



European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy
in the Public Sector

La psychothérapie psychanalytique

Argumentaire

Concepts de base
Effets thérapeutiques
Caractère économique
Etat actuel de la recherche

La psychothérapie psychanalytique

Argumentaire

concernant les concepts de base, les effets thérapeutiques, le caractère économique et l'état actuel de la recherche

1^{ère} édition, mai 2000

Groupe de travail de l'édition originale:

Rudolf Balmer, Carlo Calanchini, Christian Jeger, Sabine Keller, Joachim Küchenhoff, Susanne Kunz, Peter-Christian Miest, Julia Pestalozzi, Ruth Waldvogel, Ursula Walter, Thomas von Salis, Gisela Zeller Steinbrich, Susann Ziegler

2^{ème} édition retravaillée, février 2003

Groupe de travail de la 2ème édition :

Rudolf Balmer, Joachim Küchenhoff, Ursula Walter, Gisela Zeller Steinbrich, Susann Ziegler

Edition Suisse romande, mai 2005 :

Bernard Krauss (traduction), Gérard Winterhalter (coordination de l'édition)

Commandes :

Ce document peut être obtenu en visitant notre site internet : <http://www.efpp.ch>

Table des matières

Introduction à l'édition Suisse romande	1
Introduction	1
Questions au sujet de la psychothérapie psychanalytique	2
Un débat public explosif sur le sens et l'utilité des psychothérapies.....	2
L'EFPP intervient dans la discussion.....	3
Quelques précisions	3
1. La psychothérapie psychanalytique	4
La psychanalyse	4
La psychothérapie psychanalytique.....	4
L'origine des maladies psychiques	4
Les indications	5
Le début d'une psychothérapie psychanalytique	5
Le processus en psychothérapie psychanalytique.....	6
La question de la dépendance.....	7
L'histoire de l'enfance et des relations aux parents	7
Les buts de la psychothérapie psychanalytique.....	7
Durée des psychothérapies	8
Thérapies longues	8
Thérapies brèves	8
2. La psychothérapie psychanalytique pour enfants et adolescents	9
Une méthode spécifique pour les enfants.....	9
Les parents sont associés à la thérapie.....	9
Les objectifs du traitement.....	10
L'indication.....	10
Durée des psychothérapies d'enfants ou d'adolescents.....	10
Réflexions économiques.....	11
3. La psychothérapie psychanalytique de groupe	12
Développement et méthode de la psychothérapie psychanalytique de groupe	12
Efficacité de la psychothérapie psychanalytique de groupe	13
Facteurs efficients en psychothérapie de groupe Selon Yalom (1995).....	13
Les indications	14
Aspects économiques de la thérapie de groupe psychanalytique	15
4. Efficacité de la psychothérapie psychanalytique	16
Exemples de facteurs d'efficience non-spécifiques en psychothérapie	16
Effets spécifiques confirmés de la psychothérapie psychanalytique :.....	17
5. Adéquation de la psychothérapie psychanalytique	19
Adéquation et objectifs du traitement.....	19
6. Aspects économiques de la psychothérapie psychanalytique	21
Efficience économique et assurance maladie.....	21
Appréciation de l'efficience économique.....	22

La psychothérapie psychanalytique: coûteuse mais tout de même efficiente.....	22
7. La formation en psychothérapie psychanalytique	24
Importance d'une formation intensive sur plusieurs années	24
Nécessité de la formation continue permanente.....	24
Rôle de l'EFPP	24
Contrôle de qualité.....	25
8. Etat de la recherche: chiffres et faits	27
Nécessité de la recherche en psychothérapie	27
Différentes conceptions de la recherche en psychothérapie	27
Extraits tirés d'une importante série de résultats	27
Résultats principaux	28
Conclusions concernant le traitement de certains groupes de patients	28
Facteurs influençant le processus thérapeutique.....	29
Thérapeutes et relation thérapeutes/patients.....	29
Développements de la recherche	29
Limites des résultats tirés de la recherche dans le domaine de la psychanalyse	31
Annexe A : Règlements de formation de l'EFPP Suisse romande	32
Annexe B : Définitions de la commission Mattanza (OFAS)	34
Annexe C : Bibliographie	35
Annexe D : Recherches	41

Introduction à l'édition Suisse romande

L'évolution des connaissances scientifiques, l'apparition de nouvelles méthodes thérapeutiques et la volonté politique de limiter les coûts de la santé ont incité quelques membres de la branche Suisse allemande de la Fédération Européenne de Psychothérapie Psychanalytique à s'interroger sur les raisons d'être de notre pratique thérapeutique, sur ses fondements et sur sa pertinence.

Ce groupe, qui a travaillé de fin 1998 à début 2000, a rédigé un document intitulé "**argumentarium**", dont nous avons aujourd'hui le plaisir de vous présenter l'édition Suisse romande. Son objectif est de fournir des explications compréhensibles au plus grand nombre, ainsi que des réponses aux questions les plus fréquemment posées sur le sens et l'intérêt d'entreprendre une psychothérapie psychanalytique.

La psychothérapie psychanalytique constitue un ensemble de pratiques thérapeutiques, chacune liée à un dispositif particulier, applicables aux situations cliniques les plus variées. Elles ont pour point commun de considérer le symptôme à partir des propositions fondamentales de la métapsychologie psychanalytique, accordant une place primordiale à la dimension conflictuelle inconsciente sous-jacente à la souffrance exprimée. Le symptôme n'est ainsi pas "simplement" le signe d'une maladie qu'il s'agirait de supprimer au plus vite, mais l'expression d'une dynamique psychique interne, qu'il s'agit d'amener à la conscience, ceci en donnant une place importante au rêve, à la pulsionnalité et au transfert, c'est-à-dire à l'analyse des déterminants inconscients de la relation qui se noue entre patient et thérapeute.

Avec cette publication, l'EFPP Suisse romande souhaite contribuer au maintien et au développement d'une conception des soins au centre de laquelle se trouve l'être humain en tant que sujet, et favoriser l'établissement d'un dialogue constructif entre spécialistes et représentants des autres acteurs dans le domaine de la santé publique (patients, pouvoirs publics, assureurs,...).

Nous avons décidé de traduire fidèlement le texte allemand, en renonçant aux modifications ou compléments qu'il nous aurait fallu introduire pour rendre compte des contributions de la littérature psychanalytique francophone aux thèmes abordés dans ce travail. Seuls 3 modifications indispensables ont été effectuées : elles concernent une précision à propos des modalités du travail groupal (chap. 3), la mise à jour du rôle de l'EFPP pour tenir compte de l'évolution récente de l'organisation et des activités de nos différents groupements (chap. 7) et l'ajout d'un travail de recherche mené en Suisse romande (chap. 8).

Nous espérons toutefois qu'une prochaine édition permettra de mieux tenir compte de nos différentes sensibilités et constituer le fruit d'un travail commun aux trois branches régionales de l'EFPP Suisse.

Gérard Winterhalter
Président de l'EFPP Suisse romande

Bernard Krauss
Vice-président de l'EFPP Suisse romande, traducteur du document

Introduction

Questions au sujet de la psychothérapie psychanalytique

Vous êtes-vous déjà posé les questions suivantes : à quoi servent les psychothérapies psychanalytiques et quels en sont les effets ? Les psychothérapies psychanalytiques ne sont-elles pas trop longues ? Ne sont-elles pas trop coûteuses et de ce fait pratiquement injustifiables du point de vue socio-économique ? La psychanalyse est-elle réellement fondée scientifiquement ?

C'est ce type de questions que nous voulons aborder dans cet ARGUMENTAIRE, tout en nous engageant par la même occasion dans le débat actuel concernant la politique de la santé publique.

Un débat public explosif sur le sens et l'utilité des psychothérapies

Les maladies psychiques représentent, tant pour l'individu que pour la société, **de lourdes charges** liées d'une part à d'importantes souffrances personnelles, de l'autre à des coûts financiers élevés. **La psychothérapie psychanalytique a une contribution majeure à apporter aux soins de ces pathologies.**

Depuis les découvertes de Sigmund Freud, la psychanalyse et les psychothérapies psychanalytiques qui en sont issues se sont énormément développées. Dans l'ensemble du champ des troubles psychiques, de nouvelles modalités thérapeutiques ont été élaborées sur le plan clinique suite à l'apparition de conceptions théoriques plus récentes. Ces dernières années, **nous avons par ailleurs pu observer un « psycho-boom » qui a vu l'apparition de nombreuses autres formes de psychothérapies.** Celles-ci se complètent en partie, mais sont également en concurrence les unes avec les autres. Un besoin accru de transparence et d'informations claires concernant les différentes orientations thérapeutiques s'est ainsi fait sentir dans la population.

D'autre part, les coûts croissants dans le domaine de la santé ont également contribué à nourrir la discussion au sujet du sens et de l'utilité des psychothérapies. Avec la dernière révision de la loi sur l'assurance maladie LAMAL (1994), **une base légale a été introduite, faisant obligation à toutes les méthodes médicales et psychothérapeutiques d'apporter la preuve de leur efficacité, adéquation et efficience économique (EAE) en vue de leur prise en charge par les assurances sociales.** En novembre 1997, le rapport d'un groupe de travail chargé d'élaborer des critères d'évaluation des méthodes psychothérapeutiques selon l'EAE a été présenté au public. Ces critères ont été transmis l'année suivante à l'Office fédéral pour les assurances sociales OFAS (rapport Mattanza). Dans ce rapport et dans la discussion qui s'en est suivie, il est apparu clairement que **les différentes méthodes psychothérapeutiques se basaient sur des représentations différentes aussi bien de la nature humaine que de la notion de scientificité.**

La commission Mattanza défend sur ce point une conception pluraliste, soulignant la nécessité d'une coexistence de diverses approches thérapeutiques, dans la mesure où celles-ci peuvent apporter des preuves suffisantes de leur scientificité. **L'EFPP**, dans sa prise de position concernant ce rapport, **a appuyé ce point de vue.** Cependant un courant issu de la psychologie universitaire s'oppose à cette conception large et défend un point de vue étroitement positiviste s'étayant sur des données mesurables et quantifiables.

