

Traduit de l'anglais par Atessa Firouz Pétermann.

Notes préliminaires de la traductrice

Grammatical :

Afin d'alléger le texte j'ai opté pour l'utilisation du genre grammatical masculin pour toute mention de « patient » et ce qui s'y réfère.

Les concepts :

Pour le concept de « Unlocking of the Unconscious » la traduction « Déverouillage de l'Inconscient » m'a parue plus adéquate que « Ouverture de l'Inconscient ». « Déverouillage » me semble mieux rendre la dimension dynamique de la technique de travail vers l'inconscient.

Le sigle STC se réfère à « Sentiment Transférentiel Complexe », traduit de « CTF Complex Transference Feelings ».

Le terme « Soutenu » que j'ai choisi, qualifiant le mode de la technique mis en œuvre (par opposition à « Progressif ») traduit « Unremmiting » et « Unrelenting » dont les nuances sont plus étendues.

Les termes anglais transmettent entre autres les notions d'une action effectuée sans relâche, inexorable, incessante, ininterrompue.

Faciliter des Changements au niveau du Caractère avec la Psychothérapie Psychodynamique Intensive et Brève de Davanloo. In Press AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy

Abbass A, Bechard D, (2007) AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy 11 (2): 26-40

Allan Abbass, MD, FRCPC

Professor and Director of the Centre for Emotions and Health, Dalhousie University

D'Arcy Bechard RN, MSc(A):N

Community Mental Health Nurse, Capital District Mental Health Program

Résumé:

Davanloo a conçu et rendu opérationnel un outil pour l'évaluation directe de la structure du caractère, portant sur les deux voies de décharge de l'anxiété inconsciente ainsi que sur les manifestations spécifiques des défenses. Ce processus psychodiagnostique établit une feuille de route et un parcours vers les sentiments inconscients enfouis, générateurs d'anxiété et de défenses. Cette feuille de route guide le thérapeute dans le choix du type et du dosage de ses interventions, en vue d'opérer, dans l'anxiété inconsciente et les défenses, des changements structurels suffisamment importants pour rendre possible un accès direct et fluide vers l'inconscient.

Suivant ce parcours, des changements dans la structure du caractère commencent à se faire jour, qui sont ensuite consolidés par des déverrouillages répétés de l'inconscient et par le travail de résolution des sentiments sous-jacents. Dans le présent article ce processus d'évaluation psychodiagnostique ainsi que le mode progressif de la technique pour faciliter un changement structurel seront examinés et illustrés au moyen de vignettes extraites du traitement d'un patient.

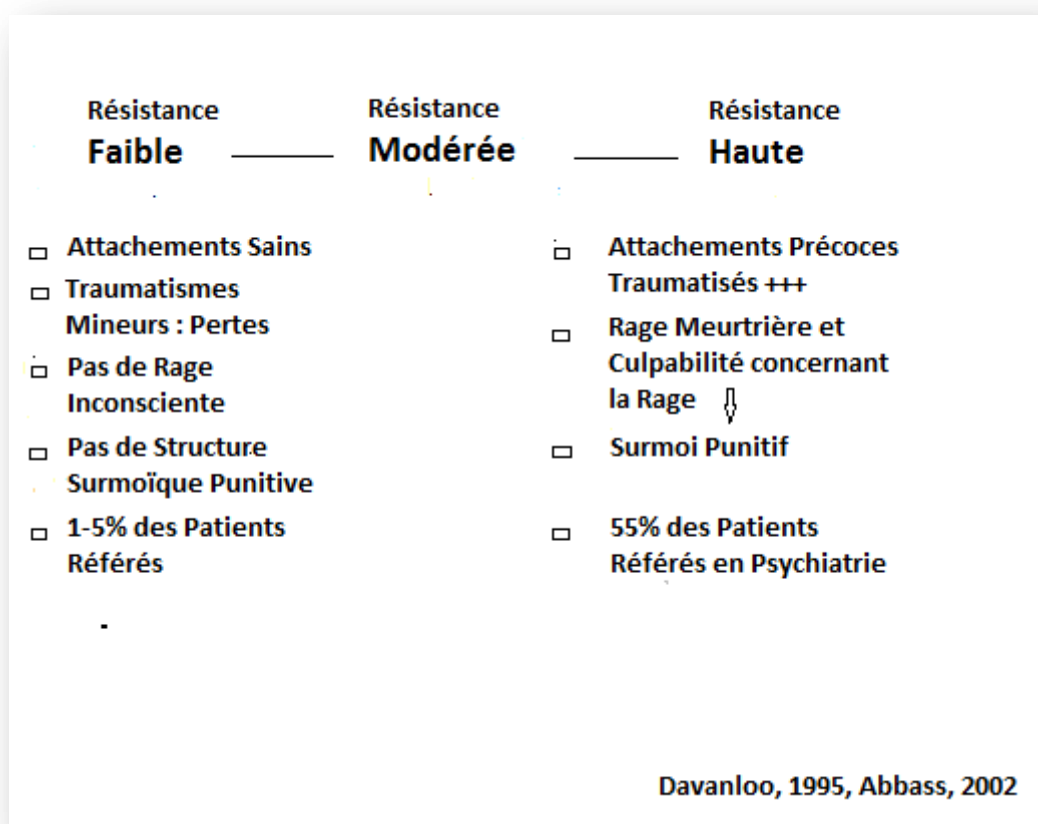
Manifestations Spécifiques de Pathologie du Caractère

Davanloo a décrit deux spectres de patients pour lesquels la technique de Psychothérapie Psychodynamique Intensive et Brève est indiquée (ISTDP) : Le Spectre des Troubles Psychonévrotiques et le Spectre des Patients à Structure de Caractère Fragile (Davanloo, 1995).

Les patients situés à gauche du Spectre des Troubles Psychonévrotiques ne souffrent que de chagrin non résolu sans pathologie du caractère. Du fait de l'absence de rage refoulée et de culpabilité liée à cette rage ils ne présentent pas de défenses majeures et pas de structure surmoïque punitive (Davanloo, 1995). Ils utilisent tout de même des défenses tactiques telles que rester dans le flou ou s'exprimer de manière vague (« peut-être », « plus ou moins », etc.).

À mesure que l'on progresse le long du spectre, les traumatismes subis ainsi que la rage, la culpabilité et la souffrance subséquentes deviennent plus importants. À l'extrême droite du spectre se trouvent les patients dont les liens d'attachement furent, à un moment donné de leur vie, brisés par un ou plusieurs événements traumatiques. La cascade des émotions liées à ces liens rompus constitue le moteur des difficultés de ces patients. Leur structure surmoïque est punitive (Davanloo, 1995) et ils souffrent d'une pathologie du caractère importante. Il s'agit d'un groupe dont la motivation est faible, la capacité d'insight absente et la résistance élevée (Davanloo 1990 e). Nombre de ces patients utilisent la défense principale d'isolation de l'affect associée à la décharge de l'anxiété inconsciente dans la voie des muscles striés. Ces patients-là furent les patients initiaux très résistants que Davanloo traita avec succès dans les années 1970 en appliquant une première version de sa technique (Davanloo, 1980, 1995). Ses conclusions furent que le 23% des patients en psychiatrie générale pouvaient être traités à l'aide de ce modèle thérapeutique (Davanloo, 2005). Cf. figure 1.

