

**COLLOQUE ORGANISE PAR L'EA 3071 - SULISOM
AVEC LE SOUTIEN :**

19 et 20 octobre 2012

Université de Strasbourg

*Faculté de
Psychologie*

« Amphi VIAUD »

12, rue Goethe
67000 Strasbourg

DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG
DU CONSEIL GENERAL DU BAS-RHIN, DE LA REGION ALSACE
DE LA COMMUNAUTE URBAINE DE STRASBOURG
DE LA FACULTE DE PSYCHOLOGIE

**PSYCHOTHÉRAPIES ET PSYCHANALYSE
ENJEUX THÉRAPEUTIQUES
ET ÉTHIQUES
DU SOIN PSYCHIQUE**

Table des matières

Remerciements	4
I. PROGRAMME	5
II. CONFERENCES INVITEES	9
Médiations thérapeutiques et psychothérapie psychanalytique : enjeux d'une méthodologie clinique d'évaluation des dispositifs groupaux à médiation.....	10
<i>Anne Brun</i>	10
Psychothérapies et Psychanalyse	12
<i>Marisa Decat de Moura</i>	12
De quelques divergences historiques et épistémologiques entre psychothérapies et psychanalyse(s).....	13
<i>Stéphane Gumpper</i>	13
Psychanalyse, psychothérapie, vers des changements nécessaires ?	14
<i>Gisèle Harrus-Révidi</i>	14
Soigner, être soigné, se soigner	15
<i>Roger Perron</i>	15
III. TABLE RONDE INTERNATIONALE DES PRATIQUES DES PSYCHOTHERAPIES ANALYTIQUES	17
Le Maghreb à la rencontre de la psychanalyse.....	18
<i>Hossain Bendahman</i>	18
Psychanalyse en Algérie	19
<i>Zoubeir Boussafsaf</i>	19
La pratique psychanalytique actuelle au Québec et l'avenir de la psychanalyse.....	20
<i>Louis Brunet, Ph.D.</i>	20
Faut-il guérir la psychothérapie ?.....	21
<i>Peter Müller</i>	21
IV. GRAND DEBAT : PSYCHANALYSE ET PSYCHOTHERAPIE	22
Une psychothérapie analytique peut-elle avoir des objectifs ?.....	23
<i>Marie-Frédérique Bacqué</i>	23
La créativité au service du psychanalyste d'enfants	24

<i>Marc Belhassen</i>	24
La psychothérapie psychanalytique corporelle dite « PPC » : Un « Bouclier de Persée » contre un panier percé ?	25
<i>Valérie Boucherat-Hue</i>	25
La 3 ^e révolution freudienne ?	26
<i>Jean-Richard Freymann</i>	26
Caractéristiques d'une approche psychanalytique d'enfants autistes	27
<i>Monique Thurin</i>	27
V. TABLE RONDE : ETHIQUE ET SOIN PSYCHIQUE	28
Travailler avec l'hypothèse freudienne de l'inconscient, quelles implications éthiques ?	29
<i>Marie-Claude Casper</i>	29
Ethique et soin psychique	30
<i>Michel Lévy</i>	30
Questions éthiques posées par l'évaluation du soin psychique.	31
<i>Jean-Michel Thurin</i>	31
VI. ATELIERS	32
ATELIER N°1 : VARIANTS ET INVARIANTS DU CADRE DE LA PSYCHOTHERAPIE	33
Variants et invariants du cadre de la psychothérapie	34
<i>Nadine Bahi</i>	34
Variants et invariants, processus psychiques	35
<i>Liliane Goldsztaub</i>	35
Variants et invariants du cadre de la psychothérapie	36
<i>Roger Lasry</i>	36
ATELIER N°2 : FONDAMENTAUX ET PRINCIPES	37
De quelques fondements des psychothérapies analytiques : Nathan, un enfant dit autiste	38
<i>Claire Metz</i>	38
Le sujet dans l'adresse ou comment soigner un sujet divisé ?	39
<i>Raoul Schmit</i>	39
La guérison : une notion paradoxale en psychanalyse	40
<i>Martine Spiess</i>	40

ATELIER N°3 : OBJETS DE MEDIATIONS	41
Les archétypes comme image vivante de la transformation de la psyché. Illustration par la psychothérapie par « le Jeu de sable »	42
<i>Anna Ladyguina</i>	42
Souffrance dépressive récurrente, régression et option thérapeutique.....	43
<i>Martine Maurer</i>	43
Le sujet âgé dément confronté aux objets de médiation.....	44
<i>Audrey Meyer</i>	44
ATELIER N°4: SERVICES DE PEDOPSYCHIATRIE ET D'ADOLESCENTS	45
Comment concevoir une pédopsychiatrie où psychothérapie psychanalytique, éducation et pédagogie poursuivent les mêmes visées ?.....	46
<i>Sébastien Dupont</i>	46
L'approche thérapeutique de la clinique psychiatrique pour enfants et adolescents à Tübingen.....	47
<i>Dr. Gerd Lüderitz* & Sebastian Denoix**</i>	47
Pratiques du dialogue et de la rencontre avec la psyché avec des enfants et des adolescents.....	48
<i>Vincent Prouvé</i>	48
VII. INDEX DES PARTICIPANTS.....	49

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier pour leur soutien apporté à l'organisation de ce colloque :

Le Conseil Scientifique de l'Université de Strasbourg
Le Conseil Général du Bas-Rhin
La Région Alsace
Le Communauté Urbaine de Strasbourg
La Faculté de Psychologie de Strasbourg
L'association des étudiants de la Faculté de Psychologie (LAPSUS)
Les étudiants de Master de la Faculté de Psychologie de Strasbourg

I. Programme

Psychothérapies et psychanalyse : Enjeux thérapeutiques et éthiques du soin psychique

Des psychologues, des psychanalystes, des psychiatres, des psychothérapeutes pratiquent des *psychothérapies analytiques* selon des principes, des dispositifs et une éthique qui peuvent se rejoindre sans forcément se superposer. Une part du principe thérapeutique peut être liée à la personnalité, au cadre et au mode d'exercice du praticien, une autre découlerait de la relation transférentielle, une dernière pourrait être comprise à partir des circonstances, de l'ici et maintenant, et, bien entendu de la demande du patient.

Au cours du XXe siècle les psychothérapies se sont diversifiées au point qu'il devient difficile pour les patients de trouver des repères et pour les thérapeutes de se référer à une formation initiale et continue stable. La question de l'*évaluation* a, de plus, lancé un pavé dans la mare. Ce qui, cependant, aurait pu s'avérer néfaste pour les cliniciens, peut au contraire stimuler les réflexions et le souci de préserver l'originalité fondamentale de la relation psychanalytique et la part de liberté qui réside dans le travail intrapsychique.

Nous aborderons avec nos collègues du Brésil, du Canada, d'Allemagne, de Belgique, d'Algérie et de France, la *variété* de nos pratiques, toutes sous-tendues par un référentiel psychanalytique.

Les différents dispositifs, en particulier les *médiations* thérapeutiques, feront l'objet d'un échange et d'un questionnement clinique et épistémologique au sujet de leurs racines historiques ancestrales. Car si le vocable « *psycho-thérapeutique* » (H. Tuke, 1872) est relativement récent, une généalogie rétrospective peut être dégagée à l'aune d'une diversité de « praxis » marquées par des démarcages civilisationnels, contextuels et temporels... Une partie de cet héritage inspirera la métapsychologie de Freud. De fait, nous retrouverons les invariants de la psychanalyse dans les exposés de praticiens rencontrant enfants, adolescents et sujets vieillissants.

Au fond, comment la psychanalyse vient-elle guider notre pratique de la psychothérapie ? Qu'apporte-t-elle de fondamental dans notre manière de créer l'espace thérapeutique et ce qu'il engage chez le ou les patients ? Si lieux et temporalités sont divers, dans nos pratiques, pour tous c'est l'éthique du sujet qui prime.

Comité d'organisation: l'EA 3071 Subjectivité, Lien Social et Modernité (SuLiSoM)

Comité scientifique : l'EA 3071 Subjectivité, Lien Social et Modernité (SuLiSoM)

Vendredi 19 octobre 2012

A partir de 9 h : ouverture du colloque et accueil des participants

Matinée

Ouverture du colloque par

Christian Kelche, doyen de la Faculté de psychologie

ÉTAT DES LIEUX :

Présidente de séance : Liliane Goldsztaub (UDS). Modératrice Anne Thevenot (UDS)

9h15 - 9h30 Pr. Marie-Frédérique Bacqué (UDS) : *Psychothérapies analytiques : transparence et autonomie*

9h30 – 10h15 Dr. Roger Perron (CNRS-Paris) : *Soigner, être soigné, se soigner...*

10h15 - 10h30 : Pause

10h30 - 12h : Table-ronde internationale autour des pratiques des psychothérapies analytiques. Avec :

Pr. Louis Brunet (UQAM-IPA, Québec)

Peter Muller (Allemagne)

Hossain Bendahman (UDS – IUT de Troyes) et **Zoubeir Boussafsaf** (Algérie)

12h - 13h : Conférence plénière de **Marisa Decat de Moura** (Brésil)

13h00 - 14h30 : Déjeuner

Après-midi

LA PSYCHANALYSE DANS LE CHAMP DES PSYCHOTHÉRAPIES :

Présidente de séance : Laure Razon (UDS), Modératrice Marie-Paule Chevalérias (UDS)

14h30 - 15h : **Stéphane Gumper** (UDS) : *De quelques divergences historiques et épistémologiques entre psychothérapies et psychanalyse(s).*

15h00 - 16h30 : Le grand débat psychanalyse/psychothérapie

Dr. Jean-Richard Freymann (Strasbourg), **Monique Thurin** (Paris),

Valérie Boucherat-Hue (Angers), **Marc Belhassen** (Paris)

16h30 - 16h45 : Pause

16h45 - 18h30 : deux ateliers en parallèle (salles Dolto et Wallon – Pavillon Ribot)

LES DISPOSITIFS ACTUELS :

Atelier N°1 : Variants et invariants du cadre de la psychothérapie.

