une activité sexuelle dont celui-ci retire une grande satisfaction.

Sur base de cette conception élargie de la sexualité, il établit une théorie du développement sexuel (ou libido), sur différents stades :

**-le stade oral** : ou comme dans l’exemple que nous venons d’évoquer, le nourrisson trouve son plaisir dans l’alimentation, l’activité de la bouche et des lèvres.

**-le stade anal** (entre 2 et 4 ans): qui est caractérisé par l’érogénéité de la zone anale,

Par exemple le plaisir que prend l’enfant à expulser ou retenir ses selles.

**-le stade phallique** (entre 3 et 6 ans) : où l’intérêt de l’enfant se centre sur sa zone génitale, sur le pénis, avec l’apparition du **complexe d’Œdipe** et de l’angoisse de castration.

Le complexe d’Œdipe, c’est pour le garçon, son désir pour sa mère, la rivalité et l’hostilité envers le père et pour la fille l’amour du père et l’hostilité vis à vis de sa mère, bien que ce soit plus compliqué pour la fille, car elle commence aussi par désirer sa mère, avant de s’en détourner.

Le petit garçon va être confronté à la loi de l’interdit de l’inceste, le père étant celui qui lui fait savoir que sa mère n’est pas pour lui. Par craindre de perdre son pénis hautement investi, il va renoncer à posséder sa mère, c’est la castration symbolique. C’est à partir de là qu’il pourra désirer d’autres femmes.

Pour la petite fille, l’angoisse de castration va plutôt s’exprimer par la crainte de perdre l’amour.

FREUD distingue également différentes instances psychiques. Le « **surmoi** », instance qui reprend les valeurs et les interdits parentaux, le « **ça** », qui est l’ensemble des pulsions réclamant satisfaction et entre les deux, le « **moi**» qui est l’instance qui gère à la fois la poussée constante du « ça » et les exigences de la conscience morale du « surmoi ».

La résolution du complexe d’Œdipe est le noyau de l’évolution psychique ultérieure vers la névrose, la psychose ou la perversion.

Dans la névrose, subsiste un attachement aux parents, en bonne partie inconscient. On refuse de perdre sa mère sous divers prétextes : elle ne m’a pas assez aimé, ou mon père ne fait pas le poids pour me séparer d’elle, ou mon frère est né trop tôt…

Le mythe individuel du névrosé fait état d’un dommage et en réclame réparation au père et ce scénario va se répéter tout au long de sa vie, s’il n’en prend pas conscience.

Ainsi, ce mythe mis en place dans l’enfance va servir de modèle pour toutes les situations à venir, le conflit reste toujours celui d’autrefois. Le névrosé refuse donc la castration symbolique, il se voudrait sans manque, tout puissant.

Les trois visages les plus connus de la névrose sont la névrose hystérique, la névrose obsessionnelle, la névrose phobique.

Nous avons tous une dominante névrotique parmi ces trois névroses, mais aussi d’autres traits additifs, empruntés aux autres types de névroses.

**La névrose Hystérique**.

C’est l’inclinaison à nous faire remarquer. Mais dès la reconnaissance obtenue, l’interlocuteur perd déjà une partie de son intérêt. Ce besoin de reconnaissance pousse à la séduction, la création et en quelque sorte à tout ce qui distrait de l’ennui.

L’hystérie, c’est un mouvement permanent, une difficulté à garder une identité stable et à s’en satisfaire. La réalité est donc insatisfaisante et l’on recherche à capter l’autre à son service, pour justement satisfaire son important besoin de reconnaissance.

Il existe principalement pour l’hystérique (qu’il soit homme ou femme), quatre manières de mettre en scène ce besoin de reconnaissance.

La revendication, qui peut prendre une forme « sacrificielle », « réparatrice », « vampirique » ou « masochiste » et les trois autres : La jalousie, la persécution, la dépression.

La sexualité dans la névrose hystérique, cherchera à occulter, voire rendre dérisoire la relation érotique, soit en s’y perdant totalement, soit en s’y refusant. L’hystérie est avant tout une demande d’amour, la sexualité n’étant qu’un prétexte secondaire.

**La névrose obsessionnelle**

C’est aussi séduire mais pas tout de suite, au contraire de l’hystérie.

On se met au service des autres, pour séduire plus tard. C’est ainsi sacrifier un désir actuel pour être reconnu par la suite.