L'EFPP intervient dans la discussion

C'est sur ce point précisément que notre ARGUMENTAIRE souhaite prendre position dans le débat. **L'EFPP**, qui représente les intérêts et le développement de la psychothérapie psychanalytique avant tout dans le secteur public, **souhaite** par le biais de cet ARGUMENTAIRE **s'engager en faveur d'une vision large, tout à la fois ouverte et scientifiquement précise, de la psychothérapie psychanalytique**. La psychothérapie psychanalytique occupe une place indéniable et essentielle dans les soins de base des troubles psychiques. Nous voulons également souligner clairement que nous reconnaissons expressément les attentes du public et des autorités, et soutenons pleinement l'exigence d'informations et de garanties scientifiques pour les méthodes psychothérapeutiques, ceci même si nous remettons en question une conception exclusivement positiviste de la recherche scientifique.

Quelques précisions

Les différents chapitres comportent des répétitions partielles et des recoupements. Nous les avons conservés afin que chaque chapitre puisse être lu séparément.

Nous avons résolu le dilemme de la lisibilité lié à l'utilisation systématique des formes masculine et féminine de la façon suivante : les chapitres sont entièrement rédigés dans la forme masculine. Nous entendons cependant toujours implicitement les deux sexes.

Cet ARGUMENTAIRE constitue en premier lieu un instrument de travail pour nos membres, en vue de leurs discussions avec le public, les autorités et les représentants des assurances sociales. Selon les besoins, des éléments partiels ou des résumés pourront en être reproduits et distribués.

Les personnes qui s'intéressent plus particulièrement au développement et à la recherche peuvent se rendre sur le site internet de l'IPA : <http://www.ipa.org.uk> ou sur ceux de l'EFPP : <http://www.efpp.org> et <http://www.efpp.ch>.

L'ARGUMENTAIRE se propose de toucher le public concerné par ces questions, notamment les responsables dans le domaine de la santé publique, et de stimuler ainsi la réflexion.

Nous vous souhaitons bonne lecture et recevrons avec grand intérêt toutes réactions et commentaires critiques.

1. La psychothérapie psychanalytique

La psychanalyse

La psychothérapie psychanalytique est une forme d'application de la psychanalyse. La psychanalyse a été fondée en tant que méthode par Sigmund Freud aux alentours de 1900.

La psychanalyse est une méthode mentale et verbale qui, à côté de l'expérience consciente, intègre la notion d'une dimension inconsciente de l'expérience humaine. Ainsi les phénomènes de la vie quotidienne, par exemple, peuvent non seulement être observés, mais prendre sens si l'on tient compte du contexte de leur émergence et de leur fonction. La psychanalyse permet la restitution d'un sens qui n'a pas pu être perçu, en raison de sollicitations excessives, du poids des conventions, d'angoisses et/ ou de sentiments de culpabilité. L'accès à une dimension relevant de l'inconscient a produit un effet d'ouverture sur la réflexion, ceci dans de nombreux domaines. Ainsi la psychanalyse n'est pas seulement une méthode de traitement, mais a également trouvé une application en tant que méthode d'investigation créative dans de nombreux domaines des sciences humaines et sociales.

La psychothérapie psychanalytique

La psychanalyse constitue le fondement théorique de la psychothérapie psychanalytique. Depuis l'époque de Freud, elle a fait l'objet de constants remaniements critiques et perfectionnements, sur le plan de la théorie comme de la recherche et de la pratique. **Méthode mondialement reconnue et pratiquée, elle constitue une référence pour d'autres formes de psychothérapie.** Ses principes de base ont été consolidés, mais également partiellement revus (notamment en ce qui concerne le développement psychique féminin ou les méthodes de traitement), ce qui a permis son application à des pathologies psychiques pour le traitement desquelles elle n'avait pas été conçue au départ (par exemple la schizophrénie).

L'origine des maladies psychiques

Les troubles psychiques ne surviennent pas dans « un ciel sans nuages », ceci même lorsqu'ils se manifestent en réaction à des circonstances extérieures traumatisantes. Les symptômes – que ce soient l'angoisse, la dépression, la psychose, les troubles relationnels ou psychosomatiques - sont toujours profondément enracinés dans le psychisme de la personne concernée. Ils en constituent une réaction spécifique, liée à son histoire et à son organisation psychique propre. La difficulté réside dans le fait qu'une part de cette organisation reste inconsciente. Et pourtant ce sont justement les angoisses, conflits, etc... inconscients qui influencent nos réactions à l'environnement.

Ce sont ces interactions entre éléments conscients et inconscients, avec tout ce qu'elles comportent d'imprévisible, qui font de l'homme un être individualisé, doté d'une vie fantasmatique riche ainsi que d'aptitudes relationnelles. Ces interactions aboutissent parfois à des conflits internes qui viennent inhiber la personne dans ses capacités relationnelles au point de l'empêcher d'utiliser les ressources internes saines dont tout un chacun dispose.

Dans de telles situations, un traitement psychothérapeutique d'orientation psychanalytique est indiqué.

Selon nos postulats de base, l'être humain naît dans la société humaine en tant qu'être fondamentalement relationnel, de sorte que les troubles de son organisation psychique hautement complexe se trouvent certes en corrélation avec des configurations relationnelles conscientes, mais également - et surtout - inconscientes. En ce sens les symptômes - comme par exemple l'anxiété, les troubles du comportement ou la capacité à travailler, etc..., - sont les signes d'une souffrance psychique. Ils apparaissent du reste rarement comme symptômes isolés. Ils sont à comprendre comme des manifestations dans la réalité extérieure d'une problématique relationnelle relevant de la réalité interne. **La psychothérapie psychanalytique permet un travail d'élaboration de ces manifestations.**

Les indications

La souffrance psychique incitant à consulter un psychothérapeute peut prendre plusieurs visages : elle peut se manifester sous forme de psychoses, dépressions, névroses de types divers, pathologies borderlines, troubles du comportement, troubles psychosomatiques. Elle va se traduire au niveau manifeste par des difficultés chroniques à travailler, des modes relationnels destructeurs ou par une perturbation souvent lourde de conséquence de la fonction parentale. Peuvent survenir également des crises existentielles aiguës que la personne n'est pas à même de résoudre par elle-même : par exemple une séparation, la perte d'un proche, une dépression suite à des circonstances de vie menaçantes ou une crise d'adolescence aiguë.

La psychothérapie psychanalytique se donne cependant toujours comme objectif de permettre au patient de renoncer à ses symptômes d'origine inconsciente, pour trouver d'autres formes, conscientes, d'aménagement de sa vie et de ses relations avec son entourage.

Le début d'une psychothérapie psychanalytique

Avant le début du traitement, des **entretiens préliminaires** sont proposés en vue de poser une indication. Au cours de ceux-ci, le thérapeute s'efforce de comprendre les éléments présentés par le patient ainsi que ses besoins, afin d'évaluer si une thérapie consistant à rendre conscients les conflits inconscients peut être utile pour ce patient dans sa situation du moment. Si tel n'est pas le cas, le thérapeute proposera une autre forme de thérapie.

Le patient et le thérapeute font connaissance et, dans les cas favorables, une relation solide et empreinte de confiance pourra s'instaurer. Une telle relation constitue un préalable nécessaire au traitement qui va suivre.

Le thérapeute convient avec le patient du cadre thérapeutique (rythme des séances, honoraires etc...). En psychothérapie psychanalytique, à la différence de ce qui a cours en psychanalyse classique (divan - fauteuil), le patient et le thérapeute sont assis face à face, pour des séances d'une durée habituelle de 45-50 minutes, au rythme d'une à trois séances hebdomadaires. La **définition claire du cadre ainsi que son invariance** favorisent la libre expression de toutes les pensées, fantasmes, sentiments, rêves, permettant par là son déploiement en un espace de jeu fécond pour le travail thérapeutique et l'évolution du patient.

Avec des patients gravement malades, par exemple en cas d'hospitalisation, ce cadre peut se trouver sensiblement modifié. Un traitement psycho pharmacologique complémentaire peut dans certains cas s'avérer nécessaire.

Le processus en psychothérapie psychanalytique

Au cours d'une psychothérapie psychanalytique, le patient et le thérapeute cherchent, au travers de leurs échanges, à saisir et à rendre consciente l'origine des conflits. Ils essaient ensemble de comprendre les représentations, attentes et angoisses inconscientes du patient, de même que ses réactions face à son couple, sa famille, son travail, mais également face à lui-même, ceci en vue de retirer aux représentations inconscientes leur caractère contraignant.

Au cours de toute thérapie se manifeste **le phénomène du transfert**, par lequel le patient revit avec une personne significative - en l'occurrence le thérapeute - certaines expériences relationnelles anciennes. Le psychothérapeute psychanalytique est spécialement formé pour repérer ce transfert, l'interpréter et l'élaborer avec le patient. Il vise par là une amélioration durable des capacités du patient à faire face aux conflits et contraintes ainsi qu'à prendre la responsabilité de sa propre vie. Au cours du processus en psychothérapie psychanalytique, l'organisation psychique du patient se trouve modifiée en ce sens qu'il acquiert la capacité à renoncer durablement à ses symptômes d'origine inconsciente et à trouver d'autres façons - conscientes - d'affronter sa vie et son entourage.