Présidente de séance : **Mélanie Jacquot** (UDS)

Avec **Nadine Bahi** (UDS), **Roger Lasry** (Strasbourg), **Liliane Goldsztaub** (UDS)

Atelier N°2 : Fondamentaux et principes

Présidente de séance : **Anne Thevenot** (UDS)

Avec **Martine Spiess** (UDS), **Raoul Schmit** (Sélestat) et **Claire Metz** (UDS)

Samedi 20 octobre 2012

Matinée

OBJETS DE MÉDIATION ET VARIANTES DES PRATIQUES ANALYTIQUES :

Présidente de séance: *Claire Metz (UDS), Modératrice Liliane Goldsztaub (UDS)*

9h00 - 9h45 : **Pr. Anne Brun** (Lyon 2) : *Médiations thérapeutiques et psychothérapie psychanalytique : enjeux d'une méthodologie clinique d'évaluation des dispositifs groupaux à médiation.*

9h45 - 10h30 : Débat en séance plénière

10h30 - 10h45 : Pause

11h00 -12h45 : Deux ateliers en parallèle : (salles Dolto et Moscovici - – Pavillon Ribot)

Atelier N°3 : Objets de médiations

Présidente de séance : *Patricia Cotti (UDS)*

Anna Ladyguina (UDS), Martine Maurer (UDS) et Audrey Meyer (UDS)

Atelier N°4 : Services de pédopsychiatrie et d'adolescents

Présidente de séance : *Marie-Paule Chevalérias (UDS)*

Sébastien Denoix. (UDS), **Dr. Gerd Lüderitz** (Allemagne), **Sébastien Dupont** (Strasbourg) et **Vincent Prouvé** (Belgique).

13h00 - 14h30 : Déjeuner

Après-midi

ÉTHIQUE ET SOIN PSYCHIQUE :

Présidente de séance : *Anne Thevenot (UDS), Modérateur Dr. Jean-Richard Freymann (UDS)*

14h30 - 16h : Table ronde en séance plénière avec :

- **Marie-Claude Casper** (UDS)
- **Dr. Jean-Michel Thurin** (Paris)
- **Dr. Michel Levy** (Strasbourg)

16h00 - 17h00 : **Pr. Gisèle Harrus-Révidi** (Paris 7) : *Psychanalyse, psychothérapie, vers des changements nécessaires ?*

17h00 : clôture du colloque

II. Conférences invitées

Médiations thérapeutiques et psychothérapie psychanalytique : enjeux d'une méthodologie clinique d'évaluation des dispositifs groupaux à médiation

ANNE BRUN

Professeur de Psychopathologie et Psychologie Clinique. Directrice du CRPPC (Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique), Université Lyon 2

Mots clés : Associativité formelle / Associativité sensori-motrice / Historique du cadre / Métapsychologie des médiations thérapeutiques / Méthodologie clinique d'évaluation / Pictogramme / Sensori-motricité / Signifiant formel / Symbolisation primaire / Transfert.

Les dispositifs à médiation relèvent de la psychothérapie psychanalytique quand ils sont fondés sur la prise en compte du transfert et de l'associativité psychique, au fondement de la méthode analytique. Pour des cliniques en difficulté avec le langage verbal, comme la psychose infantile et l'autisme, il s'impose de se centrer sur l'associativité propre au langage du corps et de l'acte, repérable dans le rapport des enfants au médium, au groupe et aux thérapeutes, et de prendre en compte le registre corporel et sensoriel, soit la façon dont l'enfant va mettre en jeu la dynamique mimo-gestuo-posturale ou procéder au choix des instruments, des supports et des techniques pour le travail de sa production.

Du fait de cette associativité sensorimotrice, **les médiations thérapeutiques comme la peinture et le modelage, offrent un cadre privilégié pour favoriser l'émergence de formes primaires de la symbolisation, qui vont pouvoir se mettre en forme dans une matière, « matière à symbolisation ».** Un des enjeux principaux des médiations thérapeutiques dans les cliniques en difficulté avec la symbolisation consiste ainsi à pouvoir réactualiser, sous forme de sensations hallucinées, des expériences sensori-affectivo-motrices non symbolisées, qui vont pouvoir advenir à la figuration dans les productions et dans tout le registre sensorimoteur qui les accompagne, ainsi que prendre sens dans la dynamique transférentielle.

Dans le contexte actuel d'une inflation de l'évaluation, marquée par des méthodologies d'évaluation des psychothérapies qui ont bénéficié aux thérapies comportementales et cognitives et défavorisé les cliniciens, il s'agit de ne pas se laisser imposer des critères d'évaluation fondés sur des paradigmes méthodologiques inadéquats à la démarche clinique : les psychologues cliniciens peuvent proposer eux-mêmes des modalités d'évaluation spécifiques à leur épistémologie. Dans cette perspective, cette contribution visera à présenter un modèle d'élaboration de « repères pour une évaluation clinique » d'un dispositif groupal de médiation thérapeutique, à partir de l'exemple de la clinique de la psychose infantile. Les enjeux de cette invention de méthodologies cliniques d'évaluation des dispositifs groupaux à médiation concernent bien moins l'appréciation proprement dite de l'efficacité de ces dispositifs qui ont depuis longtemps fait leurs preuves, que la possibilité de réinterroger les modalités particulières des processus de symbolisation qui s'y déploient, à partir notamment de la prise en compte de l'associativité non verbale et **de la spécificité de la dynamique transférentielle, notamment de l'importance du transfert sur le médium malléable et d'un transfert par diffraction sensorielle.** Il s'agira aussi de définir les modalités d'émergence de formes primaires de symbolisation et de ce que nous proposons d'appeler la chaîne associative formelle de groupe, soit l'enchaînement des formes non seulement dans les productions proprement dites, mais aussi dans l'ensemble du langage sensorimoteur de l'enfant confronté au médium. **Cette élaboration de repères pour une évaluation clinique des dispositifs à médiation est donc** destinée à enrichir des pratiques qui puissent avoir une portée paradigmatique, être utilisables par d'autres cliniciens, et à questionner du même coup nos modèles de la psychopathologie de la psychose et de l'autisme.

Cette recherche de méthodologies cliniques de repères pour une évaluation des dispositifs groupaux sera précisée par la référence aux travaux actuels d'un groupe de recherche sur l'élaboration de critères cliniques d'évaluation des thérapies à médiation, comme l'équithérapie ou le modelage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRUN A. (2007), Médiations thérapeutiques et psychose infantile, Paris, coll. Psychismes, Dunod. Réédit. revue et augmentée en 2010.
- BRUN A. (sous la direction de) (2011), Les médiations thérapeutiques, coll. Carnet psy, Erès.
- BRUN A., CHOUVIER B., ROUSSILLON R. (2012), Manuel des médiations thérapeutiques, Paris, Dunod. A paraître automne 2012.

Psychothérapies et Psychanalyse

MARISA DECAT DE MOURA

“Ce qui, cependant, aurait pu s’avérer néfaste pour les cliniciens, peut au contraire stimuler les réflexions et le souci de préserver l’originalité fondamentale de la relation psychanalytique et la part de liberté qui réside dans le travail intrapsychique.”[1]

Psychanalyste à l’hôpital Mater Dei, Belo Horizonte, Brésil

MOTS-CLES : Psychothérapie, psychanalyse en extension, fonction du psychanalyste

Cette provocation que je mets en évidence dans l’argument du Colloque vient à la rencontre d’importantes questions de ma pratique clinique. Et je tiens à apporter comme réflexion une expérience récente, 2008/2012, lorsque l’établissement dans lequel je travaille et coordonne la clinique de psychologie et psychanalyse, l’hôpital Mater Dei - Belo Horizonte / Brésil, s’est préparé à être «accrédité» par deux entités externes de fiscalisation, une de Norvège et l’autre des États-Unis.

Le désir d’interroger la pratique du psychanalyste dans l’institution hospitalière est né, dès le début, du questionnement suivant: - Pourquoi la psychanalyse, en tant qu’une des réponses à la souffrance humaine, ne pourrait-elle pas être également à l’hôpital général?

Dans les années 1970, nous avons débuté la «présence» du psychanalyste dans divers services hospitaliers. La psychanalyse a toujours suscité des résistances, le refoulement fait partie et préserve son existence. Où l’on trouve la résistance il y a quelque chose du réel et du désir ... Comme vient nous le rappeler Elisabeth Roudinesco, une grande partie de l’histoire de la psychanalyse est racontée par la résistance à son endroit. [2]

Quand le processus d’«accréditation» a été déclenché nous avons dû présenter le service clinique dans des modèles statistiques. Après un moment de paralysie impuissante nous avons accepté le défi, avec Jacques Lacan, de ne pas reculer.

Je tiens à formaliser dans ce "Colloque" des questions qui ont été soulevées et ont exigé des psychanalystes, comme toujours, l’opération subversive de la psychanalyse.

- Comment est-ce, après tout, la question de l’écoute du sujet (de la psychanalyse) dans une institution dans laquelle il n’est pas «isolé» des situations, des règles, des protocoles et des demandes diverses et impératives qui se posent? Dans la relation transférentielle, quand l’analyste se retire de la position de sujet, il établit une asymétrie et une supposition du savoir pour que le sujet puisse construire sa vérité. Ce qui compte, ne sont pas les règles, les protocoles inclus ou non, mais la position du sujet devant eux. Puis, dû à sa position de sujet, il est responsable et c’est là que l’analyste devrait arriver ... Et quel est le traitement possible de cette direction compte tenu de l’institution et ses protocoles?

- Pourquoi l’analyste maintient-il sa présence, en soutenant le sans-lieu de son discours dans l’institution?

Pour commencer, nous pouvons dire que l’analyste a besoin de son effet pour qu’il, l’analyste, puisse exister.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Argument du Colloque - Strasbourg – octobre 2012
- [2] ROUDINESCO, Elisabeth. Em defesa da psicanálise, ensaios e entrevistas. Rio Janeiro: Zahar, 2010.

De quelques divergences historiques et épistémologiques entre psychothérapies et psychanalyse(s).

STEPHANE GUMPPER

Docteur en psychologie, chercheur Associé, EA 3071 SULISOM, UDS, psychanalyste

C'est dans le contexte de la fin du XIXe siècle, en Europe, qu'il faut situer l'émergence successive des vocables « Psycho-therapeutics » (H. Tuke, 1872) et « Psychoanalyse » (S. Freud, 1896). Avant de relever certains points d'articulation et lignes de rupture entre ces deux signifiants historiquement intriqués sur les versants théoriques et pratiques ; un constat s'impose ! On ne peut décemment entériner le mythe d'une Aufklärung fin-de-siècle s'employant à postuler une « rupture épistémologique » faisant table rase du passé. Plus précisément, une généalogie rétrospective peut être dégagée à l'aune d'une variété de systèmes de pensée et de praxis marqués par des démarcages civilisationnels, contextuels et temporels qui inspireront diversement le vaste domaine des psychothérapies, psychanalyse incluse. Cette dernière tentera cependant, par l'entremise de Freud, de s'affranchir de l'égide des psychothérapies, avec pour alibi déclaré : « la volonté de faire science » (I. Stengers, 1992), sans pour autant accepter une annexion médicale.