Figure 1. Le Spectre des Troubles Psychonévrotiques



Les patients tout à la droite du spectre peuvent aussi avoir recours au refoulement comme défense primaire principale, associée à la décharge de l'anxiété inconsciente dans le système nerveux autonome, y compris dans la voie des muscles lisses. Il s'ensuit que nous avons affaire à une population de patients souffrant de problèmes tels que la somatisation chronique et la dépression, en sus d'importantes difficultés relationnelles et de schémas comportementaux d'auto-sabotage (Davanloo, 1990 b), (Davanloo, 1990c). Ces patients n'ont pas de défenses solides et un accès relativement moindre aux défenses tactiques. Plutôt que de se défendre directement, ils ont tendance à intérioriser leurs émotions et ne plus être réactifs sous pression. Pour pouvoir traiter ce groupe de patients, Davanloo a développé une modification spéciale de sa méthode de traitement que nous examinerons dans cet article. Par le biais de cette modification il a pu traiter plus de 35% des patients en psychiatrie générale (Davanloo, 2005). Au total, le Spectre des Troubles Psychonévrotiques constitue le 65% des patients référés en psychiatrie (Abbass, 2002).

Dans le Spectre des Patients à Structure de Caractère Fragile, les patients ont une importante pathologie du caractère et une histoire de traumatisme profond, une absence d'attachements sains, des conduites de violence et de victimisation croissantes. Ils ont de surcroît des périodes

d'incapacité professionnelle plus longues, prennent plus de médicaments sur de plus longs laps de temps et sont plus difficiles à traiter, nécessitant des traitements de plus longue durée (Davanloo, 1995), (Abbass, 2002). Ils constituent à peu près le 20% des patients référés en psychiatrie, (Abbass, 2002). Globalement, ces patients utilisent les défenses primaires principales de projection et de refoulement. Ces patients ressentent l'anxiété inconsciente à des degrés divers sous forme de perturbations cognitivo-perceptives telles que la dérive de l'attention, la vision brouillée ou vision en tunnel, et la dissociation (Davanloo, 1980), (Davanloo 1995). À l'extrémité modérée de ce spectre, le patient éprouve ces perturbations cognitivo-perceptives lorsqu'il atteint des niveaux d'anxiété plutôt élevés et de manière transitoire, alors que le patient à structure extrêmement fragile éprouve déjà ces perturbations à des niveaux d'anxiété beaucoup plus bas et peut rester dans cet état pendant des durées beaucoup plus longues. Avec l'application de nouvelles avancées de la technique pour amener des Changements Structurels Multidimensionnels, 52% des patients référés en psychiatrie générale et 86 % des patients référés en privé sont maintenant candidats à l'ISTDP (Davanloo, 2005, Abbass, 2002).

Vue d'ensemble de Faciliter le Changement au niveau du Caractère avec l'ISTDP de Davanloo

Brièvement, faciliter des changements au niveau du caractère implique de réduire ou de supprimer les résistances contre le ressenti des émotions et les résistances contre la proximité émotionnelle. En d'autres termes, le patient doit développer une capacité à être intime et à éprouver des sentiments sans que cela déclenche une réaction pathogène. Dans ce processus thérapeutique, la propension à l'autodestruction est transformée en capacité à s'aimer. Davanloo a montré que ce processus peut être réalisé directement en aidant le patient à identifier les résistances, à surmonter les résistances et à éprouver le sentiment sous-jacent qui accompagne le traumatisme du passé. Succinctement, les étapes pour accomplir ceci sont les suivantes :

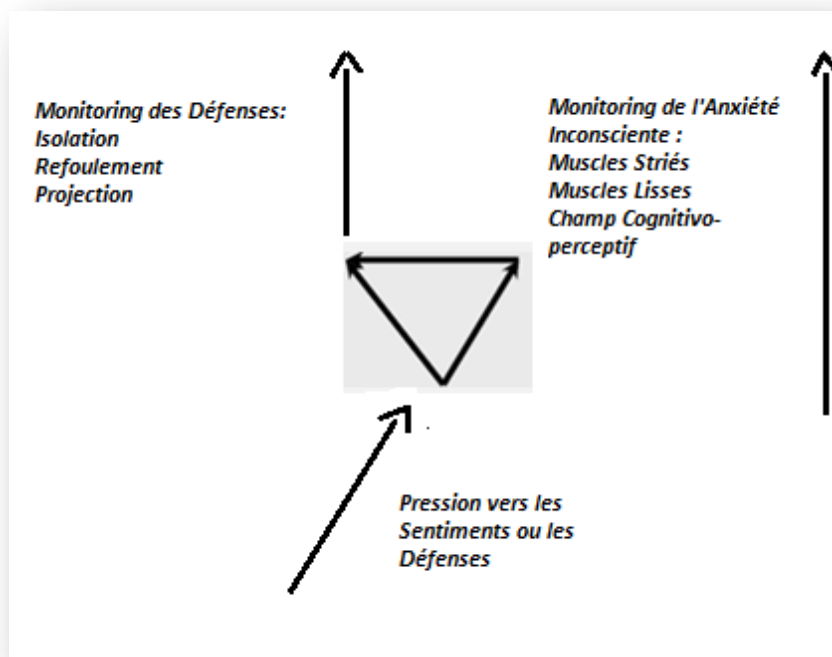
- Demandes au patient
- Évaluation psychodiagnostique
- Phase préparatoire
- Déverrouillage répété de l'inconscient
- Travail de résolution
- Phase de terminaison

Dans ce compte rendu, nous nous concentrerons sur les conclusions psychodiagnostiques, et la phase préparatoire telles qu'elles apparaissent dans la phase initiale de traitement d'un jeune homme souffrant de dépression chronique, d'un important syndrome de colon irritable, d'agoraphobie accompagnée de panique et de comportements autodestructeurs chroniques avec idéation suicidaire chronique.

L'Évaluation Psychodiagnostique de Davanloo

Davanloo a défini un processus spécifique mis en œuvre pour l'évaluation des voies de décharge de l'anxiété du patient et de la nature de ses résistances. Ce processus implique l'exercice de « pressions » qui mobilisent des sentiments complexes vis-à-vis du thérapeute. Ces « sentiments transférentiels complexes » (STC) sont constitués en même temps de reconnaissance et d'irritation vis-à-vis du thérapeute dont l'intention est de comprendre les difficultés émotionnelles sous-jacentes du patient et d'œuvrer à le libérer des problèmes créés par ces difficultés. (Davanloo, 1990 e). Ces sentiments complexes mobilisent des sentiments complexes inconscients non-résolus liés à des relations du passé, générateurs d'anxiété inconsciente et de défenses contre cette anxiété. Il devient alors possible de déterminer le niveau et les types d'anxiété inconsciente et le niveau et la nature des résistances. Ainsi ce processus permet un examen direct de la structure psychique et de caractère du patient. (Davanloo, 1990 e). Cf. Fig. 2