L’obsessionnel se plie à la demande de l’autre, ne dit pas ce qu’il souhaite et cède facilement sur l’instant pour remettre au lendemain. Il doute et s’isole également facilement. Dans ses passages à l’acte, il cherche à composer avec sa culpabilité latente, pour enfin savoir de quoi il est coupable, ou pour effacer radicalement l’objet initialement désiré.

Facilement froid et distant, il rejette l’instant présent, met à distance l’autre et se met lui-même à distance, y compris de son propre corps. (Par exemple, il néglige sa santé et/ou devient hypocondriaque).

Il navigue entre prodigalité et avarice, mauvaise humeur et misanthropie caractérisée.

La sexualité, dans la névrose obsessionnelle, est pulsionnelle issue du stade anal.

La relation érotique se veut principalement réduite à sa plus simple expression, pouvant aller jusqu’au ravalement du partenaire au rang d’objet.

Ses histoires d’amour, ne sont pas des histoires de sexe.

Pour l’obsessionnel, ce qui est difficile à saisir, devient par contre encombrant ou même insupportable, quand il est obtenu.

**La névrose phobique**

Elle vient du constat fait dès l’enfance, que rien n’a de sens. C’est insupportable pour la personne qui fait appel à une « puissance supérieure » chargée de donner du sens à sa place.

Cette puissance souveraine qui vient conjurer l’angoisse, il faut se mettre bien avec elle en répondant à ses attentes. Mais il peut sembler que ces attentes soient exorbitantes et l’on déplace alors ces attentes sur des situations bien définies du réel. On peut ainsi mieux vivre l’impossibilité à répondre aux attentes de la puissance souveraine en s’accommodant le mieux que l’on peut, avec des situations phobiques de la vie quotidienne.

L’angoisse est le terreau permanent présent chez le phobique.

Il est dans l’évitement de l’autre et de ce qu’il pourrait engendrer.

Le névrosé phobique ne peut supporter la perte de sens contrairement aux hystérique et aux obsessionnels.

La sexualité est réduite au minimum chez le névrosé phobique, sauf si le partenaire représente une présence rassurance, conjuratrice de l’angoisse, alors il s’y livre sans réserve et une sexualité accomplie devient possible pour lui.

**La psychose**

Dans la psychose, il y a perte de la réalité jugée intolérable et retrait de la libido sur le moi.

Le psychotique reste collé à sa mère, il n’a pas accès à la loi du père, à l’ordre symbolique.

C’est comme si il réalisait l’inceste, il reste englué dans la jouissance de sa mère.

Le psychotique est étranger au réel, soit partiellement, soit parfois totalement.

Dans le cas de la schizophrénie, un monde intérieur est organisé en substitution du monde réel. Le schizophrène s’y promène hors des autres et de la réalité.

Tout rapport à l’autre devient une invention délirante de sa part. Il est persuadé que l’autre lui veut du mal et qu’il n’est lui-même pas grand-chose, alors il s’invente un autre monde plus supportable pour lui.

**La perversion**

Le pervers sait qu’il y a une loi, mais la dénie, pour avoir une jouissance maximale, sans égard pour les autres et en créant sa propre loi.

Il manipule et met à mal l’autre ou les autres, pour jouir de cette situation.

La perversion peut s’actualiser de manière individuelle ou collective. L’autorité est l’arme privilégiée du pervers.

Les autres sont rabaissés au rang de déchets sans intérêt particulier, sauf à les considérer comme les objets d’un jeu manipulatoire par lequel la jouissance du pervers pourra s’assouvir.

Le pervers ne connaît ni remord, ni regret et encore moins la culpabilité.

Il s’invente de fausses valeurs, raisons ou positions morales, pour se justifier et justifier socialement sa perversion. Il est, au contraire du psychotique, parfaitement conscient du réel et de ses actes.

Les indications pour la psychanalyse et les thérapies sont essentiellement les névroses.

En effet, nous retrouvons chez le névrosé la croyance en un père idéal capable d’accueillir sa plainte et y apporter remède et qui est « supposé savoir » dans quelle voie le sujet névrosé devrait engager son désir.

C’est là le moteur de la demande faite au praticien et qui s’actualise par le transfert.