La psychothérapie psychanalytique est essentiellement une thérapie verbale, c'est à dire que la communication entre patient et thérapeute passe par la parole. En dehors de la poignée de main habituelle, il n'y a pas de contact corporel. **C'est le patient qui se trouve au centre de l'attention. Il est libre de choisir un thème, il est invité à associer librement sur tout ce qui peut l'occuper présentement**, que cela concerne sa vie quotidienne, un rêve (« voie royale d'accès à l'inconscient ») ou un souvenir. Le thérapeute s'efforce de laisser agir sur lui les productions du patient et de saisir ce qui peut les relier entre elles. Il veille au maintien des conditions spatiales et temporelles du cadre. Parfois le thérapeute pose une question ou commente un point particulier et tente d'établir des liens en vue d'une meilleure compréhension. Conjointement, il prête constamment **attention aux sentiments apparaissant dans l'échange**, sentiments transmis par le patient, et dont celui-ci n'est souvent pas conscient ; le thérapeute les restitue au patient en les lui communiquant sous une forme appropriée (interprétations). **Ces interprétations donnent au patient un éclairage sur les mobiles sous-tendant ses pensées et ses sentiments profonds**. Il peut arriver qu'elles soient vécues comme une intrusion. Habituellement cependant, l'interprétation produit une libération de sentiments auparavant inhibés ou inaccessibles.

Les problèmes que le patient rencontre dans son environnement habituel vont se rejouer dans la relation thérapeutique. Ils vont se manifester sous forme d'attentes, d'espoirs ou également d'angoisses et de sentiments ambivalents à l'égard du thérapeute. **L'attention se porte principalement sur les éléments en jeu dans « l'ici et maintenant »**, et non comme on le croit souvent, sur les difficultés de l'enfance ou du passé. Celles-ci présentent cependant un intérêt dans la mesure justement où elles se manifestent dans « l'ici et maintenant » de la séance.

La question de la dépendance

Cette question se pose dans tous les domaines dans lesquels un être humain en aide un autre. **En psychothérapie psychanalytique cette dimension se trouve délibérément prise en compte.**

Bien des patients souffrent de conflits internes qui résultent de désirs et craintes de dépendance à l'égard de leurs semblables. **Ce sont souvent précisément de tels désirs et craintes de dépendance à l'égard des médecins ou du système de santé publique qui prolongent ou chronicisent un traitement** somatique, et en compromettent le succès. Des phases de forte dépendance se produisent également au cours d'une psychothérapie. L'élaboration attentive de ces manifestations ouvre la voie à une meilleure compréhension de ces désirs et craintes de dépendance – notamment tels qu'ils sont en jeu dans les relations hors thérapie - ce qui va alors permettre de mieux y faire face. Il en résulte une plus grande autonomie.

Il est du devoir du thérapeute de travailler à la résolution des liens de dépendance apparaissant dans le traitement. Si ces aspects de dépendance ne sont pas abordés en psychothérapie, alors apparaît le danger d'une dérive abusive de la relation thérapeute - patient.

L'histoire de l'enfance et des relations aux parents

Les schémas relationnels douloureux se répètent fréquemment dans la relation thérapeutique. C'est au travers des propos actuels du patient que se dégagent la façon dont il a vécu les événements du passé, le regard qu'il porte sur eux, les positions qu'il a prises ; ces représentations deviennent ainsi accessibles à un travail d'élaboration. **Chez bon nombre de patients, un passé souvent non élaboré fait sentir ses effets jusque dans leur vie actuelle.** Le fait de comprendre le passé, de s'en détacher, ainsi que d'accepter ce qui a été vécu jusque-là, permet une amélioration de l'état psychique et de la qualité de vie.

Les buts de la psychothérapie psychanalytique

Les résultats confirmés d'un tel processus sont les suivants :

- Une santé physique améliorée ainsi qu'une meilleure capacité à prendre soin de son propre corps (moins de consultations médicales et de séjours hospitaliers).
- Des structures psychiques consolidées :
 - les conflits en inadéquation avec l'âge sont élaborés et en grande partie résolus.
 - la capacité à faire face aux conflits actuels dans les relations personnelles et professionnelles se trouve améliorée.
 - la tolérance à sa propre vie émotionnelle ainsi qu'à celle d'autrui se trouve accrue.
- Une meilleure conscience des responsabilités à l'égard de la génération suivante.
- Une capacité accrue, moins sujette à perturbations, à faire face aux exigences imposées par la complexité du monde moderne.

Lorsqu'un processus thérapeutique solide a pu s'établir, le patient est en mesure de le poursuivre par lui-même après la fin du traitement.

Durée des psychothérapies

Thérapies longues

Il a été démontré que plus la durée d'une psychothérapie psychanalytique était longue, plus ses effets persistaient. Le traitement ne se limite pas à la réduction de symptômes isolés. Il prend en compte la personnalité dans son ensemble, avec son histoire ainsi qu'avec la dimension inconsciente à l'origine des symptômes. **En règle générale, on peut affirmer que plus la souffrance est ancienne et la pathologie sévère, plus la thérapie devra être longue.** Bien que l'on puisse constater de sensibles améliorations des symptômes et du bien être subjectif après 25 séances déjà, les remaniements de l'organisation psychique, de même que la résolution de conflits très inconscients, nécessitent une durée de psychothérapie plus importante.

Thérapies brèves

Dans certaines situations, des traitements plus courts peuvent être proposés. Dans cette perspective, **des thérapies psychanalytiques dites brèves ou focales ont été développées, d'une durée s'étendant sur 10 à 30 séances en général.** Ces thérapies brèves trouvent leur application dans les situations où le trouble apparaît comme l'expression d'un conflit clairement identifiable, ou comme la réaction à un événement indéniablement extérieur (p. ex. perte d'un parent proche, crise d'émancipation à l'adolescence). Dans les thérapies brèves, la fin du traitement se trouve prise en compte dès le départ ; de ce fait, elles se centrent avant tout sur l'élaboration des problèmes, symptômes, conflits liés à l'intégration d'une séparation ou à l'acquisition d'une autonomie nouvelle. Les méthodes brèves sont par ailleurs des thérapies focales, c'est-à-dire que le traitement se centre sur un élément psychodynamique clairement identifié comme déterminant pour le trouble présenté.

Les méthodes psychanalytiques peuvent également être employées en **situation d'urgence ou d'intervention de crise**, ce qui nécessite alors des modifications techniques, dans la mesure où il s'agit d'assurer en priorité une contention protectrice face à la symptomatologie aiguë dommageable.

La psychothérapie brève s'avère évidemment insuffisante lorsque les symptômes sont l'expression de troubles graves de la personnalité.

2. La psychothérapie psychanalytique pour enfants et adolescents

Le fait que des troubles psychiques puissent apparaître dès l'enfance déconcerte beaucoup de monde et n'est souvent pas reconnu. En réalité pourtant, dans le canton de Zürich par exemple, pas moins de vingt pour cent des jeunes entre 13 et 20 ans souffrent de troubles anxieux, de dépressions ou d'autres pathologies psychiques (statistiques 1997 de la clinique universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Zürich).

Les pathologies psychiques de l'adulte trouvent d'ailleurs souvent leur origine dans les troubles psychiques méconnus de l'enfance ou de l'adolescence. Le dépistage précoce de ces troubles permet de réduire les risques d'apparition de maladies psychiques ultérieures ou d'aggravation et d'évolution chronique des maladies de l'enfance.

La psychothérapie psychanalytique représente une option thérapeutique valable et efficace – par exemple pour des enfants dépressifs ou hyperactifs - qui ne s'attaque pas uniquement aux symptômes manifestes, mais également aux troubles psychiques qui les sous-tendent, avec les perturbations du développement qui leurs sont liées.

Une méthode spécifique pour les enfants

Si avec les adultes et les adolescents, les séances se déroulent en face à face, le thérapeute s'appuyant essentiellement sur les communications verbales, avec les enfants il n'est pas possible d'appliquer un tel dispositif. On laisse ainsi les enfants se déplacer librement dans un bureau aménagé en espace de jeu. **Ce sont avant tout les mises en scène dans le jeu et les représentations en image (p. ex. des dessins) - et non exclusivement les communications verbales - qui vont permettre l'exploration du monde interne de l'enfant, des expériences et conflits qui entravent son développement.** Il est ainsi possible de proposer une psychothérapie même à de très jeunes enfants encore peu en mesure de communiquer verbalement, ou à des enfants chez lesquels le développement du langage se trouve perturbé. Le thérapeute se laisse ici impliquer dans les jeux et dialogues de l'enfant autant que nécessaire pour comprendre les scénarios mis en scène et ce que l'enfant cherche à communiquer par là. Les craintes, désirs, conflits - conscients et inconscients - ainsi exprimés ou représentés deviennent accessibles dans la relation thérapeutique et peuvent alors être interprétés et élaborés. De nouvelles solutions, en adéquation avec l'âge, peuvent alors être trouvées et le développement jusque là entravé peut reprendre son cours.

Les parents sont associés à la thérapie

Conjointement à la thérapie de l'enfant, des entretiens avec les parents sont en général proposés, ceci d'une part afin de les soutenir face aux problèmes de l'enfance, d'autre part d'ouvrir à des modifications dans la relation parents - enfant ; ceci peut faciliter l'abandon des symptômes ainsi que les acquisitions évolutives correspondant à l'âge de l'enfant. Les modifications induites par le processus thérapeutique de l'enfant dans la dynamique familiale peuvent également être élaborées dans ce cadre.