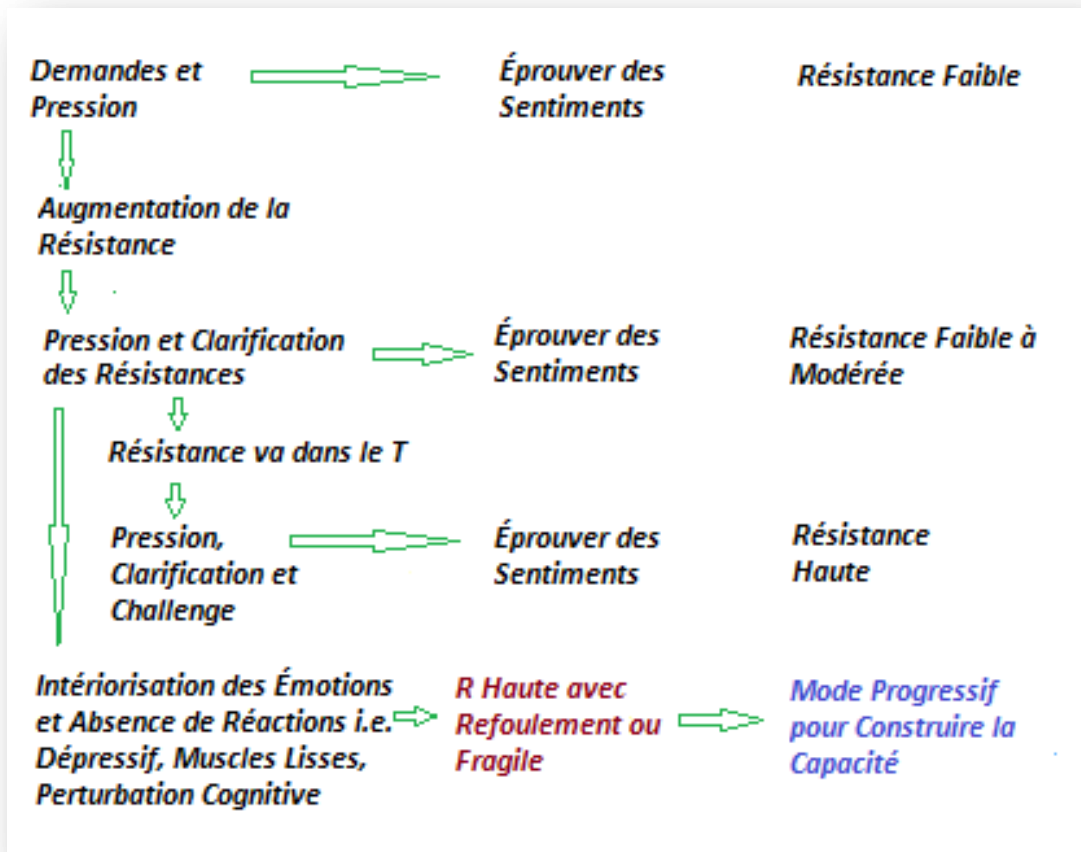
Figure 2. Psychodiagnostique



La pression est constituée de plusieurs types spécifiques d'interventions ; ceux-ci comprennent de structurer l'entretien, de maintenir une attention concentrée sur des problèmes précis illustrés par des exemples précis, sur des sentiments évités, sur l'expérience de ces sentiments. La pression sera dirigée à certains moments sur la volition du patient, à d'autres sur la tâche thérapeutique, sur une collaboration partagée également entre patient et thérapeute, sur la nécessité pour le patient d'être présent et franc concernant ses sentiments (Davanloo, 2000).

S'arrêter et maintenir la pression sur les défenses du patient permet, au lieu de spéculations, l'examen direct de celles-ci ainsi que de la tolérance du patient à l'anxiété. Ceci est spécifiquement nécessaire pour déterminer l'approche de traitement la plus efficace pour ce patient précisément. Des exemples de schémas de réactions possibles, des implications de ces schémas et des approches de traitement se trouvent dans la Fig.3.

Fig. 3 Algorithme Psychodiagnostique



Brève présentation de cas

Le patient est un homme âgé de 30 ans qui se retrouve célibataire après avoir été « largué » de manière humiliante par sa fiancée 4 ans auparavant. Il a été inscrit à l'assurance invalidité de longue durée pendant ces 4 ans, avec prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Il n'est pas parvenu à se présenter à l'entretien initial, ayant été empêché de quitter sa maison par une anxiété trop importante qui lui faisait craindre d'être pris de diarrhée incontrôlable. Cette même peur l'a souvent confiné chez lui. Il ne conduit pas de crainte d'être pris de diarrhée alors qu'il se trouve coincé dans le trafic.

Évaluation Psychodiagnostique Initiale

Le patient arborait un très grand calme apparent pendant l'entretien, bien qu'ayant manqué la première session. L'entrevue commença et il décrit de la dépression chronique, idéation suicidaire sans planification active, attaques de panique, anxiété généralisée et isolement social.

Th : Pouvez-vous me décrire l'une des fois où vous avez eu une diarrhée. (Pression pour être spécifique, structurer l'entretien)

Pt : Ça vient sans prévenir. Il n'y a pas de signes avant-coureurs. (Suggère qu'il ne voit aucun lien émotionnel)

Th : Pouvez-vous décrire une occurrence précise que nous puissions voir comment ça marche ?

Pt : C'est arrivé quand j'ai manqué la première séance.

Th : Pouvez-vous me raconter cela ? Comment vous-êtes-vous senti lorsque vous avez manqué la séance ? (Pression vers les sentiments)

Pt : Je vous ai appelé puis j'ai eu des crampes et plus tard la diarrhée.

Th : Lorsque vous m'avez appelé, comment vous sentiez-vous ? (Pression vers les sentiments)

Pt : J'ai pensé que j'étais un imbécile de manquer la séance.

Th : Vous voulez dire que vous étiez fâché... mais contre qui ? (Augmentation de la pression vers les sentiments)

Pt : J'étais et je suis un imbécile.

Th : Alors vous voulez dire fâché contre vous-même ? Est-ce que cela arrive parfois ? (Clarification de la défense)

Pt : Oui, je suppose que cela arrive.

Th : Parce que lorsque vous avez commencé à me raconter cela vous vous êtes fâché contre vous-même ? (Répétition de la Clarification de la défense)

Pt : Oui en effet.

Th : Pourrions-nous examiner cela ? De quelle manière cela arrive ici ? (Pression sur la tâche à accomplir et la volition du patient)

Pt : Bien sûr, je pense que nous devons le faire.

Th : Le thérapeute entend des borborygmes. Mais le patient a l'air complètement détendu, sans tension dans les muscles striés. Cela suggère que l'anxiété chez cet homme n'est pas

canalisée dans les muscles striés mais qu'elle est plutôt refoulée vers les muscles lisses du tractus GI : le patient a l'air « détendu » mais son tractus GI a des spasmes.

Th : Qu'est-il en train de se passer maintenant ?

Pt : Des brûlures d'estomac (montre sa poitrine)

Th : Vous venez d'avoir des brûlures d'estomac ? Y-a-t-il autre chose ?

Pt : J'entends mon estomac qui gargouille.

Th : Alors vous l'entendez gargouiller. Est-ce cela qui arrive lorsque vous avez de fortes émotions et de la colère, vous avez des brûlures d'estomac et des crampes ? (Récapitulation, établir le lien entre les sentiments et l'anxiété)

Pt : Oui ça doit être ça.

Th : Parce que lorsque vous avez commencé à parler ici de colère vous avez eu des brûlures d'estomac et des crampes. Alors est-ce là que va la colère ? (Répétition de la Récapitulation)

Pt : Ca doit être ça puisque ça vient de se produire !

Ceci est un signe que le refoulement des émotions se produit dans le muscle lisse. Pour confirmer cette conclusion et déterminer son niveau d'intolérance à l'anxiété, le processus est réitéré avec une autre occurrence.

Th : Pouvez-vous me faire le récit d'une autre fois où c'est arrivé. (Pression)

Pt : Oui quand je suis en colère contre mon frère je ne dis rien, je l'ignore.