En France, à partir de la seconde moitié du XXe siècle, l'envergure conceptuelle et épistémologique de la psychanalyse se renforcera à partir d'une scansion plus ou moins assumée à l'égard de la Babel des psychothérapies (hypnose, psychologie individuelle, psychologie analytique, cri primal, training autogène, analyse caractérielle, logothérapie, psychologie humaniste jusqu'aux thérapies systémiques, art thérapie, P.N.L., analyse transactionnelle, ou encore thérapies cognitivo-comportementalistes...). Si quelques invariants métapsychologiques (inconscient, transfert, symptôme, interprétation, fantasme, pulsion...) semblent consacrés, il n'en est pas de même pour la guérison (qui n'a pas valeur de concept métapsychologique !). Un débat de fond sera initié par nombre de psychanalystes sur la cure-type et ses variantes (de Nacht, Bouvet, Held... à la Société psychanalytique de Paris, jusqu'à Lacan). En contrepoint les années 60 et 70 seront propices à une démultiplication de nouvelles psychothérapies dont certaines développeront ou sous-traiteront des postulats psychanalytiques. Diverses typologies sont formulées : active/interprétative, directive/non directive, perfectionniste/mélioriste, crisophile/crisophobe, brève/longue, symptomatique/causale etc. En 1968 Lacan assimilera les psychothérapies à un « bricolage réussi » alors même que la psychanalyse serait un « ratage ».

Les rapports souvent tendus entre psychanalystes et psychothérapeutes vont opportunément s'améliorer face à l'amendement Accoyer (2003) et ses effets. Toutefois, entre référentiels psychanalytiques et psychothérapeutiques, nombre d'enjeux éthiques et cliniques subsistent. Parmi d'autres : est-ce que la praxis des psychothérapies d'inspiration psychanalyste achoppent du côté de la guérison ?

Psychanalyse, psychothérapie, vers des changements nécessaires ?

GISELE HARRUS-REVIDI

Directrice de recherches université Paris- Diderot, Paris 7, Membre honoraire de la SPP, Directrice de la Revue Champ Psychosomatique, Responsable scientifique des nouvelles traductions de Freud chez Payot.

Mots-clés : clinique freudienne ; sexualité infantile ; psychanalyse relationnelle ; gender studies ; psychanalyse à l'Université

« Le progrès de la connaissance ne tolère pas de rigidité dans les définitions (...). Même les « concepts fondamentaux » qui ont été fixés dans des définitions voient leurs contenus constamment modifiés¹ ». Freud écrit ceci en 1915 : quelles sont les modifications fondamentales conceptuelles observées presque 100 ans après ? N'existe-t-il pas un immobilisme auquel des caciques confondant orthodoxie, doxa et la nécessaire modification des concepts ont soumis la psychanalyse ? Sans parler des modifications techniques loin de faire l'unanimité, Lacan en étant le modèle paradigmatique.

Peut-être serait-il nécessaire de reprendre un certain nombre de paramètres en les soumettant à un regard critique. Penchons nous, dans un premier temps sur la clinique : pour des raisons didactiques Freud « modifia », « transforma » ses cas et, même si la vérité historique est connue de tous, pourquoi ne pas l'officialiser ? Il serait simple de présenter chaque cas en le contextualisant. Pour Hans, par exemple, pourquoi ne pas souligner clairement les relations hors-champ entre la famille Graf et Freud, et montrer aussi bien le génie freudien dans le rapport entre sa clinique relatée sur un mode caviardé et ses remarquables déductions théoriques ? Tout aurait à y gagner sans laisser les adversaires de la psychanalyse en faire leurs choux gras dans un Livre noir.

Épistémologiquement nous avons tous appris que Freud fut « l'inventeur » de la sexualité infantile. Affirmation totalement fautive : depuis 1886 apparaissaient des ouvrages consacrés à la sexualité en général et à la sexualité infantile en particulier. Le XIX^{ème} siècle, tout victorien qu'il fut, était fasciné par la sexualité.

La neuro-biologie apporte son lot de concepts novateurs et remet en question des concepts freudiens fondés sur la biologie du XIX^{ème} siècle ; il est vrai que nous évitons d'évoquer l'hérédité comme il pouvait le faire dans Dora mais peut-être proposer une approche différente du cas en soulignant que Freud n'hésita pas à parler sexualité avec une réalité étonnante dans le discours avec une enfant de 14 ans ! Dans cette époque puritaine, il était possible donc d'aborder la sexualité sur un mode assez cru, preuve que l'air du temps en était baigné.

La psychanalyse relationnelle intersubjective aux USA a renversé la théorie pulsionnelle, notamment avec Fairbairn et Bion. Qu'est ce que l'objet dans la pulsion aujourd'hui ? En quoi le changement de regard sur le rôle de l'objet, amorcé par Laplanche dans ses Nouveaux fondements modifie-t-il la métapsychologie ?

Les théories du genre, les gender studies, sont présentes sociologiquement et dans les théories féministes notamment. Comment insérer la notion de genre dans la théorie classique ? Quelles seraient les modifications des concepts fondamentaux sur la sexualité ?

Et tant d'autres multiples questions notamment techniques ; existe-t-il une technique possible faisant un certain consensus à enseigner aux étudiants ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Freud S. (1915), « Pulsions et destins des pulsions », Paris PBP, 2012.

¹ Freud S. (1915), « Pulsions et destins des pulsions », Paris PBP, 2012.

Soigner, être soigné, se soigner...

ROGER PERRON

Directeur de Recherches honoraire au CNRS, membre titulaire formateur de la Société Psychanalytique de Paris

Mots clés : soin psychique – variantes de la cure analytique - indication de traitement – processus analytique – erreurs thérapeutiques – contrôles d’efficacité

Selon les dictionnaires, un enjeu, c’est ce qu’on mise en début de partie, une partie dont on a convenu le cadre et les règles, et dont l’issue un jour se jugera en termes de gains et de pertes...

Le terme est bien choisi pour définir le thème (les enjeux...) de ce Colloque. Toute thérapie lance ses enjeux en commençant par un pari : un pari formulé par le thérapeute, et proposé au « patient », que ce qu’on lui propose peut l’aider. Encore faudra-t-il un jour évaluer les gains et les pertes à court, moyen et long terme, sur une juste balance... mais laquelle ?

On peut avancer que toute thérapie, quelles qu’en soient les techniques et les références théoriques, est bonne si elle remédie à une souffrance. Est-ce soigner ? Sans doute si l’on parle de « thérapeutique ». Mais qu’entend-on par là, et s’agit-il essentiellement, voire uniquement, de pratiques médicales visant une guérison ? L’histoire a été riche en controverses sur cette question qui reste d’actualité, mais que sans doute on peut aujourd’hui considérer d’un esprit plus ouvert.

Dans le champ des pratiques psychanalytiques, on a parfois opposé « psychanalyse classique » (au singulier) et « psychothérapies psychanalytiques » (au pluriel). La terminologie est fâcheuse, car la psychanalyse (« cure » ? « traitement » ?) est une thérapeutique. Je soutiens, quant à moi, qu’il n’y a pas de différence de nature (de sorte qu’il serait préférable de désigner simplement cela par le « setting », « divan-fauteuil » ou « face à face »). Il n’y a pas de différence de nature parce que, dans tous les cas, le psychanalyste met en œuvre les moyens qui lui paraissent appropriés pour réduire un mal être, soulager une souffrance, rouvrir et fluidifier un fonctionnement psychique rigidifié par des défenses paralysantes et coûteuses en énergie, permettre de meilleures relations interpersonnelles, et parfois « transformer une misère psychique en malheur banal », ainsi que le disait Freud...

Face à la demande, le psychanalyste peut se récuser, et adresser le demandeur à d’autres praticiens du soin (s’il s’estime incompétent, ou préfère ne pas s’engager dans une aventure trop lourde). S’il accepte de prendre le pari, il peut et doit choisir dans l’éventail des techniques dont il dispose : cadre divan-fauteuil, face à face, psychodrame psychanalytique, thérapie familiale, thérapie mère-bébé, etc... Le choix suppose que soit posée une indication (en elle-même un pari) : non pas dans une démarche diagnostique de type taxinomique, fatalement réductrice, mais bien dans le cadre d’une démarche clinique d’évaluation fonctionnelle préalable au « traitement » lui-même, la visée étant d’évaluer les chances du développement d’un processus de transformation.

On ne peut et on ne doit pas ignorer les enjeux éthiques de ces démarches, car sournois sont les pièges tendus au thérapeute, du désir de maîtrise (au pire, manipulateur) au désir de communier dans la souffrance, de réparer, d’être bon, etc...

On ne doit pas non plus en oublier les enjeux économiques et sociaux. Il faut répondre aux demandes légitimes d’évaluation de l’efficacité de nos actions. Tout le problème est dans le choix des démarches de la preuve : les modèles venus de l’industrie du médicament ont posé et continuent à poser de bien tristes exemples de ce qu’il ne faut pas faire...

La question sous-jacente à tout cela, reste : sur quelle position s’installe la relation thérapeutique ? Pour paraphraser Winnicott (« doing and being done, but first, being... »), soigner, certes, quelqu’un qui demande à être soigné, bien sûr, mais quelqu’un que cette aide conduit à se soigner, en agent de son propre destin.

La psychanalyse est au service de la liberté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Perron R. (2005) Une psychanalyse, pourquoi ?, Paris, Interéditions.
- Perron R., dir. (2006) Psychanalystes, qui êtes-vous ?, Paris, Interéditions.

- Perron R. (2002) Psychanalyse et psychothérapie en France après la seconde guerre mondiale, in: Richard F., dir., Le travail du psychanalyste en psychothérapie, Dunod.