Dans les premières années de vie, le traitement peut se faire en présence des parents, avec une focalisation sur la relation parents - enfant.

Avec les adolescents, les parents seront plus ou moins sollicités, selon les besoins de la situation.

Les objectifs du traitement

En règle générale, la thérapie permet toujours une levée ou un apaisement des symptômes morbides. Cependant, au-delà de cet aspect, **l'objectif principal vise à traiter la pathologie psychique sous-jacente aux symptômes présentés par l'enfant ou l'adolescent.** C'est cela qui va permettre d'éviter un déplacement de la symptomatologie, lorsqu'apparaissent par exemple des maux de ventre ou de tête suite à la disparition d'un comportement agressif problématique ; ou lorsque des troubles du sommeil viennent relayer une énurésie, ceci parce que la problématique sous-jacente n'a pas été traitée.

Selon le type de tableau morbide présenté, les objectifs visés peuvent s'énumérer comme suit :

- L'amélioration des capacités relationnelles et de l'intégration sociale.
- L'amélioration de la santé somatique ainsi que de la capacité à prendre soin de soi-même en adéquation avec l'âge.
- L'équilibre émotionnel et la capacité à tolérer les conflits et à les résoudre de façon constructive.
- L'autonomisation correspondant à l'âge de l'enfant ou de l'adolescent.
- L'amélioration des capacités d'apprentissage ainsi que des performances.

La capacité à **faire face aux exigences de développement** correspondant à l'âge constitue le but thérapeutique principal.

L'indication

En premier lieu, il s'agit **d'établir s'il existe effectivement une pathologie psychique ou simplement une réaction psychique passagère, ou encore une problématique éducative.** En cas de pathologie psychique, le psychothérapeute, après avoir clarifié la situation de façon approfondie avec l'enfant et son entourage social, apprécie le type de psychothérapie présentant les meilleures perspectives, décide de la fréquence des séances et de la durée de la thérapie, ainsi que de la manière d'aménager la collaboration avec le pédiatre, l'école ou d'autres acteurs impliqués.

Durée des psychothérapies d'enfants ou d'adolescents

La durée dépend de nombreux facteurs. L'âge de l'enfant ainsi que la durée de la maladie peuvent jouer un rôle. Attendre - dans l'espoir que les troubles disparaissent d'eux-mêmes - n'est de fait pas efficient sur le plan économique. Les difficultés tendent à se rigidifier, deviennent partie intégrante de l'organisation de la personnalité et nécessitent alors des traitements plus lourds, alors qu'une intervention en phase de difficulté aiguë peut produire des résultats appréciables avec des moyens thérapeutiques limités, ceci parce que les enfants se trouvent de toute manière engagés dans un processus de développement.

La durée d'une psychothérapie psychanalytique ayant pour objectif des modifications dans l'organisation de la personnalité peut être estimée à environ 90 à 180 heures, à raison d'une à trois séances hebdomadaires selon la gravité et le degré de chronicité de la pathologie. Comme chez les adultes, les thérapies psychanalytiques focales ou brèves - respectivement de crise - sont menées sur une durée de 30 heures environ.

Réflexions économiques

Chez les enfants, les troubles psychiques ne se manifestent pas uniquement dans le comportement. **Les enfants réagissent beaucoup plus fréquemment que les adultes par des symptômes corporels. En conséquence, l'état physique d'un enfant ne devrait pas être jugé indépendamment de son développement psychique.** Par une psychothérapie précoce, il sera ainsi possible de diminuer - voire d'éviter - la survenue de maladies et la nécessité d'hospitalisations. L'amélioration de l'intégration sociale favorise le rendement scolaire et permet ainsi de **prévenir certains échecs dans la scolarité** - ou dans la formation - ainsi que les coûts qui en découlent. La prévention, du fait qu'elle permet d'éviter de coûteuses évolutions chroniques des troubles psychiques (troubles anxigènes, hyperactivité, automutilations ou tendance aux accidents, contraintes obsessionnelles, troubles dépressifs) ou des maladies somatiques psychogènes (p. ex. névrodermite, asthme, encoprésie, troubles alimentaires, troubles du sommeil), constitue un argument supplémentaire en faveur **d'interventions psychothérapeutiques précoces** chez les enfants et les adolescents.

La prescription croissante, sans évaluation critique, de psychotropes et de somnifères aux enfants et adolescents psychiquement malades ne les aide pas à faire face à leurs problèmes psychologiques ni aux exigences liées à leur développement. Si les troubles psychosomatiques, comportementaux ou émotionnels ne sont pas traités par des moyens psychothérapeutiques, le risque est alors grand que certains changements intérieurs et extérieurs indispensables ne s'opèrent pas. Les pathologies psychiques qui - comme par exemple les psychoses infantiles - nécessitent un traitement combiné, pharmacologique et psychothérapeutique, sont relativement peu nombreuses.

3. La psychothérapie psychanalytique de groupe

Développement et méthode de la psychothérapie psychanalytique de groupe

La pensée psychanalytique ne s'applique pas uniquement au fonctionnement psychique individuel, mais également, et ceci depuis Freud, aux relations sociales et interpersonnelles. Ceci s'explique par la nature fondamentalement sociale de l'être humain : c'est nécessairement au travers de ses relations avec ses semblables que chaque individu développe sa personnalité. **Ce point de vue met l'accent sur les influences réciproques entre l'individu et son entourage social, notamment la famille, l'école, les groupes de loisir, les liens professionnels ou associatifs etc.** Les expériences relationnelles acquises déterminent la façon dont nous allons entrer dans un groupe; cependant chacun est également influencé en retour par les groupes dont il fait partie. Ces processus dynamiques sont constamment à l'œuvre dans « l'ici et maintenant » de la vie de chacun.

Les concepts psychanalytiques ont été par la suite appliqués à différents domaines, comme par exemple la psychothérapie de groupe, la thérapie de famille, le psychodrame, la supervision d'équipe, le groupe Balint, les communautés thérapeutiques et l'analyse institutionnelle.

Plusieurs cursus de formation distincts ont été développés dans le champ de la psychothérapie de groupe. Même si ces diverses thérapies de groupe mettent chacune l'accent sur tels ou tels points théoriques ou techniques, elles partagent néanmoins certains concepts de base de la psychanalyse :

- En premier lieu, les conceptions de la psychanalyse concernant le développement psychologique et les maladies psychiques (cf. Chap. 1). En second lieu, le point de vue groupal qui considère les troubles dont souffre l'individu comme relevant également de relations groupales perturbées, plus précisément les relations aux parents telles qu'elles se sont, au travers de leur histoire, organisées au sein du psychisme (intérieurisations). Pour la personne atteinte, cette origine reste en grande partie inconsciente. Certaines affections comme les angoisses, les troubles de l'estime de soi ou les dépressions se manifestent principalement lors des échanges avec l'entourage social. Les personnes touchées ne sont plus en mesure ni d'exprimer, ni de satisfaire leurs besoins de manière adéquate au sein de leurs relations sociales. Les difficultés sont transférées sur chaque groupe, et donc également sur le groupe thérapeutique.
- **La psychothérapie psychanalytique de groupe permet d'engager un processus thérapeutique qui va rendre visibles et faire sentir les effets réciproques entre individu et groupe. Un espace psychique groupal va se constituer, au sein duquel les situations conflictuelles propres à chacun vont se répéter et se mettre en scène. Ceci va permettre d'abord d'en prendre conscience, puis de les élaborer.** Les émotions négatives comme l'angoisse, la tristesse, la colère, l'agressivité, l'envie ou la haine pourront également être exprimées. **La dynamique spécifique du groupe rendra possible la mise en relation de ces émotions intenses avec l'histoire personnelle de chacun, en vue d'en disposer plus librement dans un but constructif.**
- La psychothérapie psychanalytique de groupe s'étaie sur la libre communication au sein du groupe. Les échanges verbaux en constituent la base, incluant également la

prise en compte et la verbalisation des signes non verbaux engagés dans la communication. Ceci permet de clarifier ce que chacun souhaite exprimer, mais révèle en même temps ce que cette expression individuelle comporte de perceptions faussées, de stéréotypes, de préjugés et de projections sur les autres. Du fait que ces distorsions et projections sont détectées dans le groupe, une meilleure conscience de la différence entre soi et l'autre se fait jour. **Au travers de ces échanges avec le monde externe, la possibilité est donnée au patient de découvrir son monde interne et d'acquérir ainsi la capacité à faire la distinction entre ses expériences relationnelles passées et ses relations actuelles.** La communication élargit les capacités d'empathie, permettant de respecter et donner sens aux expériences d'autrui comme aux siennes propres et de s'adapter ainsi à des situations nouvelles.

- **La psychothérapie psychanalytique de groupe se déroule dans un cadre précis,** avec un groupe généralement composé de six à dix personnes. Par cadre, on entend le lieu, l'heure, la durée et le mode de paiement, conditions qui sont précisées avec les participants, et maintenues tout au long de la thérapie. En vue du travail psychothérapeutique, les attentes des participants sont au préalable discutées avec chacun individuellement, et les objectifs du groupe esquissés.
- Le groupe constitue certes un espace protégé, mais également un microcosme social au sein duquel des personnes pouvant présenter de grandes dissemblances se trouvent réunies dans une situation de réalité inédite.

Efficacité de la psychothérapie psychanalytique de groupe

Les **recherches** portant sur l'efficacité de la psychothérapie de groupe sont partie intégrante du développement dans son ensemble de la recherche en psychothérapie. Des recherches contrôlées portant sur plusieurs traitements de groupe ont été effectuées dès les débuts de cette pratique. Il existe par ailleurs quantité d'études isolées concernant des résultats positifs et donnant un aperçu de la vie interne d'un groupe (par ex. dans les revues « Group Analysis » ou « Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie »).