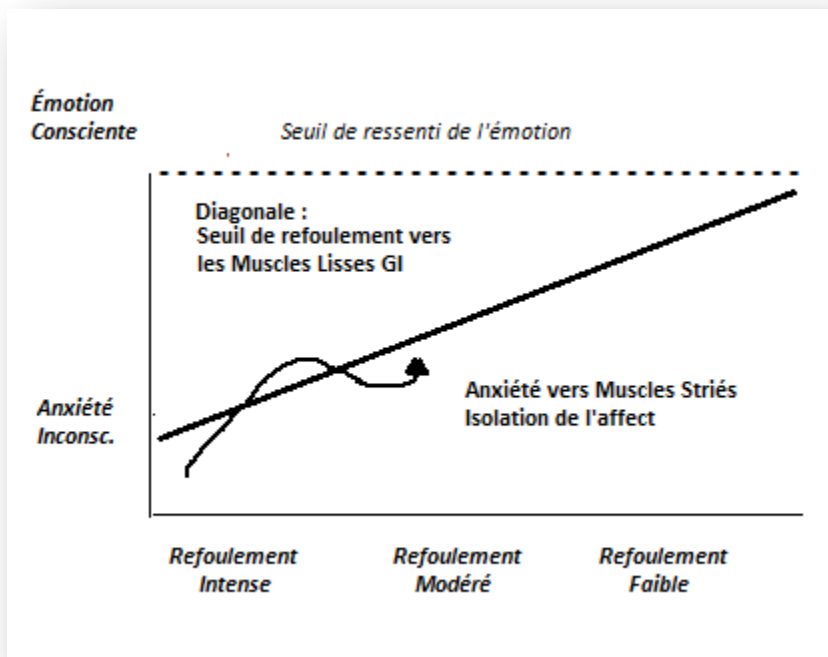
Th : Pouvez-me raconter une fois quand cela est arrivé (Répétition de la Pression)

Pt : Oui juste l'autre jour il a fait quelque chose pour m'irriter... et c'est en train de revenir... les brûlures d'estomac (De nouveau le patient est absolument détendu sans aucune réaction de muscles striés.)

Th : Ainsi de nouveau lorsque vous parlez de colère votre estomac réagit avec des aigreurs et des crampes. (Récapitulation, établir le lien entre les sentiments et l'anxiété)

Nous avons ainsi eu la confirmation que la tolérance à l'anxiété de cet homme était faible du fait qu'il n'y avait aucun signe de décharge de l'anxiété inconsciente vers le système des muscles striés. Il apparaissait plutôt que toute l'anxiété inconsciente était déchargée dans le muscle lisse de l'intestin. Ainsi, sa capacité corrélative à isoler les affects ou à intellectualiser ses émotions en était limitée. Comme nous pouvons le voir dans la Figure 4, ce résultat indique au thérapeute qu'un effort direct en vue de mobiliser l'inconscient résulterait probablement en une amplification de symptômes GI dès le moment que le seuil vers le refoulement serait franchi. Par conséquent, le processus requiert l'application du Mode Progressif de l'ISTDP (Davanloo, 1990 b), (Davanloo, 1990 c).

Fig. 4. Évaluation psychodiagnostique d'un patient avec anxiété inconsciente dans les muscles lisses. D'après Davanloo, (1990 b, c).



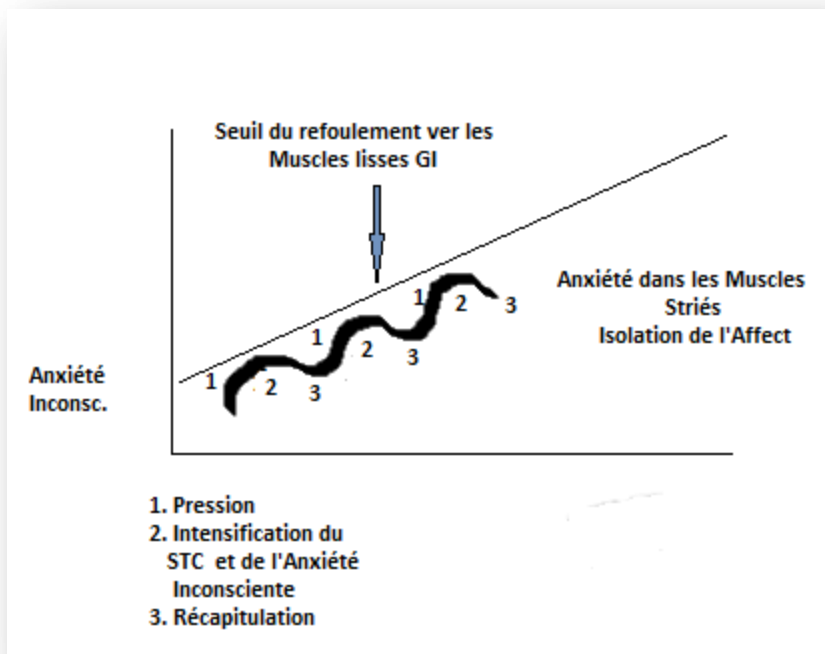
Cela aidera le lecteur de connaître l'association entre les 3 types de résistances principales et les voies de décharge de l'anxiété. En bref, la décharge d'anxiété dans les muscles striés est généralement associée à l'isolation de l'affect. La décharge dans la voie des muscles lisses est associée au refoulement. Et finalement, la perturbation cognitivo-perceptive est associée au refoulement et à la projection. L'objectif global de ce travail est d'augmenter la capacité de tolérance à l'anxiété du patient, afin de rediriger le cours des voies de décharge de l'anxiété de la perturbation cognitivo-perceptive et muscles lisses vers la voie des muscles striés, ceci étant accompagné d'un passage correspondant des principales défenses de projection et de refoulement vers celle de l'isolation de l'affect. Dès lors que la voie de décharge de l'anxiété du patient a été redirigée vers le système des muscles striés, le thérapeute peut exercer, en toute confiance, de plus hauts niveaux de pression et de challenge conformément au mode standard soutenu de l'ISTDP (Davanloo, 1990 b).

Préparation du Patient au Déverrouillage de l'Inconscient : Le Mode Progressif de l'ISTDP

Davanloo a exposé une méthode qui développe la capacité de tolérance à l'anxiété inconsciente de patients pour lesquels le mode standard serait trop accablant et ne ferait probablement qu'exacerber les symptômes. Les vignettes ci-dessus illustrent la mise en œuvre de ce mode progressif. Une caractéristique-clé d'individus tels que ce patient est leur incapacité à différencier sentiments, anxiété et défenses (Davanloo, 1990 b, c). En conséquence un processus développant la capacité d'auto-observation et de réflexion sur les émotions est nécessaire pour permettre au patient de surmonter le refoulement des affects et le rendre apte à distinguer sentiment, anxiété et défense. En d'autres termes, l'isolation des affects et l'auto-observation viennent remplacer le refoulement et la somatisation des affects.

Comme nous pouvons le voir dans la Figure 5, le mode progressif requiert que l'on suive une procédure spécifique, tout à fait distincte du mode de pression soutenu, challenge, et collision frontale appliqué dans le format standard de l'ISTDP. Dans le mode progressif les cycles de pression sont suivis d'une intensification des STC et de l'anxiété inconsciente. Lorsque l'anxiété approche le seuil du refoulement, la pression est diminuée et une récapitulation du processus est effectuée, clarifiant d'une part le lien entre émotion, anxiété et défense, et d'autre part le lien entre transfert et expériences de vie passées et actuelles du patient (Davanloo, 1990 b, c).