III. Table ronde internationale des pratiques des psychothérapies analytiques

Le Maghreb à la rencontre de la psychanalyse

HOSSAÏN BENDAHMAN

Docteur d'Etat en Psychologie Clinique et Psychopathologie, Psychanalyste. Maître de Conférences HDR en psychologie, Directeur de « l'Equipe de Recherche Pluridisciplinaire en Psychologie Interculturelle : Discours et Modes de Pensées » à l'I.U.T de Troyes (Université de Reims). Directeur de recherches, équipe «*Subjectivité, Lien Social et Modernité*» (EA3071), Université de Strasbourg. Secrétaire Général de l'Association de Psychanalyse et d'Anthropologie : Recherche, Transmission, Echanges » (APARTÈ)

Mots clés : Maghreb - Psychanalyse et culture - langue et pulsion - Complexe d'Oedipe -- Transmission - marqueurs identitaires

La pratique analytique montre qu'il n'y a de clinique individuelle qu'articulée au social et que le malaise du sujet s'articule au malaise culturel. Il n'y a pas que des bases pulsionnelles de la psyché. Il y a aussi des bases culturelles qui la structurent. Le sujet, comme support à traduire l'inconscient, prend selon les cultures des caractéristiques qui lui sont spécifiques.

Depuis Freud la psychanalyse a montré sa capacité à se développer au contact de différentes cultures aux réalités sociales, linguistiques et historiques très diverses (Autriche, France, Hongrie, Angleterre, Amérique) donnant lieu à des productions et des pratiques locales bien différentes.

Si actuellement la psychanalyse semble marquer le pas dans la plupart de ces pays où elle subit des attaques de toutes parts, elle continue à susciter, par contre, un intérêt de plus en plus croissant dans d'autres contrées comme dans le monde arabo-musulman.

Comment cette aire culturelle - qui a une longue tradition de la prise en charge de l'aliénation mentale qu'illustrent son inventivité institutionnelle à travers ses Bimaristânes et les trouvailles thérapeutiques dues à ses médecins tel qu'Abou Bakr Errazi, par exemple, qui a développé une véritable approche psychosomatique de ses patients comme le montrent certaines de ses séquences thérapeutiques – gère sa rencontre avec la psychanalyse ? Aussi, dans le sillage freudien, cette question sera examinée à travers la rencontre avec les productions des héritiers de cette tradition culturelle.

Psychanalyse en Algérie

ZOUBEIR BOUSSAFSAF

Maître assistant de recherche, doctorant à l'Université de Skikda, Algérie. En stage doctoral à l'EA 3071 SULISOM, UDS

Les mots clés : Psychanalyse, psychiatrie, psychologie, violence, Algérie

Nous allons dans cette intervention aborder la pratique psychanalytique et ses manifestations en Algérie, en prenant en considération le contexte historique et culturel dans lequel elle évolue. Pour cela nous nous sommes inspirés des travaux de certains praticiens algériens et d'autres.

Nous sommes arrivés à la conclusion que la pratique psychanalytique est moins présente en Algérie, le statut de psychanalyste est encore ambigu, bien que le savoir psychanalytique est enraciné dans les programmes de formation des psychologues cliniciens d'une part, et dans l'exercice de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique d'autre part.

La pratique psychanalytique actuelle au Québec et l'avenir de la psychanalyse.

LOUIS BRUNET, PH.D.

Professeur et Directeur du département de psychologie, Université du Québec à Montréal. Président de la Société psychanalytique de Montréal (section de la Société canadienne de psychanalyse, membre de l'API). Rédacteur de L'Année psychanalytique internationale

Mots clés : psychanalyse, psychothérapie, psychodynamique, transfert.

Pour les fins de cette discussion je décrirai trois types de pratiques analytiques : la psychanalyse, la psychothérapie psychanalytique et les pratiques psychodynamiques. J'en décrirai les rapports, points de convergence de divergence à partir desquels nous pourrions discuter non seulement de la diversité des pratiques analytiques actuelles au Québec mais de l'intérêt de la présence de ces trois types de pratique pour le devenir de la psychanalyse au Québec et en Amérique du Nord.

Des recherches récentes fort bien conçues montrent l'efficacité thérapeutique des thérapeutiques analytiques. Cependant lorsqu'on y regarde de plus près on peut voir que l'utilisation du transfert, à travers la pratique de l'interprétation semble constituer la variable la plus importante prédisant une amélioration thérapeutique à court comme à long terme. Selon mon modèle des trois types de pratiques analytiques, l'utilisation du transfert est un facteur commun à la cure psychanalytique et aux psychothérapies psychanalytiques mais ne se retrouve pas dans les psychothérapies que l'on nomme « psychodynamiques » au Québec. Cet enseignement doit être connu et compris afin d'orienter l'avenir de l'enseignement des psychothérapies dans nos institutions universitaires. Ces résultats doivent aussi être connus et compris des organismes régulateurs de la pratique de la psychothérapie au Québec. (Depuis juin 2012 une loi encadre non seulement le titre mais la pratique de la psychothérapie, y compris la psychanalyse, et la tendance est forte pour tenter d'unifier la psychothérapie, que ce soit à travers la loupe des « pratiques validées empiriquement » ou simplement à cause de la position dominante des pratiques positivistes comme le CBT).

Quand aux pratiques « psychodynamiques », qui utilisent le modèle théorique analytique mais pas la technique ni l'interprétation du transfert, je suis d'avis qu'elles constituent une garantie de la présence et de la survie du modèle psychanalytique dans notre société. Les psychanalystes et thérapeutes psychanalytiques se sont repliés (au Québec) sur la cure type et la psychothérapie, en désinvestissant un grand nombre d'autres pratiques importantes comme les consultations familiales, la pratique en centre pour jeunes délinquants, la pratique de consultation hospitalière, etc. Comme résultat, les professionnels formés à la CBT et aux neurosciences ont investi ces lieux d'une façon telle que le public et les administrateurs croient que la psychanalyse ne peut rien apporter aux familles, aux délinquants, aux enfants hyperactifs. Mon pari est que le réinvestissement de diverses modalités de travail « psychodynamique » est ce qui permettra à la psychanalyse de retrouver sa crédibilité et son utilité dans la société québécoise.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Brunet, L. (2001). D'or et de processus. Réflexion sur les rapports psychanalyse/psychothérapie psychanalytique, Bulletin de la Société psychanalytique de Montréal, 13, 3, 22-25.
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapeutiques psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur, Filigrane, 18, 2, 70-85.
- Brunet, L., Casoni, D. (2009). Profession psychologue. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Faut-il guérir la psychothérapie ?

PETER MÜLLER

Médecin, psychothérapeute, spécialisé en psychosomatique Karlsruhe, Allemagne

En Allemagne la « psychothérapie analytique » est le produit d'un contrat entre des thérapeutes et des institutions de l'état qui règlent les services médicaux et les honoraires des médecins. Cela s'est institué dans les années soixante du siècle dernier. Si ce contrat met une méthode de guérison à la disposition du client il assure de même les revenus du thérapeute. De là les deux partenaires se trouvent rassurés sur quelque chose, dont ils peuvent se faire toutes sortes d'illusions. On ne peut pas penser que ce lien serait sans influence:

- sur les actes du praticien et la relation à son client
- sur le contenu et le déroulement des thérapies
- sur l'opinion du citoyen
- sur ce qu'est une psychothérapie et moins encore
- sur ce qu'est une psychanalyse.

Les responsables de cette politique de la « psychothérapie » qui étaient tous des « psychanalystes » ont cru ainsi estimer et justifier les risques que celle-ci a concernant les valeurs éthiques de la psychothérapie. Son éthique était dès lors définitivement coupée de l'éthique de la psychanalyse. Ce qui mène à la thèse que la psychothérapie analytique n'existe pas. La seule chance que le praticien ait dans cette situation est, de subvertir ces conditions extérieures dans sa pratique. Cela l'oblige en plus d'inventer autre chose que ce qui lui est proposé dans ce qu'on appelle « psychothérapie analytique ».

IV. Grand débat : psychanalyse et psychothérapie

Une psychothérapie analytique peut-elle avoir des objectifs ?

MARIE-FREDERIQUE BACQUE

Professeure de psychopathologie clinique, directrice de l'EA 3071 SULISOM, UDS

À l'heure des évaluations de toutes sortes, les psychothérapies institutionnelles sont sommées de faire leurs preuves... Or, le travail de la subjectivité est par essence non mesurable. Subjectivité de l'autre/subjectivité de soi. En effet si les psychothérapies analytiques sont pratiquées par des psychanalystes, des psychologues et des psychiatres ayant eu cette formation analytique et adaptant leur technique aux patients rencontrés sur leur lieu d'exercice, tous partagent la démarche éthique commune aux psychanalystes : elle pose comme principe que l'écoute et la connaissance de soi forment la condition *sine qua non* de l'écoute de l'autre.

La psychothérapie analytique est donc bien une technique dérivée de la Psychanalyse et en lien étroit avec cette dernière. En effet, une psychothérapie analytique ne peut faire l'économie d'une référence à la métapsychologie freudienne :

- Elle met en évidence la réalité psychique du sujet,
- Elle prend en compte les conflits intra-psychiques,
- Elle reconnaît la sexualité infantile.

Les ajustements et les « variantes » n'empêchent donc pas l'authenticité de la relation, modulée par la particularité des situations (hôpital, clinique, nature de la maladie et des traitements, demande des patients, place du thérapeute).

Les psychothérapies analytiques réduisent-elle les souffrances ?

Si réduire la souffrance reste l'objectif de toute approche thérapeutique, la clinique psychanalytique est rarement contenue dans un cadre aussi défini.

Les notions de narrativité, d'historisation et de subjectivation tiennent une place fondamentale dans les psychothérapies, comme dans la psychanalyse d'ailleurs

Mais que « fait » alors la psychothérapie analytique ?

La psychothérapie analytique ouvre la voie du rétablissement de la voie imaginative et fantasmatique. Les connexions se forment à nouveau entre affects et représentations, la mémoire et l'histoire du sujet redessinent une dynamique identitaire. Les relations intersubjectives peuvent se reformer à la faveur du transfert.

La psychothérapie analytique requiert un engagement personnel, une implication qui unifie la personne, lui redonne son identité. Son absence de gratification (cela va de l'absence de réponses aux questions posées par le patient, au coût ou à la prise en charge de la séance) n'est pas toujours appliquée en raison de l'état du patient et du contre-transfert du thérapeute. Pourtant, la psychothérapie analytique cherche toujours à redonner une certaine autonomie au patient. C'est vrai, le patient est seul avec lui-même, mais il est libre et capable de dire non. Comme dans l'analyse, la confiance dans l'analyste permettra de remettre à plus tard la compréhension du dispositif de l'analyse.