Concernant l'efficacité de la thérapie de groupe psychanalytique, il existe nombre de résultats confirmés : *Fuhrinam et Burlingame* en ont publié un inventaire critique dans leur manuel paru en 1994. *Tschuschke* (1989), *Strauss, Eckert, Tschuschke* (1996) ainsi que l'étude de *Breyer, Heinzl, Klein* (1997) parviennent à des résultats analogues.

Comme pour les thérapies individuelles, **des facteurs d'efficacité ont pu être mis en évidence, facteurs qui en partie agissent indépendamment de la méthode appliquée, mais qui, pour une autre part, sont en revanche spécifiques au traitement psychanalytique.**

Facteurs efficaces en psychothérapie de groupe Selon Yalom (1995)

L'ordre correspond à l'appréciation donnée par les patients.

- Apprentissage interpersonnel, « Input » (confrontation à l'effet produit sur les autres)
- Franchise émotionnelle (parler librement de soi, montrer ses sentiments et accepter les réactions suscitées)
- Cohésion (solidarité dans le groupe)

- Insight (compréhension des liens psychodynamiques)
- Apprentissage interpersonnel, « Output » (entrer en relation avec les autres)
- Prise de conscience existentielle (se rendre compte de ses propres limites)
- Universalité de la souffrance (expérience du vécu commun)
- Induction d'espoir
- Altruisme (aide apportée aux autres)
- Revitalisation de la famille (exploration de la famille d'origine)
- Directives (conseils)
- Identifications (à d'autres membres du groupe)

Le cadre thérapeutique d'ensemble dans lequel prend place une thérapie de groupe psychanalytique, ou les objectifs qu'elle se donne, sont des facteurs particulièrement significatifs pour son efficacité.

Si, par exemple, une thérapie psychanalytique de groupe est engagée comme traitement unique, elle poursuivra d'autres buts thérapeutiques, plus conséquents, que si elle est appliquée en combinaison avec d'autres traitements. En cas de traitement unique, l'objectif sera une modification durable de la personnalité avec une levée des symptômes gênants. **Généralement ceci nécessite une durée de traitement de trois ans environ.**

Dans le secteur ambulatoire, la thérapie de groupe est souvent considérée comme un moyen de compléter après-coup une thérapie individuelle (l'inverse est également envisageable). L'application simultanée d'une psychothérapie psychanalytique individuelle et d'une psychothérapie de groupe est plutôt défavorable, du fait qu'il est difficile de s'engager de façon profitable dans deux processus intensifs simultanément. Chez les patients qui ont fait l'expérience préalable d'une thérapie individuelle, le groupe permet une application sociale pratique ainsi qu'un approfondissement des acquis de la thérapie individuelle.

Dans le secteur hospitalier, la thérapie de groupe est un type de traitement parmi toute une palette d'autres traitements. La plupart du temps, elle se donne pour tâche **l'intégration sociale des patients** et s'inscrit dans l'objectif global d'une prise en charge hospitalière, à savoir par exemple le traitement d'une crise aiguë grave, ou le développement de l'aptitude à suivre une thérapie en vue d'une prise en charge post-hospitalière.

Dans certaines cliniques (p. ex. les cliniques de patients psychosomatiques) ou lors de traitement de troubles spécifiques (p. ex. les troubles borderlines), la thérapie de groupe psychanalytique est utilisée comme instrument thérapeutique principal. L'évaluation de l'application cohérente de ces programmes montre un degré d'efficacité élevé (Strauss, 1994, ainsi que Bateman/Fonagy, 2001).

Les indications

En principe, tous les patients présentant des troubles névrotiques ou des problèmes d'adaptation peuvent tirer d'importants bénéfices d'une thérapie de groupe psychanalytique, de même que - sous condition de fixer des buts précis - les patients plus gravement atteints, présentant des psychoses ou des troubles borderlines.

En plus de leur motivation personnelle, les patients doivent cependant présenter certaines dispositions pour qu'une thérapie de groupe puisse être fructueuse. Notamment un intérêt pour autrui, une bonne tolérance aux autres, une certaine disposition à l'aide, la capacité à suivre le discours des autres, un intérêt pour les liens psychologiques etc.

Par ailleurs, le fait de disposer d'un groupe adapté, dont la composition a été soigneusement élaborée, constitue également un critère décisif. La mise sur pied et la conduite d'une psychothérapie de groupe requiert des thérapeutes de groupe qualifiés, capables d'instaurer un climat de travail permettant la mobilisation aussi bien des ressources individuelles que des facteurs de groupe efficaces.

Aspects économiques de la thérapie de groupe psychanalytique

Il est évident que les prises en charge thérapeutiques dont peuvent bénéficier simultanément plusieurs patients sont plus économiques que les thérapies individuelles. Sur le plan historique, les thérapies de groupe ont souvent vu le jour dans des périodes de restrictions économiques (p. ex. en Angleterre durant la deuxième guerre mondiale), lorsqu'il n'y avait que peu de psychothérapeutes disponibles pour un nombre élevé de patients. Dans l'étude la plus récente de Breyer/ Heinzl/ Klein (1997), qui examine de façon exhaustive le caractère économique des thérapies psychanalytiques ambulatoires en RDA, la thérapie de groupe présente également une meilleure efficacité économique que le traitement individuel. **Il faut en outre relever que les frais de traitement générés par la thérapie de groupe se trouvent déjà compensés 30 mois après la fin du traitement, uniquement par les coûts d'autres traitements médicaux qu'elle permet d'éviter.**

Dans une étude analogue, mais moins complète, von Marschall et Battegay ont pu établir dans les années 80 déjà, que les prises en charge ambulatoires de groupe de patients schizophrènes permettaient de réduire les ré-hospitalisations et qu'elles étaient donc efficaces sur le plan économique.

Il est à noter que la thérapie de groupe psychanalytique ne peut atteindre le rendement économique attesté dans ces études (ainsi que dans d'autres analogues) que si elle est conçue comme une méthode de traitement spécifique. Par spécifique, nous entendons le fait de respecter les critères d'indication mentionnés ci-dessus, la sélection appropriée des patients et l'orientation des autres patients vers une thérapie individuelle plus indiquée pour eux. Cela suppose également que les groupes soient menés par des thérapeutes de groupe formés, comme c'était le cas dans l'étude déjà citée menée en RDA. La thérapie de groupe n'est pas simplement une alternative à la thérapie individuelle, elle représente plutôt un élargissement des possibilités de prise en charge.

4. Efficacité de la psychothérapie psychanalytique

La recherche portant sur l'efficacité des psychothérapies en général a une longue histoire, et la recherche sur la psychothérapie psychanalytique joue un rôle important dans cette histoire. Fenichel et Alexander à Berlin et Chicago ont, avant la deuxième guerre mondiale déjà, examiné dans des études conséquentes le déroulement des traitements psychanalytiques. Après la guerre, dans le courant des années 50, l'efficacité des psychothérapies a été remise en cause avec virulence par le psychologue comportementaliste Eysenck. Cette provocation a suscité quantité de recherches et finalement donné lieu à une impressionnante confirmation de leur efficacité (Smith, Glass, Miller). Jusqu'en 1990 environ, la recherche s'est centrée sur la question de savoir ce qui devait se produire dans une psychothérapie pour qu'on puisse en attendre un résultat positif. On étudia cette question au moyen de recherches portant sur le processus et sur les résultats. Cette phase de la recherche donna également lieu à d'importantes confirmations de l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique (p. ex. les Boston Psychoanalytic Institute Prediction Studies aux USA).

Cette période de recherche établit cependant également le manque de spécificité des différentes méthodes thérapeutiques. **En d'autres termes, toutes les méthodes de psychothérapie scientifiquement fondées s'avèrent efficaces et, dans toutes les psychothérapies, des facteurs d'efficience communs, non spécifiques purent être détectés.**

Exemples de facteurs d'efficience non spécifiques en psychothérapie

- Instauration d'une relation de confiance et émotionnellement intense
- Théorie claire concernant la genèse et le traitement des troubles
- Maintien d'un cadre de traitement
- Analyse détaillée des problèmes et aide empathique
- Transmission d'espoir et expériences de succès
- Stimulation de la vie émotionnelle

Par la suite, et jusqu'à nos jours, **des recherches majeures se sont centrées sur la question des facteurs d'efficience spécifiques.** Ces recherches n'allèrent pas sans vives controverses, opposant notamment les présupposés de la thérapie comportementaliste à ceux de la thérapie psychanalytique.

L'une de ces controverses porte sur la question de la scientificité ainsi que sur la manière de mesurer et de prouver l'efficacité. Comme résultat de ce débat, il apparaît que l'établissement d'une preuve de l'efficacité nécessite le recours à une stratégie de recherche exhaustive. Les changements doivent être examinés du point de vue des patients, de l'entourage social et des thérapeutes, ceci au moyen d'études de cas isolés, d'études comparatives contrôlées et d'études empiriques concernant la pratique thérapeutique au quotidien. En ce qui concerne la psychothérapie psychanalytique, il serait par exemple inadéquat, en vue d'en attester l'efficacité, de ne prendre en compte exclusivement que des études comparatives dans lesquelles les patients seraient intégrés au hasard dans des groupes (les RCT / Randomised Controlled Trials) selon le type de traitement suivi. Ces études – issues du domaine de la recherche sur les médicaments – travaillent avec des patients fortement sélectionnés, méconnaissent la complexité des troubles psychiques et ne prennent pas en compte l'importance du facteur du libre choix d'un thérapeute pour la réussite d'une psychothérapie (critique de Roth et Fonagy). **Du point de vue de la psychanalyse, les questionnaires**

simplificateurs portant sur les symptômes sont également insuffisants, raison pour laquelle des instruments d'investigation comme par exemple le « diagnostic opérationnel psychodynamique » (OPD) ont été développés ces dernières années ; ces instruments sont en mesure d'appréhender les changements intrapsychiques que la psychothérapie psychanalytique vise à produire.