Fig. 5 Le Mode Progressif



Problèmes Techniques lors de l'utilisation du Mode Progressif :

Dans la section qui suit nous passerons en revue quelques problèmes techniques qui surviennent lors de l'utilisation du Mode Progressif

1. Quand appliquer plus de pression

Lorsque le processus thérapeutique reste vague et détaché, avec peu d'intensification de sentiments complexes il devient nécessaire d'augmenter la pression. Faute de quoi, le seuil de tolérance à l'anxiété ne pourra pas être relevé tout simplement parce l'exposition à l'anxiété accompagnant la pression et l'intensification des STC n'advient pas. En d'autres termes, la tâche dans cette phase du travail thérapeutique est de ressentir et tolérer l'anxiété inconsciente associée aux sentiments inconscients complexes. De plus, sans pression pour activer les forces inconscientes, la thérapie risque de dériver interminablement. Un autre risque lié à l'exercice inadéquat de pression est que cela pourrait conduire le thérapeute à sous-estimer et placer le seuil de tolérance à l'anxiété du patient plus bas qu'il ne l'est en réalité. Cela pourrait le pousser à être beaucoup trop précautionneux et à ainsi prolonger la souffrance du patient.

2. Comment Augmenter la Pression

Davanloo a décrit un large registre de manières d'utiliser la pression. En un mot, tout effort que vous déploierez pour inciter le patient à être présent dans la pièce avec vous, avec ses sentiments, de ressentir ces sentiments et livrer bataille aux défenses, constitue de la pression. Le patient ressent vos efforts comme un soutien mais en même temps ce soutien l'irrite, même s'il en sera clairement bénéficiaire, parce que vous impliquez ainsi qu'un changement doit se produire.

3. Où Exercer la Pression

Pour le dire simplement, nous devons concentrer notre attention là où se situe le système de défense primaire du patient. La complexité de cette tâche pour le thérapeute réside dans l'identification de ce qui constitue l'« avant » du système défensif, et du lieu d'interface du système avec le thérapeute et le processus. Par exemple, dans la vignette ci-dessus, dans laquelle le patient s'auto-flagellait verbalement, le point focal était la colère retournée contre soi. Lorsqu'il a commencé à développer des crampes GI audibles, le point focal s'est déplacé sur le refoulement des émotions et leur conversion vers les muscles lisses. Dans le cas où il aurait intériorisé ses émotions, n'aurait plus été réactif et se serait déprimé, le point focal se serait porté sur le refoulement jusqu'à un état dépressif. Chaque fois, le but du thérapeute est de remplacer ces phénomènes régressifs par l'isolation de l'affect et la capacité d'auto-observation.

4. Quand diminuer la pression

Alors comment savoir quand la pression est trop haute et qu'il faut la diminuer ? Nous référant à la Figure 5, lorsque nous nous trouvons au-dessus du seuil, nous devons agir dans le sens de diminuer l'anxiété faute de quoi nous risquons d'aggraver les symptômes du patient. Quels sont les signes indiquant que nous nous trouvons au-dessus du seuil ? Spécifiquement, il y aura une absence d'anxiété de muscles striés et d'isolation d'affect : la décharge de l'anxiété se déplacera dans les muscles lisses ou éventuellement en perturbations cognitivo-perceptives. Le patient n'aura pas conscience que ses émotions viennent d'être refoulées, au lieu de cela, il régressera vers la dépression, les larmoiements ou la somatisation (p.ex. faiblesse, fatigue, douleur, engourdissement, etc.).

5. Comment diminuer la pression

La vignette ci-dessus décrit également des méthodes pour diminuer la pression. Tout d'abord la focalisation sur les sentiments sous-jacents est momentanément suspendue. En second lieu, le processus est réexaminé en collaboration avec le patient, afin de clarifier ce qui vient de se produire et établir le lien entre d'un côté les sentiments et de l'autre l'anxiété et les défenses observées à ces moments-là. Cela aide le patient à prendre conscience que les sentiments étaient là, mais qu'ayant été déviés dans d'autres voies, il n'a pas eu la possibilité de les ressentir. Troisièmement, par la demande qui lui est faite de fournir d'autres exemples précis d'occurrences semblables du processus, le focus est déplacé sur un autre « poste » : de celui du transfert à celui de sa vie actuelle. Dans le mode progressif l'alternance entre le T et le C est courante, l'accent étant mis avant tout sur le monitoring constant du processus pendant la consultation. Quatrièmement, la description de l'expérience mentale et physique de l'anxiété qui est demandée au patient stimule simultanément son aptitude naissante à isoler l'affect et son apprentissage à mieux observer et décrire ses signaux physiques internes.

6. Comment gérer l'extrême anxiété

Qu'arrive-t-il lorsque vous vous concentrez sur un secteur, et que l'anxiété du patient déborde largement sa capacité à la tolérer ? Par exemple si le patient éprouve des perturbations cognitivo-perceptives accompagnées d'une symptomatologie confusionnelle, que sa vision se brouille et qu'il ressent une peur intense ou de la panique ? Cette circonstance requiert des efforts directs et immédiats de réduction de l'anxiété sans quoi l'on risque la mésalliance et un taux élevé d'abandon. Les techniques indiquées plus haut au point #5 décrivent certains procédés pouvant être utilisés à fin de diminuer cette anxiété. En outre, il faut tenir compte des points suivants :

- a. Assumez une position affirmée et active : rester silencieux augmente généralement l'anxiété. Le silence laisse tout loisir au patient de projeter sur vous quelque aspect de

son conflit interne, par exemple en vous mettant mentalement dans la peau d'une figure abusive de son passé et interagissant avec vous comme si vous étiez cette figure.

- b. Si le patient est en hyperventilation, dites-lui d'arrêter de respirer. Si vous n'attirez pas son attention sur ce processus, dont il n'a pas conscience, le patient risque d'hyperventiler jusqu'à atteindre un état de confusion.
- c. Concentrez-vous sur le processus et les sentiments qui ont été mobilisés dans le transfert. Cela peut paraître paradoxal, mais intensifier le STC peut diminuer, c'est le cas habituellement, le niveau d'anxiété. Après tout, ce haut niveau d'anxiété a été en partie mobilisé par ce que vous aviez ou n'aviez pas fait au cours de la session. Aller vers le « T » c'est affirmer que vous n'avez pas peur de ces sentiments, même s'ils sont éprouvés en relation avec vous.
- d. N'arrêtez pas de parler et soyez vous-même présent. Si le patient éprouve de la confusion il ne vous entendra pas correctement et peut-être même ne vous verra pas bien. Permettez au patient de reprendre pied, avec votre aide. Les patients vous diront que pendant ces moments ils se sont concentrés et appuyés sur votre voix ou votre visage pour retrouver leur calme.
- e. Répétez-vous et récapitulez abondamment ensuite. Revenez sur les prises de conscience obtenues car le patient aura tendance à refouler et oublier ce qui était en voie d'être intégré. Les récapitulations répétées réduiront la propension à une trop grande anxiété pour la fois suivante.
- f. Demandez au patient de « co-monitorer » et de vous signaler lorsqu'il se sent de nouveau approcher un tel seuil d'anxiété. Ainsi, vous surveillerez ensemble tous les paramètres, les seuils, les niveaux d'anxiété etc. C'est un bon principe général en ISTDP : collaborer dans le but de développer un « co-pilotage » pour la thérapie.
- g. Vous saurez que vous pouvez à nouveau avancer sans danger lorsque vous verrez des signes d'anxiété de muscles striés (tension, soupirs profonds, etc.).