Si ces tentatives de définition de ce que sont les psychothérapies analytiques pourraient répondre aux questions des employeurs des praticiens des psychothérapies analytiques, elles ne nous satisfont évidemment pas. Nous sommes aujourd'hui à une croisée des chemins qui implique à la fois réserve éthique, communication sur notre métier, élaboration théorico-clinique constante. L'oxymore d'une « dynamique permanente » dépeint bien le paradoxe des psychanalystes confrontés à la mouvance du terrain institutionnel. Nous donnerons quelques exemples de cette pratique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- -Brusset B. (2005) Les psychothérapies, 2de édition, Paris.
- -Fischman G. (2009) (dir) L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Paris, Masson.
- -Kernberg O. (2001) Psychanalyse, Psychothérapie et Psychothérapie de soutien : controverses contemporaines. Revue Française de PSA. Hors série : 15-35.

La créativité au service du psychanalyste d'enfants

MARC BELHASSEN

Psychologue-Psychanalyste. CMPP Champs sur Marne, Hôpital de Lagny, Membre de la Société Française de Psychothérapie Psychanalytique Groupale, Membre de la Société Médicale Balint

Mots clés : Mots clés: Créativité. Lâcher-prise. Malléabilité. Espace transitionnel et transmodal. Perméabilité et changement.

Si être psychanalyste aujourd'hui reste un métier difficile, être psychanalyste d'enfants l'est encore davantage, car la rigueur de la technique et l'observance du cadre analytique ne peuvent constituer les seuls piliers de l'efficacité thérapeutique. La créativité en est le pivot central. Elle suppose en premier lieu de la part de l'analyste, une capacité à jouer et à être malléable qui elle-même ne peut exister que si le thérapeute est en contact avec la part infantile demeurée vivante en lui. Seulement cette créativité requiert un lâcher-prise sans lequel aucune interprétation mutative ne serait possible. C'est parce que ce dernier donne accès à un état de rêverie transitionnel qu'il devient facile d'accueillir le moi de l'enfant en soin et de prêter son propre moi comme support du texte fantasmé de l'enfant. C'est précisément par une malléabilité ouvrant l'espace d'une inter-créativité, lui-même se dépliant dans un espace transitionnel tridimensionnel et transmodal que l'irreprésentable peut devenir figurable, symbolisable puis pensable. Enfin la perméabilité multi-sensorielle et émotionnelle du psychanalyste d'enfants alimente cette créativité dans le champ de la relation transférentielle, laquelle au cours des scènes ludiques amène transformation et changement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- S.Freud, in Dictionnaire international de la psychanalyse, Alain Mijolla, 2005, Hachette Littérature
- M. Milner, Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole, in RFP, n° 5-6, p. 844-874, 1979
- S.Freud, La Technique psychanalytique Ed Puf 2007
- D.W Winnicott, Jeux et Réalité, Folio Essais 2002

La psychothérapie psychanalytique corporelle dite « PPC » : Un « Bouclier de Persée » contre un panier percé ?

VALERIE BOUCHERAT-HUE

Maître de conférences à l'Université de Angers

Mots-clés Psychothérapie psychanalytique corporelle / Trauma / Excitation / Corps / Divan-regard / Psychose / État-limite / Péripsychose / Cliniques interstitielles

La psychothérapie psychanalytique corporelle, dite « PPC », conduite par des psychanalystes, s'inspire du travail à la fois psychosensoriel et tonicomoteur de J. de Ajuriaguerra avec les enfants caractériels et hyper actifs.

Il s'agit d'une variation du dispositif de la cure-type qui conserve les invariants du cadre classique en les « disposant autrement ». Le patient est sur le divan mais l'analyste est placé devant. Le patient, qui est ainsi conduit à régresser profondément tout en étant doublement contenu par le regard « devant » et le divan « derrière », est engagé à s'auto observer dans ses sensations corporelles lorsqu'il pense, et à parler de ce qu'il sent à cet autre « en personne » qui soutient son fonctionnement psychique.

L'analyste se propose comme objet « secourable » et « bien informé » en endossant, dans un contre-transfert particulièrement tolérant aux manifestations du processus primaire, y compris aux mouvements hallucinatoires partagés qui permettent d'approcher le trauma, les fonctions primitives de l'objet afin de « reprendre » les défaillances narcissique et identitaires de la relation maternelle précoce.

Il s'agit d'une indication pertinente pour les grands troubles de la symbolisation qui se régulent par l'excitation corporopsychique et qui entrent dans le cadre des psychopathologies primitives et interstitielles : limites, psychotiques, psychosomatiques, péripsychose, périnévrotiques, etc.

Quelques exemples tirés de la clinique appuieront l'exposé sur l'intérêt d'une PPC pour les angoisses de perte perceptive de l'objet, premier temps de la confrontation à la position dépressive.

La 3^e révolution freudienne ?²

JEAN-RICHARD FREYMANN

Psychanalyste, Psychiatre, PHA au CHRU de Strasbourg, Président de la FEDEPSY, Chercheur associé, EA 3071 SULISOM, UDS

Paradoxe contemporain : vit-on une nouvelle révolution freudienne ? Alors que la découverte de l'inconscient et l'invention de la psychanalyse a émergé de la suggestion hypnotique et de la magie des sorciers, les psychothérapies font ensuite feu de tout bois : de la mémoire, des comportements, de la famille, des groupes de tout genre.

A l'heure actuelle, les psychothérapeutiques se sont développées avec leur propre logique et parfois leur propre rigueur.

Dans nombre de pays (européens), la psychanalyse a été réduite au rang de psychothérapie et les psychanalystes ont perdu leur statut spécifique. (« L'analyste s'autorise de lui-même et... de quelques autres » J. Lacan)

En France, en même temps qu'apparaissent les commissions de reconnaissance du statut de psychothérapeute (à la suite de plusieurs années d'échanges avec les institutions d'analystes, à propos de la loi Accoyer), la formation des analystes est restée dévolue aux institutions analytiques.

Là où la 3e révolution freudienne trouve une nouvelle réalité (malgré son rejet au niveau manifeste) c'est dans sa capacité de former à la DIMENSION PSYCHOTHERAPIQUE... de surcroît...

Par quels opérateurs :

- Le maniement du transfert n'est pas la manipulation de l'amour de transfert.
- Pour entendre les processus inconscients de l'autre, pas d'autres moyens que de se prêter à une interrogation sur la « psyché du psy » : une analyse personnelle.
- Le modèle « idéal » des supervisions est l'analyse de contrôle qui permet de différencier les plans entre le devenir de la demande du patient et le devenir de l'analysant-praticien.

A l'Ecole Psychanalytique de Strasbourg (au sein de la FEDEPSY), nous avons toujours exigé pour le praticien une double formation : celle de base (psycho, psychiatre, philo, médecin...) et de l'autre côté une formation analytique (cure analytique) : formation à l'analyse et formation culturelle à partir de la psychanalyse.

Nous soutiendrons l'idée que s'il peut exister une éthique de la psychothérapie, c'est celle qui déborde les conceptions d'une pure formation technique et empirique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- *Du délire au désir*, Michel Patris, Jean-Richard Freymann, Arcanes Erès, 2001.
- *Introduction à l'écoute*, Jean-Richard Freymann, Arcanes Erès, 2002.
- *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Jacques Lacan, *Le Séminaire Livre XI*, Seuil, 1973.
- « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole », In *Autres écrits*, Jacques Lacan, Seuil, 2001, p. 243.

² Si l'invention freudienne constitue la 1^{ère} révolution, on peut considérer que le « retour à Freud » de Jacques Lacan en constitue la 2^e.

Caractéristiques d'une approche psychanalytique d'enfants autistes

MONIQUE THURIN

Psychologue clinicienne libérale, Docteur en sciences du langage, spécialiste de l'analyse du discours et des approches qualitatives (FFP et U669), membre du groupe méthodologique du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques.

Mots-clés : psychothérapie psychanalytique, autisme, ajustement, médiateurs de changement

Dans le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques, dont les résultats commencent à montrer « comment une psychothérapie marche », quatre cinquième des cliniciens qui se sont engagés dans les études de cas du pôle autisme sont psychanalystes. L'analyse du processus au cours d'une année de psychothérapie fait sortir au Child Psychotherapy Q-set (Schneider et Jones, 2006), un facteur très fort qui est l'ajustement du thérapeute. Corrélativement à ce médiateur de changement, d'autres ingrédients sont repérables. Peut-on dire qu'ils sont psychanalytiques et argumenter qu'ils le sont ? C'est de cette question dont nous voudrions partir pour discuter, non pas est-ce qu'une psychanalyse est une psychothérapie, mais comment s'y prend un psychanalyste pour mener un travail basé sur une écoute associative et interprétative avec des enfants autistes. Quels en sont les éléments significatifs repérables. Cette question renvoie aux études qui se sont multipliées ces dernières années et plus récemment sur ce qui caractérise le processus d'une psychothérapie et les éléments qui y participent. Dans son article Psychanalyse et Psychothérapie pour l'EMC en 2010, Jean-Michel Thurin fait de nombreuses références à ces études qui différencient clairement le processus d'une psychothérapie psychanalytique de celui d'une psychothérapie comportementale et cognitive. Comme il le note dans cet article « Cette analyse a également montré que les pratiques étaient ajustées à la fois suivant les troubles que présentent les patients, en fonction de leurs particularités, et des conditions particulières de la cure ».

Nous partirons donc du postulat qu'une psychothérapie psychanalytique s'ajuste aux troubles traités. De là, l'évidence clinique doit conduire à des inférences qui ne soient pas spéculatives. Comme le dit Messer (1988) avec beaucoup d'humour « l'observation aussi bien que l'inférence est saturée de théorie. Ce n'est pas que les patients freudiens sont fondés à avoir des rêves freudiens, ni que les patients jungiens, des rêves jungiens... ».

Nous nous proposons d'illustrer ces considérations, entrant dans le débat psychanalyse-psychothérapie, à partir de plusieurs études de cas d'enfants autistes issues du RRFPP.

V. Table ronde : éthique et soin psychique

Travailler avec l'hypothèse freudienne de l'inconscient, quelles implications éthiques ?