Une seconde controverse a éclaté à propos de la durée des thérapies. Certains ont prétendu que des méthodes autres que la psychothérapie psychanalytique étaient efficaces à plus courte échéance (*Grawe*) et que l'utilité des psychothérapies d'une durée supérieure à 40 heures pouvait d'une manière générale être mise en cause. Le débat autour de cette question a mis en lumière qu'une amélioration symptomatique pouvait certes être obtenue rapidement par les thérapies psychanalytiques brèves (entre 10 et 30 heures), mais que lors de thérapies plus longues, une réduction des symptômes et donc un soulagement du patient intervenaient également très rapidement, conditions préalables souvent indispensables pour qu'un travail thérapeutique approfondi devienne possible (*Fäh / Fischer, 1998*).

Les objectifs et l'efficacité des thérapies brèves et de longue durée ne peuvent cependant pas être comparés sans autre, du fait que ces formes de prises en charge concernent des groupes de patients dissemblables. Dans l'étude « Consumer Health » de Seligman, il apparaît que les thérapies de longue durée sont d'une part objectivement plus efficaces, d'autre part que les patients en sont également subjectivement plus satisfaits.

Relevons à ce propos les récentes études menées en Suède (*Sandell, 1997*) et en Allemagne (*Leuzinger-Bohleber, 1997 et 2002*) qui recourent certainement la situation actuelle de la psychothérapie en Suisse.

L'étude de Sandell a montré que plus la durée d'une psychothérapie psychanalytique longue était importante et le nombre de ses séances hebdomadaires élevé, plus son efficacité était grande. Elle a en outre confirmé un résultat déjà dégagé par d'autres études : le caractère durable des effets obtenus, et même leur renforcement au-delà de la fin du traitement.

L'étude de Leuzinger-Bohleber (2002), s'appuyant sur l'interview de patients et de thérapeutes, tout en intégrant également des données médicales (consultations médicales etc.), a pu démontrer une très bonne efficacité ainsi que des effets positifs sur la santé en général. Cette étude a par ailleurs montré que des perturbations graves comme les traumatismes ou les dépressions pouvaient être valablement traitées au moyen de la psychothérapie psychanalytique.

En l'état actuel, la recherche confirme de façon impressionnante l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique. En résumé, voici les effets spécifiques qu'il est possible de porter à son crédit :

Effets spécifiques confirmés de la psychothérapie psychanalytique :

- Amélioration de la santé psychique
- Amélioration du bien-être subjectif
- Amélioration de la qualité des relations
- Amélioration de la santé physique
- Diminution de la fréquence des consultations médicales et des arrêts de travail
- Amélioration de la symptomatologie dans les cas de troubles borderline

- Les patients gravement malades tirent profit de la psychothérapie psychanalytique, mais requièrent cependant l'application de techniques de soutien complémentaires
- Lorsque l'indication en est appropriée, un traitement de longue durée est plus efficace qu'une intervention brève
- Le succès est plus manifeste lorsque le patient choisit librement son thérapeute.

5. Adéquation de la psychothérapie psychanalytique

Le **concept d'adéquation est important** dans la discussion actuelle au sujet des méthodes psychothérapeutiques du fait que **la LAMAL exige une évaluation pour déterminer si, en plus d'être efficace et économiquement efficiente, la méthode de traitement choisie s'avère particulièrement appropriée.** Cela suppose notamment l'estimation du rapport bénéfices - risques : une méthode thérapeutique est ainsi adéquate lorsque les bénéfices qu'on peut en attendre sont supérieurs aux risques qu'elle comporte. Ce rapport doit également faire l'objet d'une comparaison avec celui présenté par d'éventuels modes de prises en charge alternatifs : les bénéfices doivent être supérieurs à ceux d'une méthode alternative, y compris à ceux d'une position d'attente ou même d'absence de traitement, en tenant compte des conséquences négatives liées aux risques d'une évolution vers la chronicité du trouble en question.

Cette évaluation s'avère d'une importance toute particulière dans le domaine des pathologies psychiques, du fait que de nombreux troubles comportent des risques médicaux et sociaux élevés.

Adéquation et objectifs du traitement

Les objectifs du traitement sont d'une importance particulière dans l'évaluation du critère d'adéquation. Dans le cadre de la LAMAL, seuls sont reconnus comme relevant des prestations obligatoires, les traitements concernant les troubles psychiques à caractère pathologique, et non l'application de méthodes psychologiques en vue d'expérience personnelle ou du développement de la personnalité. **La psychothérapie psychanalytique quant à elle, relève de la guérison ou de l'amélioration d'états psychopathologiques.** Elle obtient ce résultat en donnant un meilleur accès aux ressources psychiques personnelles et en développant les forces du Moi.

De plus, la psychothérapie psychanalytique prend spécifiquement en compte les processus inconscients cachés. **De ce fait, elle ne se centre pas exclusivement sur les aspects pathologiques ou les symptômes, mais vise également au développement de l'organisation psychique dans son ensemble ;** elle s'avère pour cette raison particulièrement adéquate comme mode de traitement lorsqu'un tel objectif est visé.

Par conséquent, un traitement psychanalytique apparaît comme adéquat avant tout lorsqu'il s'agit :

- D'améliorer la tolérance aux conflits et la responsabilité sociale : les conflits internes et externes, même non manifestes, ainsi que les symptômes sont discernés
- D'accroître la résistance psychique et de favoriser le bon fonctionnement dans la société et la famille
- De développer le sentiment subjectif de valeur personnelle, pour soi-même comme pour les autres, ainsi que la communication avec l'entourage social
- D'apprendre à rechercher activement et de façon constructive les appuis correspondant à ses propres besoins personnels
- De développer l'autonomie et la responsabilité personnelle

La psychothérapie psychanalytique est adéquate (indiquée) lorsque les réflexions et connaissances conscientes ne peuvent se traduire en actions appropriées malgré les efforts consentis ; lorsque la volonté du patient ne suffit pas à changer l'état de la situation ; donc

lorsque des inhibitions inconscientes empêchent d'agir selon ses propres intentions. **Lorsque les capacités de changement conscientes ne sont pas opérantes, il est nécessaire de recourir à une méthode ayant développé une conception de l'inconscient et travaillant avec celle-ci.**

La psychothérapie psychanalytique est donc particulièrement adéquate pour les patients qui, pour les raisons les plus diverses, se trouvent inhibés dans le maniement de leurs propres désirs conscients. Une telle inhibition se traduit par des troubles psychiques caractérisés par une importante souffrance.

Pour les patients gravement atteints, là où, du fait de la maladie, une motivation personnelle préalable ne peut être attendue, seul peut être adéquat un traitement prenant en compte ce problème pour le travailler. En regard d'une thérapie ambulatoire, le thérapeute assume dans ce type de situations un rôle plus actif, ceci jusqu'à ce que le patient soit en mesure de (re)prendre à son propre compte la responsabilité et la capacité à prendre soin de lui-même.

Dans les situations où la souffrance psychique inconsciente se manifeste sur le plan corporel, la compréhension du symptôme fait totalement défaut. Tout traitement somatique se trouve ici nécessairement voué à l'échec. Il s'ensuit souvent un tourisme médical. Du fait qu'en psychothérapie psychanalytique les diverses manifestations corporelles font l'objet d'interprétations en lien avec la relation actuelle au thérapeute, un accès peut être trouvé en vue de comprendre la signification de ces symptômes, ouvrant alors la voie à leur traitement.

Il est attesté que les patients ayant suivi une psychothérapie psychanalytique disposent, par rapport aux personnes n'en ayant pas suivi, de meilleures capacités à tenir compte de leurs besoins en termes de santé physique et psychique, et notamment à évaluer la nécessité de recourir à un traitement. **Si les affections source d'inhibitions mentionnées ci-dessus ne sont pas traitées, ou alors sans le recours à une méthode visant les aspects inconscients sous-jacents, alors les patients ne pourront trouver accès à leurs ressources personnelles et les troubles risquent de devenir chroniques.**

Il ressort de ces éléments que **l'utilisation de la psychothérapie psychanalytique dans le domaine de la santé publique s'avère particulièrement appropriée (adéquation), parce qu'en plus de l'action thérapeutique, elle a pour effet d'augmenter les compétences et la résistance sur le plan de la santé**, ceci de manière particulièrement sensible dans les groupes à risques notamment, ce qui entraîne une réduction des coûts médicaux.

6. Aspects économiques de la psychothérapie psychanalytique

Efficiences économique et assurance maladie

L'avis selon lequel les moyens financiers en vue du traitement et du soulagement des pathologies doivent être engagés de façon parcimonieuse et ciblée, les représentants de la psychothérapie psychanalytique l'ont soutenu dès avant l'entrée en vigueur de la LAMAL. La notion d'efficiences économique d'une méthode de traitement - comme condition de sa prise en charge financière par l'assurance maladie - se trouvait déjà au centre des débats lorsque dans les années 60 et 70, après de vives confrontations, le remboursement par les assurances de la psychothérapie à but thérapeutique devint obligatoire et que par la suite des tarifs adaptés furent peu à peu négociés dans les cantons. Certaines controverses autour de la façon d'appréhender les notions de maladie et de santé avaient déjà cours à l'époque. Ainsi par exemple le débat « psychothérapie comme traitement de maladies » versus « psychothérapie comme développement personnel » a nourri des discussions durant toutes ces années. Une discussion analogue a porté sur les aspects prophylactiques - favorisant la santé - de la psychothérapie psychanalytique, ceci du fait que la LAMAL n'englobait pas explicitement la prévention.