7. Gérer les Principales Défenses Régressives

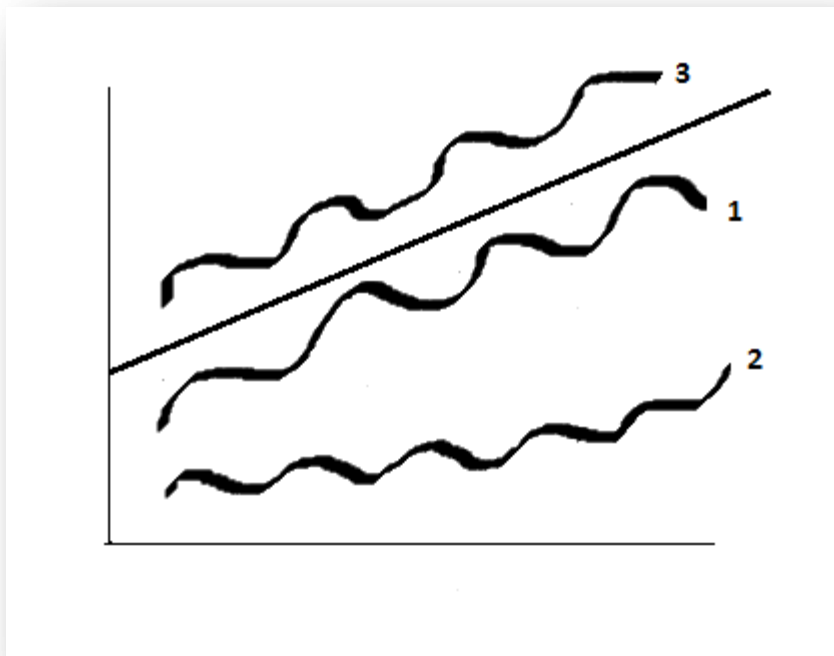
Qu'en est-il du patient qui pique des crises de colère, de larmes, se frappe, crie ou déploie d'autres comportements régressifs majeurs ? Ces manifestations sont des conduites destructrices de relation et d'alliance qui doivent être évitées ou en tous les cas empêchées aussi rapidement que possible. L'intervention spécifique va dépendre de la cause. Si elles sont causées par une trop grande tension musculaire, les interventions réductrices d'anxiété décrites au point #5 sont utiles. Si elles sont dues à des projections, la meilleure approche peut être d'examiner directement la manière dont le patient vous perçoit et d'explorer la racine de cette perception : cela affaiblit la projection et la remplace par l'isolation de l'affect et l'auto-observation. Si elles sont dues à des défenses régressives mêlées de refoulement alors une augmentation du STC sera utile ainsi que nous l'avons indiqué au point #6. Si elles sont dues aux défenses de caractère habituelles du patient, alors il sera nécessaire de familiariser le patient avec ses conduites et l'aider à en mesurer les conséquences : cela peut aboutir à une

percée de chagrin profond dès lors qu'il réalise de quelle manière les défenses ont endommagé toutes les relations qu'il a essayé de former.

8. Optimisation du Dosage (Figure 6)

Il existe un degré optimal d'augmentation du niveau de l'anxiété, comme c'est aussi le cas pour le degré d'exposition à l'anxiété, que le patient est capable de supporter, avec lequel il peut travailler et qu'il peut maîtriser, sans subir d'effets fâcheux. Cela lui donne le désir de gravir la pente encore plus haut, avec votre aide. Du point de vue de l'ISTDP, pour travailler à l'intérieur de cette fenêtre thérapeutique la position optimale se trouve près du seuil (1). Si la montée anxieuse n'est pas assez forte, le processus pour amener une élévation du niveau de tolérance à l'anxiété sera inutilement lent (2). Si elle est trop forte et passe trop souvent au-dessus du seuil de tolérance alors l'alliance peut en souffrir du fait que les forces dynamiques sont dirigées et confluent, dans ce cas de figure, vers la dépression, la somatisation et les perturbations cognitivo-perceptives (3).

Fig. 6 Optimisation du Mode Progressif



Vignettes de la 4^{ème} session d'1 heure

Th : Ainsi lorsque vous étiez en route pour venir ici vous étiez anxieux et aviez des symptômes de reflux gastrique ? (Pression)

Pt : Oui je pensais à cette histoire de colère et j'étais fâché contre mon frère l'autre jour. (Il soupire à moitié = un peu d'anxiété striée)

Th : Alors vous veniez pour parler de sentiments forts et votre estomac a réagi. Avez-vous des crampes ou des brûlures d'estomac maintenant ? (Récapitulation, établissant le lien entre les sentiments et l'anxiété)

Pt : Non pas maintenant. (Les mains sont un peu crispées = striés)

Th : Pourrions-nous examiner vos sentiments en venant ici aujourd'hui ? (Pression)

PT : J'étais chez lui et nous parlions de comment nous avons grandi. Il avait l'air de trouver que nous l'avions eu belle et il m'a énervé.

Th : Comment ressentez-vous votre colère ? (Pression)

Pt : J'ai eu la nausée et j'ai eu la diarrhée après. (Il n'a plus de signaux striés)

Th : Donc la colère est de nouveau partie vers votre estomac ? (Récapitulation, établissant le lien entre les sentiments et l'anxiété). Comment se fait-il que vous n'avez pas pu ressentir la colère ? De quoi aviez-vous peur ? (Pression)

Pt : Je ne sais pas. (Rot). Je commence de nouveau à avoir des crampes maintenant. (Désigne son abdomen = anxiété dans les muscles lisses)

Th : Ainsi, en ce moment même, la colère sur laquelle nous nous concentrons se transforme en crampes. C'est ce processus qui est de nouveau en train de se dérouler ? (Récapitulation, établissant le lien entre la colère et l'anxiété)

Pt : Oui

Th : Donc lorsque nous nous concentrons sur le sentiment maintenant, les émotions vont à l'estomac plutôt que d'être ressenties (répéter la Récapitulation). Pourrions-nous examiner comment vous vous sentez ici avec moi pendant que nous parlons ? (Pression)

Pt : Avec vous ? Je n'ai pas de sentiments vis-à-vis de vous. Je sens de l'irritation contre moi-même. Je ne me sens pas encore bien dans l'estomac. (Aucun signal strié ; se réfère à de l'anxiété dans les muscles lisses)

Th : Ainsi de nouveau avec la montée des émotions, la colère se dirige vers l'intérieur sur vous-même. Comme si vous enfermiez la colère pour la garder à l'intérieur et ne la diriger

contre personne d'autre. (Récapitulation). Comment vous seriez-vous senti si vous aviez été en colère avec votre frère ou avec moi ici ? (Pression – il s'agit ici d'une question essentiellement intellectuelle mais fait allusion à la raison pour laquelle il utilise le refoulement : la peur et la culpabilité de faire du mal)

Pt : Ça serait très désagréable. Ça a été assez rude pour lui pendant ces 5 dernières années depuis que Maman est morte et son mariage n'allait pas bien non plus. Il fait la même chose que moi je fais, avec les intestins et l'anxiété. (Réponse empathique, quoiqu'intellectuelle)

Th : Alors il y a aussi des sentiments positifs. Est-ce pour cela que la colère se dirige vers l'intérieur contre vous-même ? Pour le protéger... (Récapitulation, faire le lien entre sentiment complexe et défense)

Pt : Pour me maltraiter moi-même... J'ai toujours l'impression que je devrais être puni pour une raison ou une autre... ou que quelqu'un va me punir.

Th : Ça c'est très important. Alors vous éprouvez de l'amour à la base, mais également de la colère. Quand la colère arrive elle est arrêtée et canalisée en dépression, en anxiété et en une espèce de système de culpabilité ? Comme si vous aviez fait du mal à quelqu'un que vous aimez... (Récapitulation, établissant le lien entre sentiments complexes d'une part et anxiété et défenses d'autre part – connectant entre eux les trois points du triangle de conflit)

Pt : ... alors je la dirige contre moi-même ? (Apportant son aide à la Récapitulation)

Th : Vous pensez ?