Le transfert, c’est le lien qui s’instaure entre le psychanalyste ou le psychothérapeute et son patient et qui réactualise les sentiments jadis éprouvés pour les personnes importantes pour celui-ci dans l’enfance(les parents, la fratrie…). Le transfert existe d’ailleurs hors de la situation analytique, dans toutes nos relations amoureuses, professionnelles…La plupart du temps, nous n’en avons pas conscience.

# B- L’INCONSCIENT

L’inconscient est une instance psychique qui est le lieu des représentations refoulées et qui se voient donc refuser l’accès à la conscience. Rappelons que le refoulement est la mise à l’écart d’une représentation susceptible de provoquer du déplaisir.

Nous n’avons pas accès directement à l’inconscient, mais seulement à ses manifestations, en fait quand le refoulement a des ratés et que nous faisons des lapsus, des actes manqués, des rêves ou des symptômes :

Dans le lapsus, un mot vient se substituer à celui que nous voulions prononcer consciemment, révélant un désir inconscient.

De même, l’acte manqué d’un point de vue conscient pourra être considéré comme réussi du point de vue du désir.

Le rêve, pour Freud, est la voie royale de l’inconscient. Il emprunte en général son matériel aux événements vécus la veille.

 Il présente 2 contenus : le manifeste, les images du rêve, l’histoire qui s’y raconte et le contenu latent constitué par le désir inconscient à l’œuvre dans le rêve et qui se dissimule sous différents mécanismes comme :

* le retournement en son contraire : un personnage du rêve veut me tuer alors que c’est moi qui nourris à son égard une forte agressivité,
* la condensation : une même personne peut présenter des traits qui me rappellent deux autres personnes,
* le déplacement : la façon dont je considère tel aspect de ma vie, peut être figurée dans le rêve par une maison (triste, délabrée, froide, prête à s’écrouler…)

Pour aller à la rencontre de ces contenus inconscients, le rêve n’est pas interprété par l’analyste avec des clefs préfabriquées, mais par l’analysant lui-même, qui va associer librement à partir de chaque image du rêve et découvrir ainsi le sens caché de sa production onirique.

Le symptôme dont souffre le névrosé est aussi l’expression d’un conflit inconscient.

C’est un désir refoulé qui s’exprime et cherche satisfaction à travers lui.

# C- LA METHODE PSYCHANALYTIQUE

Cette méthode aura donc pour but de créer les conditions les plus favorables pour accéder à ce qui est refoulé dans l’inconscient.

Cette méthode s’appelle « l’association libre ». On demande au patient de dire tout ce qui lui passe par la tête, sans rien sélectionner, même si certaines pensées lui paraissent peu intéressantes, stupides ou inconvenantes.

Le psychanalyste l’écoute avec ce qu’il est convenu d’appeler une neutralité bienveillante, c’est-à-dire qu’il s’abstiendra de communiquer ses idées, ses valeurs, son avis, évitant de prendre le rôle d’un parent, d’un éducateur ou d’un juge.

En effet, il est essentiel que le désir de l’analyste soit en suspens ; c’est seulement s’il reste un écran blanc, qu’il permet au désir de l’analysant de s’exprimer librement, en évitant le plus possible le des effets de suggestion.

L’obligation pour le psychanalyste d’avoir lui-même été psychanalysé, est un point important de son éthique qui lui évitera de projeter sa propre problématique sur celle de ses patients.

# D- CONCLUSION

Notre inconscient est régi par le principe de plaisir. Les pulsions qu’il « contient » cherchent à se décharger, mais se heurtent au principe de réalité, à la loi.

Le bien-être coïncidant pour l‘être humain avec la possibilité de réaliser son désir dans les limites imposées par la réalité, chaque homme aspire à connaître son désir.

Ici se dresse un premier obstacle : l’enfant naissant complètement immature a besoin des autres pour vivre et débute donc sa vie dans une situation de dépendance absolue par rapport au désir de l’autre. Il aura parfois bien du mal à quitter le monde de la demande pour celui du désir.

Accéder au désir implique d’affronter la séparation, la solitude, l’angoisse, la culpabilité et de vivre dans la réalité. Notre épanouissement personnel est à ce prix.

#### II - ORIGINES ET CONCEPTS STRUCTURANT LE COMPORTEMENTALISME

Les travaux de S.FREUD et la psychanalyse en général, sont essentiellement centrés sur l’organisation psychique de l’homme.