Au cours des années 90, le débat portant sur la question économique s'est trouvé ravivé. En toile de fond figurent les grands bouleversements socio-économiques récents, ainsi que **l'explosion des coûts** - en constante progression depuis 20 ans - dans le domaine de la santé (conséquence de l'extension des prestations, des progrès dans la technologie médicale, de modifications démographiques, de planifications lacunaires, du report des coûts de la confédération et des cantons sur les assurances, ainsi que de l'augmentation des coûts du travail qualifié). Le domaine de la psychothérapie/psychiatrie a pris de plus en plus d'importance au cours des 30 dernières années. Les affections psychiques sont devenues plus fréquentes et ont été de plus en plus prises au sérieux. On constate un développement analogue concernant les maladies psychosomatiques; il est devenu toujours plus apparent que derrière certains symptômes somatiques, on pouvait détecter la présence de troubles psychiques. L'étude « La santé en Suisse », publiée en 1993 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), relève que 3/4 des cas d'invalidité sont dus à des maladies et qu'un bon tiers de celles-ci sont des psychoses ou des névroses. Dans les statistiques 2001 de l'AI, ces proportions sont encore plus élevées : 42% des rentes AI versées pour cause de maladie le sont en raison de psychoses ou de névroses. Dans le même temps, le nombre des psychothérapeutes comme celui des méthodes a augmenté.

Les prestations psychiatriques - psychothérapeutiques (ambulatoires et hospitalières) représentent de nos jours une part considérable, bien que comparativement sous proportionnée (si l'on considère le rapport pathologies psychiques / pathologies somatiques), des coûts de la santé ; il s'agit certes de prendre en considération le fait qu'une grande partie des psychothérapies ambulatoires (8% du total des coûts médicaux) n'est pas facturée par les spécialistes psychothérapeutes et psychiatres, mais par des généralistes ou des médecins au bénéfice d'une autre spécialisation.

En raison de cette évolution et suite à la révision de la LAMAL (1994), l'OFAS a mis sur pied une commission d'experts en vue de l'élaboration de critères de validation des méthodes psychothérapeutiques (présidée par le Dr G. Mattanza, elle a conclu ses travaux en 1998) ; cette commission s'est également prononcée sur les critères d'évaluation de l'aspect économique.

Appréciation de l'efficacité économique

Une telle appréciation de l'efficacité économique s'avère complexe. Elle dépend des options suivantes :

- Quels bénéfices veut-on prendre en compte dans les calculs : uniquement les bénéfices financiers ou également les bénéfices immatériels?
- Va-t-on se baser sur des critères d'évaluation à long terme ou à court terme?
- Quel champ va-t-on délimiter : les bénéfices individuels, les assurés d'une caisse maladie, la santé publique, l'économie?

La commission de l'OFAS a donné une formulation extensive plutôt ouverte et tout à la fois pragmatique de ces critères: « l'évaluation de l'efficacité économique des méthodes psychothérapeutiques doit être définie comme l'estimation comparative de l'investissement financier occasionné par le traitement en regard de la valeur des résultats obtenus. En dehors de l'investissement financier lié à une méthode psychothérapeutique donnée, il s'agit donc de prendre en compte également des indices de valeur susceptibles de rendre compte d'un bénéfice matériel ou immatériel de la psychothérapie. **En ce qui concerne la psychothérapie, les analyses coûts - efficacité sont à privilégier par rapport aux analyses coûts - bénéfices.** Il s'agit d'examiner, en se fondant sur des critères scientifiques, dans quelle mesure une méthode psychothérapeutique donnée est susceptible d'éviter ou de réduire pour certains patients ou patientes les séjours hospitaliers ou les incapacités de travail, ou de réduire les coûts médicaux relevant d'autres types de traitement. Le bénéfice d'un traitement psychothérapeutique peut également consister en un gain en qualité de vie ».

Dans un paragraphe ultérieur, les critères d'efficacité sont définis de façon concrète : « réduction des consultations diagnostiques et des traitements médicaux dans les domaines ambulatoire et hospitalier, des prises de médicaments, des prises en charge sociales ainsi que des versements de rentes. Réduction de l'incapacité de travail et des degrés d'invalidité ». Cette commission comme d'autres instances (p.ex. le rapport sur la psychothérapie dans le NHS en Angleterre) relèvent l'état encore insuffisamment avancé de la recherche sur le plan de l'efficacité économique, ceci dans tout le champ de la psychothérapie, pas uniquement dans celui de la psychothérapie psychanalytique.

La psychothérapie psychanalytique: coûteuse mais tout de même efficace

Fondamentalement, la psychothérapie psychanalytique représente une prestation de santé publique coûteuse ; elle est une prestation humaine et ne se laisse donc que faiblement rationaliser par des moyens technologiques. Elle a pour objet des changements psychiques humains, soumis à leurs propres lois, ne se laissant accélérer ou comprimer dans le temps que dans une mesure limitée. La psychanalyse et les différentes psychothérapies qui ont été développées par la suite, sont aussi un corollaire de notre civilisation moderne dans laquelle l'équilibre psychosocial et professionnel de l'individu s'est trouvé toujours plus fortement malmené par toutes sortes de contraintes. Les psychothérapies constituent pour ainsi dire le pendant nécessaire à la rationalisation croissante de nos sociétés.

Il importe également de différencier ici les coûts des traitements psychanalytiques :

- Un certain nombre de traitements sont des thérapies brèves comportant 20 à 40 séances ; pour un tarif de Frs 150¹.- par séance, on arrive à un coût total d'environ Frs 4'500.-
- La plupart des psychothérapies s'étendent sur environ 100 heures (soit 2 à 3 ans) afin d'obtenir des résultats satisfaisants ; coût total d'environ Frs 15'000.- (ou Frs 7'500.- par an)
- Pour environ 1/3 des patients, un traitement de longue durée est nécessaire (à raison de 2 séances hebdomadaires souvent, au total 300 à 600 séances réparties sur 3 à 6 ans) ; coûts : Frs 45'000.- à 90'000.- (maximum Frs 15'000.- par année).

Malgré ces coûts, il existe d'importantes observations montrant que les psychothérapies psychanalytiques sont économiquement efficaces. Il faut en effet, comme déjà mentionné, pondérer ces coûts en fonction de ceux que l'on évite lorsqu'une évolution vers la chronicité, une incapacité de travail, une rente invalidité peuvent être retardées ou écartées. Le point de vue psychanalytique postule que le traitement permet de modifier non pas uniquement les symptômes, mais les causes premières de leur apparition. Ces modifications, touchant l'organisation de la personnalité, ont des effets au-delà de la simple modification de troubles isolés. Elles produisent des effets sur la vie personnelle du patient (p. ex. utilisation plus réfléchie des prestations médicales, mode de vie plus sain, diminution des comportements nuisibles pour soi-même, etc.) et sur celle de ses proches ou des groupes dont il fait partie (p. ex. amélioration des capacités parentales vis-à-vis des enfants, ou des compétences sociales dans le milieu professionnel). **L'influence individuelle et sociale durable de la psychothérapie produit d'importants effets positifs sur le plan économique.**

Concernant ces observations qui paraissent évidentes dans la pratique clinique, il existe également des résultats issus de la recherche. A. Dührssen a confirmé en 1962 déjà l'efficacité économique des traitements psychanalytiques; une étude plus récente (Breyer et al. 1997) a pu établir que les coûts de traitement des thérapies psychanalytiques intensives se trouvaient compensés après peu d'années déjà, de par la diminution des dépenses liées au recours à d'autres prestations médicales.

L'efficacité économique de la psychothérapie psychanalytique peut être améliorée en fixant des conditions préalables et en prenant certaines mesures garantes de qualité :

- Par une évaluation soigneuse et claire des indications à ce type de psychothérapie
- Par la garantie d'un processus thérapeutique adéquat : les traitements peuvent s'avérer non efficaces s'ils durent trop longtemps, soit qu'un processus satisfaisant ne s'instaure pas, soit que la thérapie se poursuive au-delà du point d'amélioration optimale. Les traitements peuvent également présenter un bilan économique négatif lorsqu'ils sont trop courts pour que le processus thérapeutique puisse parvenir à son terme nécessaire.
- Par l'exigence que la thérapie soit conduite par un thérapeute ayant accompli une formation spécialisée et se trouvant activement engagé dans des échanges professionnels après le terme de sa formation.

¹ Chiffre valable en 2000

7. La formation en psychothérapie psychanalytique

La formation en psychothérapie psychanalytique est régie par les lignes directrices de l'EFPP (cf. annexe A, page 32). Elle requiert une **formation de base universitaire**, à savoir des **études de psychologie ou de médecine**, ou des études jugées équivalentes selon les dispositions légales.

La formation à la psychothérapie psychanalytique proprement dite (formation spécialisée post-grade) se fait en cours d'emploi. Elle comprend une **psychanalyse personnelle** (expérience sur soi), une **formation portant sur la théorie et la technique**, une **pratique thérapeutique sous supervision**.

Cette formation, qui dure **environ 6 ans**, est hautement spécialisée; elle requiert des connaissances théoriques approfondies, étroitement reliées à l'expérience personnelle et au travail avec les patients. Elle est donc plus étendue et plus longue que la formation de base en psychothérapie psychanalytique proposée par la FMH aux médecins psychiatres.