Pt : Il me semble que c'est ça. Ça fait sens, mais je ne veux plus ça. (Il semble plus fort, plus calme, à nouveau des signaux striés, plus de tonus musculaire et les poings serrés)

Th. Voyons ce que nous pouvons faire à ce propos. (Pression)

Pt : Qu'est-ce que je dois faire ? (Résistance : de la passivité et une tendance régressive)

Th : Voyons-voir. C'est moi que vous attendez ? (Pression)

Pt : Je ne suis pas sûr de ce que je dois faire. (De la tension, soupir)

Th : Quel est votre sentiment à mon égard en ce moment même ? (Pression)

Pt : Frustré.

Th : Comment ressentez-vous cette frustration à l'intérieur ? (Pression)

Pt : Je ne la ressens pas. En réalité elle est dirigée contre moi-même.

Th. Donc nous voilà de nouveau sur vous. Retour aux sentiments mitigés ? Voyons comment nous pouvons nous occuper de cela, pour que ça cesse. Parce que les sentiments partent dans plusieurs directions ... vers l'estomac, vers l'anxiété, vers la dépression, vers l'évitement et vers une position passive. Tout ça retourné contre vous ... comme si vous protégeiez l'autre personne. (Récapitulation et Pression)

Pt : C'est ce que je fais et je n'aime pas ça, en fait ...

On peut constater, à ce stade de la séance, une légère dissipation du processus dépressif, plus d'énergie, moins de décharge dans les muscles lisses, un certain accès à de l'anxiété striée et à de l'isolation d'affect. Ce sont les réactions précoces typiques au niveau des symptômes que l'on constate après environ la quatrième heure de thérapie quand le processus se déroule bien. Et cela surprend souvent agréablement les médecins et des spécialistes qui ont vu, des années durant et malgré les meilleurs soins médicaux traditionnels, le patient inchangé et présentant les mêmes plaintes concernant sa santé. Si nous nous référons à la Figure 5, le patient se situe maintenant dans la section de capacité modérée de tolérance à l'anxiété et de tendance modérée au refoulement ; il lui reste cependant un potentiel de réactions dépressives et de réactions vers les muscles lisses GI, mais à un seuil plus élevé qu'avant. C'est-à-dire qu'il peut tolérer des niveaux plus élevés de pression et de sentiments complexes associés, sans dépasser son seuil. Cela le rapproche de la possibilité de ressentir ses émotions, l'objectif ultime du processus. Le patient peut désormais penser à ses émotions et en parler sans que ses symptômes ne s'exacerbent.

Indices de changement dans le caractère en phase précoce du traitement

Avec l'application du Mode Progressif il se produit des changements structurels dans l'anxiété inconsciente et dans les défenses. Au lieu de perdre le contact avec ses sentiments à travers le refoulement et les symptômes GI, le patient développe la capacité de rester conscient des émotions (c.à.d. d'isoler l'affect) et l'anxiété inconsciente devient un ressenti de tension dans les muscles striés. Dès lors que les tendances vers le refoulement et la décharge anxieuse dans les muscles lisses ont été bloquées, le processus se rapproche de plus en plus du processus direct ou soutenu de l'ISTDP, avec des mobilisations de sentiments inconscients et des déverrouillages de l'inconscient. Le patient a développé la capacité de supporter une montée suffisante du STC pour faire l'expérience de la première prédominance de l'Alliance Thérapeutique Inconsciente sur les résistances, un processus que Davanloo a nommé la première percée ou une forme mineure de déverrouillage partiel de l'inconscient (Davanloo, 1990 f).

Vignettes de la 8^{ème} séance d'1 heure

Pt : Je me sens mieux ... ça fait déjà quelques semaines que la diarrhée s'est arrêtée mais j'ai commencé à remarquer que je n'aime pas beaucoup ma belle-sœur. (Anxiété striée : les mains se crispent et il pousse un soupir)

Th : Pouvez-vous m'en dire plus à ce propos ? Tout d'abord la raison pour laquelle votre diarrhée s'est arrêtée. (Pression)

Pt : Je ne suis pas très certain (Soupirs) mais il y a quelque chose de différent. Je pense plus aux sentiments et j'empêche qu'ils m'atteignent ... les histoires de colère et d'anxiété dont nous avons parlé.

Th : Pourrions-nous examiner ce qui s'est passé avec votre belle-sœur ? Une situation précise que vous avez remarquée. (Pression pour être précis)

Pt : Oui, la gerbille de mon neveu John est morte et elle voulait s'en débarrasser dans les toilettes ... mon neveu était tellement triste et il pleurait.

Th : Comment vous êtes-vous senti ? (Pression)

Pt : Je lui ai demandé de faire preuve de sensibilité et d'imaginer l'effet sur John ... et elle l'a fait. (Soupire à nouveau)

Th : Elle a bien réagi à cela ? (Pression)

Pt : En fait oui. Elle a été surprise que j'exprime quelque chose et elle m'en a remercié par la suite. Je m'étais exprimé sur un ton mesuré et calme. J'étais un petit peu surpris ! (Fier et souriant)

Th : Alors vous vous êtes senti bien avec ça et bien avec elle aussi ? (Clarification et pression en direction de sentiments positifs)

Pt : Oui mais pendant qu'elle disait ça, ça m'arrachait le cœur et j'ai ressenti de la rage. (Soupirs et émergence de l'élément constitutif suivant du STC)

Th : Comment ressentez-vous la rage physiquement lorsque vous y pensez maintenant ? (Pression vers le ressenti de l'émotion)

Pt : Ça fait juste ... (effectue un mouvement large des mains, allant du bas de son abdomen vers le haut du corps, indiquant par là un début d'activation de la voie somatique de la rage)

Th : Comment le sentez-vous maintenant ? (Répétez la Pression vers le ressenti de l'émotion)

Pt : C'est dans mes tripes et ma poitrine ... ça monte ... une chaleur. (Il n'y a plus de tension et le patient est, dans une certaine mesure, dynamisé par l'activation de la voie somatique de la rage)

Th : Comment le ressentez-vous ? (Répétez la Pression vers le ressenti de l'émotion)

Pt : J'ai envie de donner des petits coups avec le doigt, de pointer avec le doigt. (Gestes énergiques)

Th : Comment cela aurait-il envie d'aller si c'était irrépressible ? (Pression)

Pt : Ça veut jaillir comme un rayon laser. (Vigoureux et éloquent). Et ça la projetterait dans le mur.

Th : Et que se passe-t-il après ? (Pression)

Pt : Alors ça l'arrête ... Et je m'en veux. (Des larmes gonflent dans ses yeux)

Th. C'est un sentiment très douloureux ... (En résonance avec l'émotion)

Pt : Oui. (Il pleure silencieusement)

Il est important de noter qu'à ce stade l'anxiété et la résistance sont provisoirement absentes. Pour cette raison la pression et le challenge sont contre indiqués à ce moment-là. C'est la tâche du thérapeute de simplement souligner et reconnaître la dimension douloureuse de cette émotion et de ne pas interrompre le déroulement du processus en s'exprimant. Après le passage de la vague de culpabilité il est temps de récapituler.

Th : Donc à ce moment-là il y avait beaucoup de sentiments complexes en même temps. Vous vous êtes identifié à John et sa perte, et ceci a mobilisé de la tristesse et, dans une certaine mesure, de la rage accompagnée d'un ressenti corporel. Mais cette rage était liée à de la culpabilité.

Pt : Oui mais je n'ai eu ni la diarrhée ni des crampes cette fois, et j'ai dit quelque chose et ça a bien marché, en fait.