MARIE-CLAUDE CASPER

Psychologue clinicienne, Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques, HDR, EA 3071
SULISOM, UDS

Mots clés :Éthique, soin psychique, Freud, inconscient, travail psychothérapeutique

Je vous propose de partager quelques-unes des réflexions qui interrogent la dimension éthique d'un travail à visée psychothérapeutique lorsque celui-ci prend en compte l'hypothèse freudienne de l'inconscient. Quelle peut être la spécificité de l'éthique d'un « soin » psychique ? A quelle vigilance éthique sommes-nous conduit dans l'accueil d'une personne sur le terrain de sa réalité psychique ? Répondre à ces questions c'est, notamment, engager une réflexion d'une part sur la destination du travail psychothérapeutique mis en œuvre par celui qui « prend soin » psychiquement de la personne et d'autre part sur les attentes de ce travail.

Ethique et soin psychique

MICHEL LEVY

Psychiatre, psychanalyste, Fedepsy, Strasbourg

Mots-clés

La responsabilité de l'analyste est de se porter garant de son acte.

En s'engageant dans un travail sur la parole et le discours d'un sujet en souffrance, l'analyste s'autorise d'initiatives et de décision.

Les séances dites de contrôle permettent d'ailleurs de rendre compte de cet acte étrange où l'analyste institué par l'autre en position de supposé -sachant se sait, lui, déjà déchu.

Quelles sont les conditions pour incarner l'objet a du discours de l'Autre ?

La neutralité est une absence de jouissance; la bienveillance est le désir d'analyser sans référence à la moralité surmoïque du Bien

Le pari de l'analyste est qu'une parole peut changer le monde.

Entendre est une politique d'effacement spéculaire, loin de la pitié ou de la direction de conscience.

Dans le transfert, le passé guérira-t-il l'avenir ?

Questions éthiques posées par l'évaluation du soin psychique.

JEAN-MICHEL THURIN

Psychiatre, psychanalyste. Coordonnateur du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques (Inserm U 669 - FFP). Rédacteur en chef de « *Pour la recherche* ».

Mots clés: psychotherapy, evaluation, ethics, public health, single-case study, evidence-based practice, peer groups.

La reconnaissance de la place des pratiques psychothérapeutiques dans le soin en santé mentale (p.e., OMS 2001) a impliqué *de facto* pour les organismes de santé l'exigence d'une évaluation de leur efficacité et de leur sûreté à partir de preuves bien fondées. L'orientation "santé publique" et expérimentale qui a été donnée à cette évaluation et aux méthodologies qui la sous-tendaient s'est faite aux dépens d'une orientation clinique et fondamentale, centrée sur l'identification des mécanismes de changement à l'œuvre dans le processus psychothérapeutique et leur impact sur les résultats. La méconnaissance de l'écart entre questions de santé publique et questions concernant la santé du sujet singulier a eu des conséquences très négatives. Elle a aussi stimulé les efforts pour réduire le fossé qui s'était établi entre chercheurs et cliniciens. Le *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques* est un témoin de cette évolution et nous nous appuyerons sur son expérience pour aborder de façon générale et concrète les questions éthiques que pose l'évaluation du soin psychique, notamment lorsqu'elle repose sur des études de cas. Cinq principes guident les réponses aux questions éthiques associées à la recherche psychothérapeutique : l'autonomie, la confidentialité, l'attention et l'évitement des risques, la qualité de la recherche et les relations de travail avec les autres chercheurs.

Nous soutiendrons que l'éthique du soin et de la recherche peuvent se rejoindre dans des principes tels que l'autonomie, le respect, le bénéfice et l'absence de risque pour le patient, la qualité et la fiabilité, le retour au matériel clinique. Nous aborderons également les situations qui peuvent poser problème comme la publication et comment y remédier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Thurin JM et Thurin M (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris, Dunod, pp 215-227.
- McLeod J. *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy (2010)*. SAGE, pp 54-77.
- Jean-Michel Thurin, Monique Thurin & Nick Midgley (2012): Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network, *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 12:3, 187-193

VI. Ateliers

ATELIER N°1 :
VARIANTS ET INVARIANTS DU
CADRE DE LA PSYCHOTHERAPIE

Présidente : Mélanie Jacquot, UDS

Variants et invariants du cadre de la psychothérapie.

NADINE BAHY

Enseignante PAST, EA 3071 SULISOM, UDS. Psychologue clinicienne en libéral et en institution, psychanalyste, Psychodramatiste, sociodramatiste, psychoboxeuse.

Mots-clés : transfert-désir-jouissance-pulsion-inconscient-technique-RSI

Je ne pourrai parler que des psychothérapie psychanalytiques ; que je propose ici de penser par rapport au cadre de la cure, soit comme préliminaire soit comme complément. La question de la psychothérapie hors des enjeux de la cure sera évoquée.

Je propose d'aborder le cadre de la psychothérapie psychanalytique d'une part comme contenant, d'autre part comme topologie ; cadre dans lequel peuvent se dérouler des processus subjectifs qui pourront avoir des effets thérapeutiques.

Je proposerai d'interroger comme variants et invariants des aspects techniques, éthiques et subjectifs.

Je proposerai comme variants du cadre de la psychothérapie : la dimension imaginaire du nouage transférentiel, la question du paiement, l'espace et le temps dans la réalité, la demande, les mécanismes psychiques et la structure du patient, les mécanismes psychiques et la structure de l'analyste, le contexte (en institution, en libéral, en individuel, en groupe).

Je proposerai comme invariants des fondements du cadre de la psychothérapie psychanalytique : les visées du côté du psychothérapeute d'orientation analytique (versus le désir de l'analyste), un certain rapport à l'inconscient et donc à la parole, la dimension symbolique du nouage transférentiel, la coupure.

Ce qui amènera l'analyste/le psychothérapeute d'orientation analytique à construire un cadre caractérisé par l'assymétrie de la relation, l'instauration d'un espace et d'un temps spécifiques, un certain usage de la scansion et de l'étayage, la prise en compte du transfert.

Je tenterai de mettre en évidence ces invariants à travers des cadres différents pour proposer une représentation topologique du cadre de la psychothérapie analytique.

Variants et invariants, processus psychiques

LILIANE GOLDSZTAUB

Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques, EA 3071-SULISOM, UDS. Psychologue clinicienne, psychanalyste

Mots-clés : variants, invariants, processus psychiques.

A partir de ce que José Bléger nomme comme variants et invariants du cadre psychanalytiques nous nous pencherons sur leurs enjeux dans les processus thérapeutiques.

A partir d'exemples tirés de la cure analytique et de psychothérapies d'orientation analytique comme le sociodrame ou le psychodrame analytiques ou thérapeutiques, en groupe, nous éclairerons les effets dans le processus thérapeutique.

Nous noterons comment ces variants et ces invariants font partie du cadre thérapeutique et donc structurent la séance. Nous questionnerons les coups de boutoir du cadre ou dans le cadre, et leurs conséquences sur le plan thérapeutique.

Variants et invariants du cadre de la psychothérapie.

ROGER LASRY

Psychologue clinicien au CMPP de Strasbourg et à l'IME de Sélestat

Mots-clés : discours scientifique, universel, subjectivité, singulier, clinique

Chacun le constate, certains s'en désolent, mais tous s'en trouvent affectés.

La science a produit de formidables bouleversements dans notre quotidien, comme dans notre rapport au monde.

Mais le discours scientifique, objectivant et universel, refoule la subjectivité et ignore le singulier.

Les psychanalystes, qui exercent désormais en majorité dans des institutions médico-sociales, sont dès lors confrontés à des demandes, voire à des exigences, problématiques.

La clinique, et le travail d'élaboration qui l'accompagne, s'en trouvent nécessairement modifiés.

ATELIER N°2 :
FONDAMENTAUX ET PRINCIPES

Présidente : Anne Thevenot, UDS

De quelques fondements des psychothérapies analytiques : Nathan, un enfant dit autiste.

CLAIRE METZ

Maître de conférences, psychologue clinicienne, psychanalyste, membre de l'EA 3071 SULISOM, Etablissement IUFM d'Alsace, UDS.

Mots-clés : inconscient, résistance, transfert, efficacité, autisme

La visée ultime de la psychanalyse reste de rendre l'inconscient conscient, ainsi l'analyse du matériel (rêves, actes manqués...) garde toute sa raison d'être, dans la mesure où c'est elle qui définit en fin de compte la psychanalyse. A cela s'ajoute l'interprétation de résistance, qui s'exerce elle aussi "sur le texte du discours, à savoir ses distorsions, ses élisions, voir ses trous et ses syncopes" (Ritter & al., 1995). Ainsi peut-on dire que "l'efficacité du travail psychanalytique est liée à la levée des résistances laquelle conditionne la levée du refoulement". Il s'agit donc toujours de favoriser le processus de remémoration du refoulé. Or il s'avère que celui-ci au cours de la cure rencontre forcément une limite. Cet impossible à remémorer du refoulé se manifeste par la répétition dans le transfert.

Ainsi, le but (le devenir conscient de l'inconscient) n'est pas entièrement réalisable par le travail sur les résistances (Freud, 1920/1988), et "s'y oppose une contrainte de répétition caractérisant le matériel inconscient et se jouant sur la scène transférentielle en guise de remémoration" (Ritter & al., 1995). Ce qui devient fondamental dans la cure est le passage obligé par le transfert, qui est une forme de la résistance, mais en même temps une résistance où elle est analysable. Le transfert témoigne de l'histoire infantile, et apparaît "comme un fragment de répétition dans le réel et l'actuel d'un passé oublié (...) non seulement dans le cadre de la relation avec l'analyste mais aussi à propos de toutes les activités de l'analysant dans la vie présente"(Ritter & al., 1995). Ainsi, la névrose de transfert se joue bel et bien aussi comme une histoire du présent, et elle est la preuve de l'existence d'une partie inconsciente du sujet, toujours agissante, toujours dynamique.

Bion pensait "que la psychanalyse n'en était qu'à ses balbutiements", et que la connaissance de l'inconscient n'était qu'infime au regard de ce que l'on pouvait en attendre. "Cette idée concernait ainsi la connaissance des psychoses, pathologies pour lesquelles la recherche et la psychanalyse a considérablement progressé depuis"(Attigui, 2009). Le traitement d'un jeune enfant dit autiste nous permettra d'illustrer ces fondements et l'efficacité de la psychothérapie analytique, efficacité qui reste à préciser.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Attigui, P., (2009). Une Epistémologie de la psychanalyse. Transmettre, penser le long terme et la complexité. In *Psychopathologie et psychanalyse. Les cahiers de l'ED 139*. Paris : Publications de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 7-32.
- Freud, S., (1920/1988). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 43-115.
- Ritter, M., Jadin, J.-M. & Dreyfuss, J.-P. (1995). *Qu'est-ce que l'inconscient ? Un parcours freudien*. Arcanes Recherche psychanalytique.