Le comportementalisme trouve lui, ses fondements d’origine dans le « BEHAVIORISME » (traduction anglaise littérale de comportementalisme). C’est à dire les manifestations ou comportements de la personne, dans la réalité qui l’entoure.

Sa définition de base qui rassemblerait le plus de suffrages, pourrait être la suivante :

**« Une étude objective des comportements, excluant l’analyse aléatoires des sources psychiques et proposant de comprendre les conduites humaines dans un ensemble qui part de stimulations qui engendrent des réactions ou réponses ».**

L’organisation intrapsychique n’est pas annulée ou remise en cause pour autant, elle est simplement laissée en place dans sa « boîte noire », telle qu’à l’origine, les premiers comportementalistes se plaisaient à nommer le psychisme.

Pour les comportementalistes, l’organisation intrapsychique (et donc ses fondements, via notamment la doctrine freudienne), est trop complexe et aléatoire pour être prise en compte et que l’on puisse agir en direct sur elle. Seules les répercussions du psychisme (les conduites et comportements) dans l’environnement de la personne, peuvent être diagnostiquées, reprises et travaillées avec la personne.

Autrement dit, l’important n’est pas tant la constitution et l’organisation psychique d’une personne, avec ses origines plus ou moins conscientes, que finalement les réactions et les comportements qui découlent de cette organisation psychique et que la personne va mettre en œuvre ou en scène, dans sa vie concrète de tous les jours.

C’est bien là, la différence essentielle du comportementalisme d’avec la psychanalyse.

En suivant la chronologie des comportementalistes, on peut mieux dessiner la progression de ce mouvement de pensée et de ses écoles, pour aboutir à ce que ce mouvement de pensée signifie aujourd’hui.

Au départ, Ivan Petrovitch PAVLOV, contemporain de S.FREUD puisqu’il est né en 1849 et meurt à la veille de la seconde guerre mondiale, trois ans avant FREUD, en1936.

PAVLOV est médecin en 1879, il est titulaire de la chaire de pharmacologie à St Petersburg puis professeur de physiologie jusqu’à sa mort.

PAVLOV s’intéresse à la circulation sanguine, puis aux glandes digestives. C’est là qu’il découvre l’impact des stimulations sur le fonctionnement des sécrétions de salive et avance une théorie du comportement, à partir des réflexes conditionnés. C’est ainsi qu’il fut le précurseur de la psychophysique et psychologie expérimentale et qu’il se trouve par ce fait, à l’origine de nombreuses recherches sur les théories de l’apprentissage (Le cognitivisme).

D’autres chercheurs qui ont souhaités se démarquer de la psychanalyse, voire même du béhaviorisme d’origine, en incluant notamment la théorie des systèmes, vont venir élargir le concept du comportementalisme.

En revenant dans la lignée de PAVLOV, il convient de citer THORNDIKE, puis WATSON, mais surtout Burrhus Fréderic SKINNER. (1904- 1990)

Docteur en psychologie à l’université d’Harvard, SKINNER est considéré, notamment par les Anglo-saxons, comme le plus important et le plus prolixe des chercheurs en psychologie du XXIème siècle, avec FREUD.

Son œuvre, comme chef de file du mouvement béhavioriste, propose une vision globale de l’homme dans sa totalité, vision individuelle, en groupe, en société et à partir de cette vision globale, pose les bases de l’acte thérapeutique en général.

Cette vision de monde est aussi pour SKINNER un mode de pensée, une sorte de méthode générale de résolution de problème.

Selon l’un des axiomes de base de SKINNER, c’est l’environnement d’une personne (les stimuli externes), qui contrôlent en définitive son comportement.

SKINNER attachait une grande importance à la capacité d’une personne à se contrôler et donc à progresser. Les stimuli externes, s’ils sont prégnants, ne rangent pas pour autant la personne dans un certain déterminisme intrapsychique, comme le laissait à penser l’œuvre de FREUD.

La pensée de SKINNER se répartie dans ses œuvres principales : « Sciences et comportements humains », « Par delà la liberté et la dignité » et aussi dans ses dernières réflexions en 1987 sur l’autogestion du comportement dans « Upon further réflexion » (A bien y réfléchir).