Th : Oui vous étiez conscient des sentiments mais vous ne les aviez pas tout à fait ressentis jusque maintenant. Et lorsque vous les avez ressentis, l'anxiété et la tension sont retombées et vous avez pu faire l'expérience de ces sentiments. Mais ils étaient mitigés et puissants. Avant, ç'aurait été directement aux toilettes, avec de la panique, et peut-être même un peu plus de dépression, mais certainement pas en parler. (Récapitulation, établir le lien entre anxiété/sentiment/défense)

Pt : Ça c'est sûr.

Th : Mais nous avons une question concernant ces sentiments. Avez-vous une idée de ce que tout cela représentait pour vous et pour quelle raison vous l'avez ressenti si fortement ?

Pt : Oui (vague de tristesse et de larmes) ... Ma Maman (l'Alliance Thérapeutique fait remonter un lien avec une figure du passé avec laquelle il y a de l'émotion non résolue).

Th : Il y a un sentiment très douloureux ... (Souligne et se met en résonance)

Pt : (Sanglotant) Ma mère et mon père ont divorcé quand j'avais 5 ans. Tout ce dont je me souviens après ça c'est que je n'avais pas le droit de parler de mon père et que je le voyais rarement. Ma mère ne le permettait pas. C'était comme s'il était mort.

Th : Ou comme si elle l'avait tué ?

Pt : Plutôt comme ça.

Th : Il y a beaucoup de sentiment douloureux là.

Pt : (Nouvelle vague de chagrin).

Dans les minutes initiales des séances on constate une réaction commune aux patients traités en ISTDP. La thérapie amène des changements au niveau inconscient mais pas au niveau conscient. Les patients disent souvent se sentir mieux, avoir une plus grande conscience des émotions sans être capables pour autant d'expliquer pourquoi ça va mieux ou ce qui a changé exactement. Le thérapeute, cependant, peut observer des modifications dans les voies de décharge de l'anxiété inconsciente et dans les défenses.

Lors du déverrouillage partiel, dont ceci est un exemple, il ne s'effectue pas de transfert d'image vers la figure avec laquelle le patient a un sentiment non résolu. Plutôt, il s'établit un lien avec cette figure, dont ils prennent conscience à ce moment-là, ce qui semble d'ailleurs le plus souvent les surprendre. Il est dès lors possible d'explorer le sentiment autour de la figure originale. Dans cet exemple il a aussi été possible de comprendre, dans une certaine mesure, la raison pour laquelle cet incident a été lié à sa mère : son empathie pour son neveu alors que la mère de son neveu enlevait quelque chose à son fils, en même temps qu'elle ne lui reconnaissait aucun droit ni au chagrin provoqué par cette perte ni aux émotions liées à cet attachement brisé. Cela a alors déclenché l'émotion liée à l'expérience du patient avec sa propre mère et le lien brisé avec son père. En s'occupant de la situation tout en restant suffisamment calme pour le faire, il a vécu une sorte de percée interpersonnelle pour lui-même.

Après ce déverrouillage, il est essentiel d'avoir une phase étendue de consolidation, exposant pour le patient les liens entre anxiété, sentiment et défense, dans le passé, dans le présent et dans le transfert. Il s'agit d'un processus méthodique et répétitif, au cours duquel nous réexaminons la même information encore et encore jusqu'à acquérir la certitude que le patient est en mesure d'intégrer le processus dans la compréhension de lui-même. Cette consolidation affaiblit le refoulement et cimenter l'isolation de l'affect : ainsi cela « change le caractère ». Si cette analyse méthodique n'est pas effectuée, Davanloo, (1990 b, 1990 c) note que les défenses peuvent se réinstaller et la diminution des symptômes en devient plus lente.

Conclusions

Pour les nombreux patients qui ont recours au refoulement et à la projection comme résistances principales, le mode soutenu standard de l'ISTDP est contre-indiqué. L'on peut utiliser ce mode sans danger uniquement lorsque la résistance principale du patient se présente sous forme d'isolation de l'affect accompagnée de décharge anxieuse dans les muscles striés. Pour les patients avec refoulement majeur, l'utilisation de la technique soutenue plutôt que de déboucher sur une percée vers l'inconscient, peut déclencher du refoulement et une exacerbation potentiellement sérieuse de leurs symptômes. (Davanloo, 1990 b), (Davanloo, 1990 d).

Cependant avec l'utilisation du mode progressif caractérisé par des cycles de pression et de récapitulation, l'apprentissage a lieu avec la montée des sentiments dans le transfert. Cela amène une restructuration des voies de l'anxiété inconsciente et des défenses, bâtissant la capacité du patient à supporter l'impact de ses émotions inconscientes. Après chaque récapitulation, le thérapeute reprend la pression à un niveau plus élevé. Pour son intervention suivante, le thérapeute s'appuie sur le système inconscient d'indicateurs du patient qu'il surveille constamment (Davanloo, 1990 b, (Davanloo, c). Le challenge ne joue pas de rôle important dans le mode progressif parce que par définition, les patients requérant une approche progressive n'ont pas la capacité de cristalliser leurs défenses dans le transfert. Sans cette cristallisation il n'existe pas d'indication pour le challenge (Davanloo, 1990 b), (Davanloo, 1990 c).

Ce qui est visé à ce stade du traitement n'est pas le déverrouillage de l'inconscient, mais plutôt une préparation de terrain pour amener le patient à tolérer l'intensité de ses sentiments inconscients. Avec ce travail, le patient développe la capacité de supporter un certain niveau d'émotion, d'effectuer la distinction entre émotion et anxiété, et de comprendre les mécanismes de défense utilisés pour éviter les émotions. L'anxiété est dès ce moment déchargée dans les muscles striés et le patient peut désormais isoler l'affect au moment de la montée des sentiments complexes. C'est à ce moment-là seulement que nous pouvons déclarer que le système de défense a été restructuré, et que le patient est capable de tolérer la technique soutenue standard de l'ISTDP. Bien qu'il s'agisse d'une phase préparatoire, il en résulte néanmoins une réduction de symptômes et des changements démontrables dans la structure du caractère.

À PROPOS DES AUTEURS

Allan Abbass est Professeur de Psychiatrie et Directeur d'Éducation ainsi que Directeur du Centre de l'Émotion et de la Santé au Département de Psychiatrie de l'Université de Dalhousie, Halifax, Canada. Il a publié des recherches originales en ISTDP et un certain nombre de prix pour l'enseignement lui ont été décernés, dont le plus récent, la Prix R W Putnam 2005 pour Contribution Exceptionnelle à la Formation Médicale Continue.

D'Arcy Berchard est Infirmier de Santé mentale dans les Services de Santé Mentale, Bedford-Sackville, partie du Capital District Health Authority Mental Health Program à Halifax, Canada. Cela fait 7 ans qu'il utilise cette méthode, sous la supervision du Dr. Abbass.

RÉFÉRENCES :

Abbass, A. (2002). Office Based Research in ISTDP: Data From the First 6 years of Practice. AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy, 6(2), 4-15.

Davanloo, H., (1980) Short-Term Dynamic Psychotherapy, New York, Jason Aronson.

Davanloo, H. (1990 b). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with Highly Resistant Depressed Patients: Part I - Restructuring Ego's Regressive Defenses, in: Unlocking the Unconscious, (pp. 47-80), Chichester, England, John Wiley & Sons.

Davanloo, H. (1990 c). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with Highly Resistant Depressed Patients: Part II - Royal Road to the Dynamic Unconscious, in: Unlocking the Unconscious, (pp. 81-99), Chichester, England, John Wiley & Sons.

Davanloo, H. (1990 d). The Technique of Unlocking the Unconscious in Patients Suffering from Functional Disorders. Part I. Restructuring Ego's Defenses, in: Unlocking the Unconscious, (pp. 283-306), Chichester, England, John Wiley & Sons.