Le sujet dans l'adresse ou comment soigner un sujet divisé ?

RAOUL SCHMIT

Psychologue, Strasbourg

Qu'est-ce que la psychanalyse appelle un sujet? De quelle façon et à quel endroit opère-t-elle pour obtenir un effet thérapeutique de surcroît ?

La guérison : une notion paradoxale en psychanalyse

MARTINE SPIESS

Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques, EA 3071 SULISOM, UDS

Mots-clés : guérison, psychanalyse, psychothérapie, symptôme, processus thérapeutique

La question des psychothérapies se repose aujourd'hui avec une insistance nouvelle et reflète des enjeux de société fondamentaux : enjeux thérapeutiques mais aussi éthiques et politiques. Les éléments du contexte actuel sont connus : diversification des courants psychothérapeutiques et des professionnels qui les mettent en œuvre, modifications des règles en vigueur dans le champ de la santé, avec notamment l'évaluation de l'efficacité thérapeutique, impact du discours scientifique et médical qui biologise l'individu et ses souffrances...

En contraste avec les modèles actuels dominants qui mettent en avant les critères utilitaires d'adaptation et qui objectivent le symptôme en l'isolant de l'histoire affective et relationnelle du sujet, la clinique psychanalytique soutient un abord autre du symptôme, de la souffrance psychique ou du malaise du sujet. Prenant en compte l'existence du sujet de l'inconscient, au-delà du symptôme, elle est fondamentalement écoute d'un sujet singulier et ne saurait avoir comme visée la guérison symptomatique. Admise comme bénéfice annexe ou de surcroît par Freud et Lacan, la guérison en psychanalyse est une notion difficile à appréhender. A quelles complications et à quels paradoxes renvoie-t-elle ? Comment définir la santé quand il s'agit du psychisme ? Et par quelles voies opère le processus thérapeutique en clinique psychanalytique ?

ATELIER N°3 :
OBJETS DE MEDIATIONS

Présidente : Liliane Goldsztaub

Les archétypes comme image vivante de la transformation de la psyché.

Illustration par la psychothérapie par « le Jeu de sable »

ANNA LADYGUINA

Docteur en psychologie, ATER, EA 3071 SULISOM, UDS

Mots-clés : Psychothérapie par le « Jeu de sable », Rôle du jeu dans la thérapie, Régression, Images archétypiques, Mythes initiatiques

Dans cette communication nous présentons **l'approche psychothérapeutique par le « Jeu de sable »**. Cette thérapie par le jeu permet aux personnes d'entrer en contact avec la totalité de leur psyché et d'exprimer toutes les facettes de la vie pulsionnelle. Nous nous arrêterons particulièrement sur **le rôle du jeu dans le processus d'autorégulation de la psyché**. Nous avons constaté que le jeu permet de **désorganiser progressivement des mécanismes de défense** et de **dénouer les blocages dans la circulation d'énergie psychique**. Le jeu **facilite la régression** et **s'oppose au refoulement** et, grâce à sa qualité de **restructuration créatrice**, il permet de **réorganiser les éléments psychiques** à un autre niveau et sous une autre forme. Dans les « jeux de sable », les symboles se regroupent souvent dans des **images symboliques** quasi indissociables des **scénarii archétypiques** spécifiques aux **mythes** et aux **rites initiatiques**. Ces scénarii archétypiques **ne surgissent pas de manière aléatoire**, mais semblent suivre une **logique interne propre au processus de transformation**. Ces **archétypes** possèdent **une énergie psychique propre** et **changent de forme** au fur et à mesure de la transformation de la psyché. Les **archétypes** pourront également être **classés dans des catégories spécifiques** associées aux **différentes étapes de transformation intérieure** décrite dans les **mythes initiatiques**.

Souffrance dépressive récurrente, régression et option thérapeutique.

MARTINE MAURER

Psychologue clinicienne, doctorante à l'EA 3071 SULISOM, UDS

Mots clé : dépression, récurrence, bipolaire, régression, Rorschach, Mmpi-2, objet médiation.

Notre travail de thèse, traite de la souffrance dépressive récurrente avec ou sans fragilité bipolaire associée. Le premier axe de notre étude démontre, avec le Rorschach que ces sujets présentent des mouvements régressifs intenses et hautement significatifs. Nous démontrons également qu'ils présentent une faible capacité de réactualisation de ces mouvements régressifs dans le sens d'une amélioration. En objectivant cette défaillance, nous proposons de repenser l'abord thérapeutique. D'autant que ces sujets restituent dans le contexte hospitalier une assez faible disposition pour les dispositifs classiques de prise en charge psychothérapeutique. A partir de ces données, nous explorerons la proposition d'un espace ponctuel organisé autour d'objets de médiation. Plus précisément, nous argumenterons l'intérêt, au niveau émotionnel, pulsionnel et transférentiel, de leur proposer ces médiations sous une forme diversifiée, multiple et dans un cadre groupal. Nous verrons comment un tel tissage permet une meilleure accessibilité à un travail psychique, certes en apparence « muet » mais indemne du risque de renforcement des mouvements régressifs. Comment ce dispositif peut constituer un accès vers un travail d'élaboration progressif, adapté à chaque problématique singulière, favorisant une introspection dans un espace, devenu, alors, thérapeutique.

Le sujet âgé dément confronté aux objets de médiation

AUDREY MEYER

Psychologue clinicienne, doctorante à l'EA 3071 SULISOM, UDS

Mots clé : Alzheimer-Parole-Mort-Angoisie-Ateliers de médiation-Maison

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative complexe dont les répercussions sont à la fois biologiques, psychologiques et sociales. De ce fait, l'accompagnement des malades ne peut se réduire à une seule approche médicamenteuse.

En France, le plan Alzheimer 2008-2012 met l'accent sur la nécessité de compléter le traitement pharmacologique par des interventions qualitatives alternatives ayant, entre autre, pour but de maintenir ou de restaurer les capacités de communication du malade.

Ainsi, depuis 2008, un colloque réunit à Paris des professionnels du champ gérontologique à l'échelle internationale pour aborder cette pathologie sous l'angle des approches non médicamenteuses. L'objectif est ainsi d'échanger réflexions et pratiques autour d'objets de médiation s'inscrivant dans un accompagnement qualitatif du malade.

Notre pratique de psychologue clinicienne auprès d'une population âgée démente s'inscrit pleinement dans cette démarche. En effet, notre quotidien au chevet de malades d'Alzheimer nous a amené à avoir recours à divers objets de médiation.

Nous verrons, dans un premier temps, quels sont les objets de médiation de notre pratique. Nous aborderons ainsi leur cadre, leur nature et leur but.

Enfin, dans une seconde partie, la parole sera donnée aux malades confrontés à ces objets de médiation. Nous nous pencherons sur leur ressenti, sur leurs inquiétudes et sur leurs demandes. Nous verrons dans quelle mesure certains malades peuvent se saisir des objets de médiation afin de dépasser des angoisses mortifères dans un élan de survie. Nous évoquerons plus précisément une demande fréquemment énoncée par les malades qui est celle du retour à la maison.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Herfray C. La vieillesse en analyse. Toulouse : Editions érès, 2009
- Péruchon M. La maladie d'Alzheimer. Entre psychosomatique et neuropsychanalyse. Nouvelles perspectives. Paris : Editions Hermann, 2011
- Sudres J-L., Roux G., Laharie M., De La Fournière F. La personne âgée en art-thérapie. De l'expression au lien social. Psychanalyse et civilisations. Paris : L'Harmattan, 2004

ATELIER N°4:
Services de pédopsychiatrie et
d'adolescents

Présidente : Marie-Paule Chevalerias, UDS

Comment concevoir une pédopsychiatrie où psychothérapie psychanalytique, éducation et pédagogie poursuivent les mêmes visées ?

SEBASTIEN DUPONT

Psychologue, Docteur en psychologie, Maître de conférences associé EA 3071 SULISOM, UDS

La pédopsychiatrie d'orientation psychanalytique s'est longtemps démarquée de toute visée éducative, pédagogique et adaptative. Au cours des dernières décennies, cette opposition s'est progressivement effacée, pour laisser place à l'idée partagée d'une complémentarité des approches. Ainsi, pour mieux prendre en compte les besoins de l'enfant dans leur globalité, les services de pédopsychiatrie ont accueilli en leur sein des éducateurs, des travailleurs sociaux, des orthophonistes, des psychomotriciens, des instituteurs spécialisés..., qui sont venus associer leurs compétences à celles des psychiatres, des psychologues et des infirmiers. Dans le même mouvement, les services se sont davantage préoccupés de la prise en charge de la famille de l'enfant, de son insertion à l'école et dans ses différents milieux de socialisation. Cette conception institutionnelle et pluridisciplinaire du soin a montré de nombreuses vertus. Mais, pour être fructueuse, elle doit éviter la simple juxtaposition de soins apportés à l'enfant, qui reviendrait à le considérer comme un être « compartimenté », dont les différentes dimensions (sa subjectivité, ses connaissances, ses apprentissages, ses aptitudes sociales, son milieu familial...) pourraient être prises en charge isolément, par des professionnels spécialisés. Comment s'assurer que les différentes prises en charge s'articulent bien les unes aux autres, se complètent et, surtout, participent d'un même projet de soin, faisant sens aux yeux des professionnels, de l'enfant et de sa famille ? Comment, en pratique, pourvoir à cette unité du soin, en miroir de l'unité de l'enfant ? Avec quels outils théoriques peut-on concevoir un soin intégratif où psychanalyse, éducation et pédagogie, plus que de seulement se compléter, poursuivent les mêmes visées ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE :

- Benoît G., Klein J.-P., Histoire contemporaine de la psychiatrie de l'enfant, Paris, PUF, 2000.
- Dupont S., Seul parmi les autres. Le sentiment de solitude chez l'enfant et l'adolescent, Toulouse, Érès, 2010.
- Geissmann C., Geissmann Pierre, Histoire de la psychanalyse de l'enfant, Paris, Bayard, 2004.

L'approche thérapeutique de la clinique psychiatrique pour enfants et adolescents à Tübingen.