Dans la mouvance comportementaliste, se trouvent ainsi, en toute logique, les principales théories de l’apprentissage ou « développement cognitif ». C’est à ce titre que l’on peut évoquer également BANDURA qui a introduit le concept d’apprentissage « vicariant », c'est-à-dire la possibilité de se dédouaner à faire par soi-même certains apprentissages en retirant des enseignements d’apprentissages réalisés par d’autres.

Puisque apprentissage et comportements sont solidaires, on pourrait résumer ainsi l’apprentissage :

**« Réaliser une action et faire l’expérience de ses conséquences ».**

Apprendre ce n’est pas uniquement stocker de l’information. C’est aussi vivre des expériences, les comprendre, les traiter, leur donner un sens et adapter en conséquence un comportement nouveau, issu conjointement des informations ou connaissances théoriques et des expériences précédentes vécues.

Dans le développement cognitif, place est faite à l’œuvre importante de PIAGET. (1896-1980).

Son œuvre est centrée sur le développement cognitif et la théorie opératoire de l’intelligence.

Biologiste, zoologue, physicien et philosophe à la fois, PIAGET aura dans ses œuvres, une période clinique auprès d’enfants, fera des hypothèses vérifiées par échantillonnage et traitera de la théorie opératoire de l’intelligence.

Pour PIAGET, l’intelligence n’est pas une faculté mentale parmi d’autres, mais la modalité d’une fonction plus générale : « **L’adaptation** ». C’est un état d’équilibre maximum entre une personne (ou un organisme vivant) et son milieu. Cette adaptation s’acquiert selon différentes formes ou structures. Ainsi l’adaptation mentale, comportementale, est un prolongement de l’adaptation biologique.

Il y a pour PIAGET une continuité fonctionnelle dans le développement de la personne.

Pour lui, un développement intellectuel se construit grâce à deux mécanismes opposés et complémentaires : l’assimilation et l’accommodation.

Pour résumer, PIAGET, distinguera 4 stades au développement de la personne :

1 – **Le stade sensori-moteur** (de 0 à 2 ans)

Avant le langage, le développement du bébé est basé sur l’action de son corps sur le milieu, par réussites/erreurs. C’est un stade expérimental, tâtonnant et non conceptualisé.

2 – **Le stade préopératoire** (de 2 à 7 ans)

C’est le stade de la pensée symbolique, où se développe l’imitation, puis la représentation, puis la réalisation d’actes fictifs. Un objet peut devenir le substitut, le représentant d’un autre objet. C’est un moyen d’adaptation intellectuelle et affective.

3 – **Le stade opératoire concret** (de 7 à 11 ans)

L’enfant socialise sa pensée, prend en compte l’avis des autres. Il peut classer, grouper et concevoir modifications et réversibilité. Il raisonne concrètement de proche en proche.

4 **– Le stade des opérations formelles** (de 11 ans à l’âge adulte et plus)

*Stades des opérations logiques, abstraites, du raisonnement par hypothèses et déductions.*

Le langage est plus mobile et amène la personne à la construction de systèmes complexes, à la représentation de représentations.

C’est en permanence que nous vivons avec les concepts du cognitivo-comportementalisme.

En effet, depuis notre enfance et nos premiers contacts avec le monde, puis ensuite notre scolarisation, notre socialisation, y compris professionnelle, nous avons développés des modalités par lesquelles nous recevons de manière singulière des stimuli et réagissons en conséquence.

Les actions des autres, l’environnement, nos manières propres de réagir aux autres et à notre milieu, sont autant de facteurs déterminant nos comportements, leur adaptation et leur évolution.

Une psychothérapie s’appuyant sur le comportementalisme, ne propose rien d’autre que de nous aider à renouer avec nos apprentissages et constructions antérieures et par un savoir faire approprié, faire de nouveaux apprentissages et faire le travail d’adaptation et d’évolution nécessaire pour nos comportements de demain, vers plus de confort personnel.

Pour la personne comprendre, en accepter la genèse, identifier la source permet un meilleur contrôle de l’existant d’aujourd’hui et la capacité à prolonger ce contrôle, jusqu’à la guérison du symptôme.

La psychanalyse aussi, sans se centrer sur les apprentissages et les comportements, poursuit un objectif similaire, par une démarche différente.

Il est donc important de comprendre comment chacune de ces deux approches conceptuelles peut correspondre à la demande de consultation de telle ou telle personne et de préciser également la différence entre la cure psychanalytique et la psychothérapie d’inspiration psychanalytique.

**III-DIFFERENCE ENTRE CURE PSYCHANALYTIQUE ET PSYCHOTHERAPIE**

LA CURE PSYCHANALYTIQUE

Elle est basée sur la règle de libre association exigée du patient, l’analyse des résistances qui apparaissent au cours de celle-ci ouvrant l’accès aux désirs refoulés. Une résistance peut s’exprimer dans le refus d’aborder tel sujet ou un silence prolongé ou l’impossibilité de prononcer certains mots, etc…

La méthode est inséparable du cadre, conçu pour la faciliter. Le cadre comporte :

-la détermination du nombre de séances par semaine, généralement 2 ou 3, et leur durée généralement 30 ou 45 minutes.

-la fixation du prix et l’obligation de payer les séances manquées. Cette obligation répond à deus nécessités : d’une part soutenir l’effort du patient qui pourrait être tenté de sauter une séance plutôt que d’aborder un problème central pour lui et d’autre part lui faire revivre une frustration qu’il connaît à chaque fois que ses désirs s’affrontent à la loi et lui permettre ainsi de travailler son rapport à celle-ci.

-la position allongée sur le divan, l’analyste étant assis en retrait hors de la vue du patient

Cette position entraîne l’impossibilité de guetter l’effet de ses propos sur le visage de l’analyste et l’absence de dialogue au sens courant du terme, ce qui favorise la régression vers les souvenirs infantiles. En effet, la position couchée entraîne une passivité du corps qui facilite celle-ci en permettant au patient d’éprouver des sentiments, des sensations de plaisir, de détresse, que l’agitation de la vie courante permet de fuir. Des sensations infantiles de présence ou de manque peuvent ainsi être revécues et élaborées, notamment grâce au transfert qui est le report sur la personne de l’analyste de sentiments éprouvés jadis envers des personnes primordiales dans l’environnement du patient.

La cure psychanalytique exige donc beaucoup du patient : outre l’investissement important en temps et en argent, le patient doit supporter que soient mises au jour ses expériences les plus intimes avec leur charge d’angoisse et de culpabilité et renoncer aux bénéfices secondaires de sa névrose, comme par exemple, de ne plus être le centre d’attraction du cercle familial parce qu’il ne va pas bien .

Mais cette psychanalyse est aussi pour lui le moyen d’aller en profondeur à la rencontre de lui-même, de découvrir comment il se raconte son histoire familiale, quelles sont les prémisses de sa vision du monde, quelles représentations le déterminent et lui interdisent l’accès à son désir.

Le but premier de la psychanalyse est cette rencontre du désir inconscient et non en premier lieu la disparition des symptômes, qui finalement viendra de surcroît.

La cure psychanalytique est donc une éthique, l’analysant cherchant l’autonomie de sa conscience, grâce à la méthode de l’association libre et à la neutralité de l’analyste. On remarque une filiation entre le courant philosophique du scepticisme et la méthode psychanalytique, en ce sens que cette dernière conduit l’analysant à reconsidérer toutes ses représentations comme étant les siennes, donc relatives et dépourvues de valeur absolue. Il s’agit seulement de sa façon de concevoir le monde, qui a conditionné jusqu’ici toutes ses expériences. Ayant pris conscience du caractère contingent de ses représentations, il peut se défaire de celles qui entravent son accomplissement actuel.

« La vie est, pour un être, le pouvoir d’agir selon les lois de la faculté de désirer » KANT

LA PSYCHOTHERAPIE (courant psychanalytique)

 Elle repose sur les mêmes postulats théoriques que la cure psychanalytique et visent donc aussi à la mise à jour du sens inconscient de certaines pensées et actions pour les articuler avec l’ensemble de la vie mentale, mais le cadre et donc la méthode changent.

Elle a lieu en face à face, à raison d’une séance par semaine et le psychothérapeute a une position plus active qu’en cure psychanalytique. En effet, le face à face peut apporter un étayage bénéfique et nécessaire au bon déroulement du processus analytique pour certains patients : présence et non plus répétition des absences premières, vérification rassurante de l’intégrité, présence visuelle du thérapeute qui peut rassurer contre les vicissitudes des relations aux parents intériorisés.