Présentation d'une approche analytique pluridisciplinaire.

DR. GERD LÜDERITZ* & SEBASTIAN DENOIX**

*Psychiatre, Centre hospitalier de Tübingen, Allemagne

**Psychologue clinicien, doctorant à l'EA 3071 SULISOM, UDS

Mots clés : Pédopsychiatrie - Psychothérapie psychanalytique – TCC - traitement stationnaire - enfants et adolescents-

La clinique psychiatrique pour enfants et adolescents à Tübingen en Allemagne, fondée en 1920, a été la première clinique psychiatrique issue de la clinique universitaire.

Elle comprend 24 lits répartis en trois services. Le service II accueille des enfants âgés de 6 ans à 14 ans, et le service I et III des adolescents entre 14 et 18 ans. Dans chaque service travaillent des éducateurs spécialisés en psychiatrie, des infirmiers, des assistants sociaux, un ergothérapeute, un médecin et un psychologue.

Notre approche se fonde sur l'hypothèse, que dans beaucoup de perturbations psychiques pendant l'enfance, on peut trouver un mélange de difficultés de développement, conflits familiaux, déficits d'éducation et symptômes psychopathiques.

Ainsi, dans le cadre de traitement hospitalier des enfants et des adolescents, l'aide thérapeutique et l'aide pédagogique sont étroitement associées l'une à l'autre.

L'orientation thérapeutique de Tübingen, est depuis les années 1970 une approche psychanalytique sans s'être enfermée sur un système de travail thérapeutique rigide.

Aujourd'hui des groupes Balint, le travail du transfert et du contre transfert, des supervisions psychanalytiques, un travail pédagogique et des TCC font partie du quotidien thérapeutique proposé au sein des services.

Le postulat de base du fondateur de ce concept thérapeutique, Prof. Lempp, était : « *tout d'abord et avant tout, c'est le quotidien qui est la thérapie* »

Dans cette communication il sera question de présenter ce concept, d'une psychothérapie psychanalytique, comportementaliste, pédagogique pour enfants et adolescents et de poser la question d'un oxymoron ou d'une nécessité progressive.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- - *Kinderanalyse*, Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. (Nr. 2 / 2002 et Nr. 3 / 2012)
- - Conception de la clinique psychiatrique pour enfants et adolescents à Tübingen (2008)

Pratiques du dialogue et de la rencontre avec la psyché avec des enfants et des adolescents

VINCENT PROUVE

Docteur en psychologie de l'Université catholique de Louvain. Chargé de cours au Centre d'Etudes de la Psychanalyse (C.E. Ψa) de l'Université Libre de Bruxelles, centre enseignant conjointement Freud, Jung et Lacan. Actuellement en formation psychanalytique à l'Institut international de psychanalyse et de psychothérapie Charles Baudouin, et à l'International Society of Sandplay Therapy (I.S.S.T.). Pratique la psychothérapie et la psychanalyse (psychologie analytique) en Belgique, en centre de santé mentale et en pratique privée avec des enfants, des adolescents et des adultes.

Mots clefs : psyché, dialogue, jeu de sable, rêves, construction

Des enfants et des adolescents consultent pour divers problèmes : énurésie, encoprésie, états hypomaniaques, phobies, états pré-psychotiques, angoisses, tentatives de suicide, « dépression », divers troubles existentiels, psychologiques, familiaux. La pratique qui est mise en jeu est une écoute du sujet, une écoute de l'âme de l'autre (« Seele ») en jeu. En jeu dans le monde, dans les symptômes, dans le comportement, dans le social.

Cette écoute de la psyché passe par divers outils : la thérapie par le jeu de sable (Sandplay therapy) et l'analyse des rêves principalement. Ce travail se met en route patiemment en respectant le rythme et les « desiderata » du sujet. Cela commence par un dialogue, une écoute, une mise en place d'un lieu (« cadre ») concret, ouvert et accueillant où vient se déposer la parole de l'autre. Ensuite, un travail d'approfondissement se met en route, qui se fait quand le thérapeute/l'analyste montre au sujet (enfant et adolescent) qu'il existe un lieu en lui, qui parle, qui souffre, qui vit, et qui se manifeste par un langage propre, le langage de la psyché, fait d'images, de symboles et de mots. C'est à l'écoute de cet autre domaine – qui détient des parts de sens pour lui- que le sujet est invité. Petit à petit un décalage par rapport à l'immédiat vécu s'anime ce qui permet au sujet d'approfondir la relation à lui-même, et de se mettre en lien avec cette part de lui -psyché, âme (« Seele »), inconscient- qui recèle toute ses parts de créativité, ses parts pulsionnelles vitales, ses potentialités. Aidé par ces différents outils, le sujet parvient à retrouver le sens de sa vie, de mettre ensemble, parfois, les différents morceaux épars de sa vie, et de relancer une dynamique psychique vitale plus saine, et peut-être plus constructive. C'est à la présentation de différents exemples cliniques de la mise en route de ce processus que sera consacrée la présentation en atelier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- A publié : L'éthique et la créativité de C. G. Jung à nos consultations quotidiennes, Action & Pensée n° 57, Genève, 2011 ;
- Du déterminisme à la libération de soi dans un contexte social difficile, Documents du C. E. Ψa, Bruxelles, 2012 ;
- La schizophrénie comme stratégie de transformation, comme tentative d'évolution psychique ?, Acta Szondi, colloque de la Société internationale Szondi, Nice, VII/2011.

VII. Index des participants

INDEX DES PARTICIPANTS

Bacqué Marie-Frédérique	Professeure de psychopathologie clinique, Directrice de l'EA 3071 SULISOM, UDS
	Enseignante PAST, EA 3071 SULISOM, UDS
Bahi Nadine	Psychologue clinicienne en libéral et en institution, psychanalyste, Psychodramatiste, sociodramatiste, psychoboxeuse.
	Psychologue- psychanalyste, Paris
Belhassen Marc	Membre de la Société Française de Psychothérapie, Psychanalytique Groupale, Membre de la société médicale Balint
Bendahman Hossain	Professeur et Directeur du département de psychologie, Université du Québec à Montréal. Président de la Société psychanalytique de Montréal (section de la Société canadienne de psychanalyse, membre de l'API). Rédacteur de L'Année psychanalytique internationale
Boucherat-Hue Valérie	Maître de conférences, Université d'Angers
Boussafsaf Zoubeir	Maître assistant de recherche, Université de Skikda, Algérie. Psychologue clinicien. Doctorant en psychologie, Algérie
Brun Anne	Professeur de Psychopathologie et Psychologie Clinique. Directrice du CRPPC (Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique), Université de Lyon 2
Brunet Louis	Professeur et Directeur du département de psychologie, Université du Québec à Montréal. Président de la Société psychanalytique de Montréal (section de la Société canadienne de psychanalyse, membre de l'API). Rédacteur de L'Année psychanalytique internationale
Casper Marie-Claude	Maître de conférences, HDR en psychologie et psychopathologie cliniques. EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne.
Chevalerias Marie-Paule	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques. EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne en CMPP, Strasbourg

Cotti Patricia	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques. EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne en CMP, Paris
Decat de Moura Marisa	Psychanalyste à l'hôpital Mater Dei, Belo Horizonte, Brésil
Denoix Sébastien	Doctorant EA 3071 SULISOM, UDS
Dupont Sébastien	Enseignant PAST, EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicien, CH Erstein
Freymann Jean-Richard	Psychanalyste, Psychiatre, PHA au CHRU de Strasbourg. Président de la FEDEPSY Chercheur associé, EA 3071 SULISOM, UDS
Goldsztaub Liliane	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques. Psychologue clinicienne, psychanalyste, Strasbourg EA 3071 SULISOM, UDS
Gumpper Stéphane	Psychologue clinicien, psychanalyste Docteur en psychologie, Chercheur associé, EA 3071 SULISOM, UDS
Harrus-Révidi Gisèle	Psychanalyste. Directrice de recherches à l'Université de Paris VII-Denis-Diderot Membre honoraire de la SPP, Directrice de la Revue Champ Psychosomatique, Responsable scientifique des nouvelles traductions de Freud chez Payot.
Jacquot Mélanie	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques. EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne, CH Nancy.
Ladyguina Anna	Docteur en Psychologie, ATER, EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne, Mulhouse
Lasry Roger	Psychologue clinicien au CMPP de Strasbourg et à l'IME de Sélestat
Levy Michel	Psychiatre, psychanalyste, CHU Strasbourg
Lüderitz Gerd	Psychiatre, clinique psychiatrique de Tübingen, Allemagne.
Maurer Martine	Doctorante EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne, clinique SOLISANA, Mulhouse

Metz Claire	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques. EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne, psychanalyste
Meyer Audrey	Doctorante EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne, EPHAD
Müller Peter	Médecin, psychothérapeute, spécialisé en psychosomatique Karlsruhe, Allemagne
Perron Roger	Directeur de Recherches honoraire au CNRS, membre titulaire formateur de la Société Psychanalytique de Paris
Vincent Prouvé	Docteur en psychologie de l'Université catholique de Louvain. Chargé de cours au Centre d'Etudes de la Psychanalyse (C.E. Ψa) de l'Université Libre de Bruxelles, enseigne conjointement Freud, Jung et Lacan. Actuellement en formation psychanalytique à l'Institut international de psychanalyse et de psychothérapie Charles Baudouin, et à l'International Society of Sandplay Therapy (I.S.S.T.). Pratique la psychothérapie et la psychanalyse (psychologie analytique) en Belgique, en centre de santé mentale et en pratique privée avec des enfants, des adolescents et des adultes.
Razon Laure	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques. EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne en CMPP, Strasbourg
Schmit Raoul	Psychologue, psychanalyste, Strasbourg
Spiess Martine	Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques. EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne, psychanalyste
Thevenot Anne	Professeure de Psychologie clinique, EA 3071 SULISOM, UDS Psychologue clinicienne en CMPP, Strasbourg
Thurin Monique	Psychologue clinicienne libérale, Docteur en sciences du langage, spécialiste de l'analyse du discours et des approches qualitatives (FFP et U669), membre du groupe méthodologique du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques.
Thurin Jean-Michel	Psychiatre, psychanalyste : psychothérapies psychanalytiques en cabinet. Coordonnateur du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (Inserm U 669 - FFP). Rédacteur en chef de « <i>Pour la recherche</i> ».