Le mode d’intervention du psychothérapeute sera aussi différent : moins centré sur les conflits internes inconscients et plus sur le contexte de la vie du patient hors analyse ou sur ses relations avec son entourage. Il utilisera moins l’interprétation (propre au travail psychanalytique) et davantage la clarification et la confrontation.

C’est lors du premier entretien, que l’analyste choisira, en fonction de la demande du patient et de sa structure, la méthode la plus adaptée pour lui.

LA PSYCHOTHERAPIE (courant comportementaliste)

 La psychothérapie comportementale se base sur l’amélioration des comportements à venir du client à partir des comportements passés, grâce à des apprentissages nouveaux.

Elle comporte plusieurs étapes.

Première étape : **Identifier** avec la personne, les situations problème, le dysfonctionnement ou trouble en particulier.

Cette reconnaissance du problème ne se veut pas fantasmatique, mais argumentée, mise en perspective concrète, de façon à resituer le problème le plus objectivement possible.

La reconnaissance du problème facilite parfois son amélioration. C’est avant tout le premier pas vers un apprentissage nouveau. (Si je ne sais pas identifier le caillou dans ma chaussure qui m’empêche de marcher, comment pourrais-je l’enlever ?).

Deuxième étape : **Apprendre.** Reconsidérer le problème au regard d’informations oubliées, nouvelles ou complémentaires, relatives à celui-ci. C’est une étape qui permet de « s’armer » plus efficacement

Troisième étape : **Agir**. Aider par le psychothérapeute en miroir, effectuer entre deux séances des « taches thérapeutiques ». C’est à dire conduire des expériences nouvelles, dans son milieu habituel (ou inhabituel, selon les cas), en tirer des enseignements par un traitement conjoint entre le client et le thérapeute, aux séances suivantes. Cette action/apprentissage, sera bien entendu dosé au vu du problème.

Enfin : quatrième et dernière étape : **Agir seul** et, sans l’aide du thérapeute, maîtriser la situation d’origine, pour qu’elle ne soit plus un problème.

On constate souvent, en outre, qu’un problème réglé peut influer sur la régulation d’autres situations annexes, par le simple fait de transposition d’un travail élaboré, comme méthode pour aborder un autre point difficile. (Si vous avez appris à maîtriser et faire disparaître une peur irraisonnée, vous pourrez transposer le travail fait, à une éventuelle autre peur ou situation anxiogène).

Cependant, le travail de connaissance de soi ne se fait pas en un jour :

***« On ne tire pas sur les fleurs pour les faire pousser…. »***

POINTS COMMUNS ET DIVERGENCES DES CONCEPTS RESPECTIFS

Pour aborder ce sujet, prenons une métaphore :

Quelles différences et quelles similitudes pourraient exister entre un long voyage à travers le monde, au hasard des pays rencontrés (la cure psychanalytique) et par exemple une expédition en montagne (la thérapie comportementale) ?

**La durée**, qui bien sûr ne sera pas la même. Le monde ne se découvre pas en un jour, c’est vaste et prend du temps. On peut voyager des années pour y parvenir et encore…

Certes on peut faire le tour du monde en trois jours en avion, mais que connaîtra-t-on pour autant ?

La course en montagne est par définition plus courte car le paysage est moins vaste et de plus paramétré et ciblé.

**L’objectif** n’est pas le même. Le but du voyage à travers le monde, c’est avant tout le voyage pour lui-même, comme on peut admettre que le sens de la vie…c’est la vie elle-même.

Le but d’une course en montagne peut être variable en intérêt et intensité : un sommet, un abri, un point de vue particulier et agréable, etc.

Et pour achever cette métaphore, ajoutons-y un rôle particulier :

**Le guide**

Dans le voyage à travers le monde, il sera plutôt un accompagnateur, qu’un guide chargé d’un apprentissage. S'il a été choisi pour ses connaissances d’explorateur, il sera rassurant et une référence par son (supposé) savoir. Il connaît les pays rencontrés et les paysages, mais il se gardera de tout propos pour influencer la personne vers une destination. C’est bien cette dernière et elle seule qui avancera à son rythme.

Le guide de haute montagne, voudra vous éviter les dangers immédiats qui retarderaient l’atteinte de l’objectif fixé. Il vous stimulera dans les périodes de fatigue, vous proposera des voies en fonction de votre niveau et par des consignes adaptées vous conduira vers l’objectif fixé en commun.

**En résumé**, comme le voyage à travers le monde, la psychanalyse est un parcours initiatique où le voyageur en découvre un peu plus chaque jour. Il avance à sa vitesse (même si de temps à autre, il peut être rappelé à reprendre le voyage). Comme le sens de la vie, c’est vivre ; le but de l’analyse, c’est l’analyse elle-même.

C’est à travers la compréhension de nos mécanismes psychiques, de leurs origines et de leurs effets, qu’on apprend toujours un peu plus sur soi et sur ses rapports aux autres. En effet on apprend aussi par l’analyse, mais son objectif n’est pas de nous apprendre « quelque chose ». Sinon il y aurait un contenu unique à l’analyse ou pour le moins des contenus préétablis, ce qui n’est pas le cas.

Il y a dans l’analyse plus une obligation de moyens que de résultats, puisqu’il n’y a pas d’objectif contractuel et qu’il ne saurait y en avoir. (Pour reprendre la métaphore, ce serait une absurdité que de vouloir donner au tour du monde l’objectif de connaître exhaustivement, tous les paysages, les habitants etc… Une seule vie ne saurait y suffire). De même que lorsqu’on suit pendant plusieurs années et de manière assidue des cours de philosophie, on n’a pas pour autant fait le tour de la complexité humaine, mais on est cependant en droit d’en attendre une connaissance de soi plus affirmée. Il en va de même avec la cure psychanalytique qui nous donnera les bénéfices secondaires du voyage, à savoir un mieux-être, une plus grande maîtrise de nos peurs et de nos fonctionnements sclérosants du passé.

L’intervention comportementale, se situe autrement. Plus complémentaire qu’opposée à la psychanalyse, elle s’inscrit dans un cadre prédéfini. Le but, les objectifs à atteindre, parfois même la durée, sont spécifiés avec la personne et l’intervention comportementale est un engagement de résultat, plus que de moyens. (L’orthodoxie de la méthode employée n’est pas l’élément premier, seul l’objectif à atteindre dans une rigoureuse déontologie, compte).

L’intervention comportementale ne prétend pas (bien que certains pensent autrement), prendre la place de la cure psychanalytique.

Encore une fois, ce tour du monde (de notre monde), en vue d’approcher de notre désir, à notre rythme, ne saurait être remplacé par plusieurs excursions ciblées.

Il n’y a donc pas à opposer comportementalisme et psychanalyse, cette dernière ayant un périmètre d’exploration beaucoup plus vaste et moins objectivé. La prise de risque n’est pas la même et la position du « guide » non plus.

**Quels pourraient être les points communs aux deux approches ?**

**En tout premier** « LA PERSONNE ».

C’est elle qui est sujet et non pas tel ou tel approche. Il n’y a pas les clients de la psychanalyse et les clients du comportementalisme. La personne c’est nous, nous qui souffrons et cherchons à nous retrouver dans une existence parfois difficile.

La personne est donc centrale aux deux approches. Respect, maintien de l’estime de soi et déontologie sont des invariants incontournables de tout travail thérapeutique. (Le contraire serait bien entendu de l’ordre de la faute professionnelle, voire pénale).

**Un second point commun** : le travail sur les certitudes et les évidences.

Il n’y a rien de moins évident que l’évidence. Nous avons tous nos évidences, nos certitudes, celles qui nous ont bien servis ou au contraire que nous craignons de remettre en cause de peur de nous trouver devant un vide. Nous y sommes accrochés.

Nous avons besoin de certitudes (les nôtres, celles que nous avons construites au fil du temps), car sans elles nous serions dans le chaos, faute de représentation du monde).

Mais nous devons savoir que face à nos représentations il y en a mille autres et que nous ne détenons pas la vérité universelle. Ce changement de regard n’est pas toujours simple et prend du temps.

**En troisième point la connaissance.** Connaissance de soi au mieux du voyage intérieur intrapsychique de l’analyse, comme connaissance de la réalité du problème qui nous freine ou nous invalide que la thérapie vient identifier et retirer.

Dans tous les cas, comme disait JP SARTRE « La vraie question n’est pas qu’est-ce qu’on a fait de moi, mais plutôt qu’est-ce que je fais de ce qu’on a fait de moi ».

Christine LEURQUIN Psychanalyste, psychothérapeute

 &

Jean Marie LANGLOIS, psychologue, psychothérapeute