Importance d'une formation intensive sur plusieurs années

Cette exigence repose sur une conception ayant cours depuis longtemps dans le champ de la psychothérapie psychanalytique concernant la garantie de qualité dans la formation et la pratique des psychothérapeutes. Depuis les tout débuts de la psychanalyse, les instruments décrits ci-dessus, à savoir **la supervision et la formation continue permanente, constituent pour les psychothérapeutes psychanalytiques un élément essentiel en vue de la garantie et du maintien de la qualité de leur travail**; ils ont fait l'objet d'un développement et d'un affinement au cours du temps.

Nécessité de la formation continue permanente

L'intérêt pour la compréhension psychanalytique de l'être humain et de ses souffrances requiert du thérapeute une disponibilité à poursuivre tout au long de sa vie professionnelle la réflexion sur son propre fonctionnement psychique et sur la théorie. Au cours de sa formation déjà, le thérapeute débutant est préparé à prendre la responsabilité d'une poursuite permanente de sa formation. Celle-ci comprend intervisions, supervisions, conférences, séminaires et congrès.

Rôle de l'EFPP

L'EFPP est une institution qui contrôle ces lignes directrices concernant la formation et qui prévoit des certifications conformément à celles-ci. Tant en Suisse qu'au niveau européen, elle offre une riche palette de manifestations répondant à l'exigence de formation continue. Elle promeut l'identité des psychothérapeutes psychanalytiques par ses activités scientifiques et de politique professionnelle; elle encourage également les échanges critiques entre collègues.

En Suisse, l'EFPP comprend trois branches, une par région linguistique. Pour ce qui est de la formation, chaque branche s'organise en fonction des spécificités de sa région :

- **La branche suisse alémanique (EFPP Deutsche Schweiz)** a fondé en 2002 un institut de formation à Bâle. Une collaboration avec la SSPsa a pu être mise sur pied dans ce cadre. Depuis l'année 2003, tous les membres de la Section Adultes peuvent obtenir un certificat attestant d'une formation spécialisée post-grade correspondant aux critères de l'EFPP.
- **La branche suisse italienne (APPSI)** propose dans le cadre de son « Academia » des activités scientifiques et culturelles régulières, des petits groupes d'intervision - supervision, ainsi qu'une série de séminaires. Elle collabore avec la « Scuola di Psicoterapia Psicanalitica » et le « Seminario Psicoanalitico di Lugano » (section tessinoise de la SSPsa).
- **La branche suisse romande (EFPP Suisse Romande - ARPP)** contribue à l'organisation et soutient de nombreuses activités de formation. Elle favorise l'accès à des supervisions, des interventions et des séminaires de lecture, organisés et animés par ses membres. L'EFPP Suisse Romande mène actuellement des discussions avec les Universités de Lausanne et Genève en vue du développement de partenariats pour deux cursus de formation.

L'EFPP Suisse représente la psychothérapie psychanalytique auprès du public et des autorités ; elle cherche donc officiellement à obtenir auprès de l'OFAS la reconnaissance de la psychothérapie psychanalytique en tant que méthode de traitement relevant de l'assurance maladie obligatoire.

Contrôle de qualité

Le maintien et l'amélioration de la qualité du travail sont des préoccupations bien ancrées dans le domaine de la psychothérapie psychanalytique, comme nous l'avons déjà souligné dans le paragraphe concernant la formation. Le mode de pensée psychanalytique consiste dans sa nature en un processus autoréflexif, favorisant une constante remise en question de sa validité et de sa qualité.

En psychothérapie psychanalytique, le contrôle de qualité est essentiellement assuré par les exigences élevées en matière de formation de base, de formation spécialisée et de formation continue. Tous les domaines - de l'expérience personnelle à l'application clinique en passant par la théorie - sont enseignés dans les formations de base et spécialisée, puis approfondies dans la formation continue, par l'analyse personnelle, l'auto-analyse, l'analyse du contre-transfert, la supervision, l'intervision, les lectures, ainsi que par le travail sur les concepts théoriques et techniques en lien avec les situations concrètes rencontrées dans la pratique clinique.

En psychothérapie psychanalytique, **la qualité du processus se trouve confortée par le fait que le processus thérapeutique et l'interaction entre patient et thérapeute font en eux-mêmes l'objet du travail d'élaboration thérapeutique.** Le travail permanent sur soi-même, de même que les interventions et supervisions avec les collègues, induisent une réflexion continue portant sur le processus thérapeutique et sa qualité.

La qualité des résultats obtenus par la psychothérapie psychanalytique doit être mesurée à l'aune de ce qu'elle prétend apporter, tel qu'exposé dans les chapitres sur l'efficacité et sur la recherche. En psychothérapie psychanalytique, la qualité des résultats comprend, dans tous les cas, aussi bien une composante relevant de l'appréciation subjective individuelle de chaque patient, qu'une composante plus objective se référant à l'état de ses facultés fonctionnelles. La mesure se référant aux seuls symptômes ne fournit

que peu de renseignements sur la qualité d'une psychothérapie, tant que l'on ne prend pas en compte la mobilisation de la dynamique intrapsychique ayant pu survenir, ainsi que les modifications durables dans la manière de faire face aux conflits internes.

Si l'on veut relier les méthodes déjà largement répandues d'optimisation de la qualité des psychothérapies psychanalytiques avec des procédures formalisées transdisciplinaires de contrôle de qualité (comme par exemple la récolte de données sur la satisfaction des consommateurs, etc.), il s'agit alors, là encore, de tenir compte des spécificités de la psychothérapie psychanalytique telles qu'elles se trouvent exposées dans cet ARGUMENTAIRE.

8. Etat de la recherche: chiffres et faits

Nécessité de la recherche en psychothérapie

L'importance de la recherche en psychothérapie, ainsi que la demande de résultats scientifiquement garantis, se sont accrues au cours des dernières années. Le domaine de la psychothérapie s'est diversifié et nettement professionnalisé, ce qui a conduit à la nécessité d'étayer scientifiquement les différentes orientations thérapeutiques et leur champ d'application. L'entrée de la psychothérapie dans les universités et dans les institutions psychiatriques a grandement contribué à stimuler la recherche. Suite aux grands bouleversements survenus récemment dans le domaine de la santé publique, l'exigence de validation scientifique s'est faite de plus en plus pressante. La récente mode du « management de qualité » dans le champ du travail social et de la santé en constitue une manifestation parmi d'autres. En Suisse, l'ensemble de ces questions donne lieu à de vives discussions, tant au niveau des associations professionnelles qu'au niveau fédéral (Office fédéral des assurances sociales, OFAS, commission fédérale d'efficacité LAMAL, rapport « Mattanza »).

L'EFPP, qui s'engage ouvertement en faveur de l'intégration de la psychothérapie psychanalytique dans le domaine de la santé publique, accueille très favorablement ces discussions à propos d'une validation scientifique des psychothérapies ; ceci aussi du fait que la recherche a fourni d'importants résultats en faveur de la psychothérapie psychanalytique.

Différentes conceptions de la recherche en psychothérapie

La recherche empirique a dès le début occupé une place importante dans le champ de la psychanalyse. Sur la question de savoir ce qu'il faut entendre par là, il est vrai que les avis ont été - et restent encore - partagés. S'appuyant sur la conception freudienne d'une constante conjonction du traitement et de la recherche, la psychanalyse a dès l'origine revendiqué sa propre façon, originale, d'aborder la recherche, se fondant sur l'observation clinique cas par cas. Il devint par ailleurs de plus en plus nécessaire d'ouvrir le champ psychanalytique aux critères de recherche classiques, tels qu'appliqués aux sciences médicales et sociales. **De ce fait s'est constitué un champ de tension entre la revendication légitime du recours à une procédure de recherche adaptée à l'objet et à la méthode psychanalytique d'une part, et l'exigence d'adaptation aux méthodes positivistes courantes d'autre part** (études comparatives, études contrôles randomisées RCA, applications statistiques). Grâce à une méthodologie toujours plus affinée de saisie des constellations psychodynamiques, des structures relationnelles, des conflits dominants, etc., une meilleure communication entre ces deux positions a pu s'instaurer. Des dissensions persistent néanmoins, qui ne sont pas aisément réductibles.

Extraits tirés d'une importante série de résultats

Parmi les recherches psychanalytiques actuelles, nous allons résumer ici uniquement **celles qui ont été menées avec des groupes et ont porté sur l'étude du processus et des résultats de la psychothérapie psychanalytique**. Une part importante des recherches ne se trouve donc pas incluse, notamment les recherches qualitatives cas par cas. Ce choix se justifie par la nécessité de nous limiter, mais aussi par le fait que nous voulons ici mettre en évidence la longue tradition de recherche et la diversité des résultats dans le domaine de la psychothérapie psychanalytique sous l'angle des critères classiques de la recherche

empirique. La quantité des résultats disponibles est si importante qu'il est difficile d'en donner une vue d'ensemble. **Il est donc fort heureux que le comité de recherche de l'IPA ait publié un travail recensant l'ensemble des résultats de recherche en psychothérapie psychanalytique**; ce document est régulièrement mis à jour et peut être commandé sur le site internet de l'IPA. Ce travail donne la vue d'ensemble la plus actuelle et la plus complète de la recherche empirique en psychanalyse. Nous nous bornerons dans l'énumération qui suit à traduire - parfois à expliciter - les conclusions figurant dans ce document.

Résultats principaux

Pour les abréviations, cf. annexe D, recherches, page 41.

Le pourcentage de patients tirant profit d'une psychothérapie psychanalytique varie d'une étude à l'autre. Cependant des résultats clairement positifs en ressortent.

- Les analyses terminées sont toujours corrélées avec des bénéfices personnels plus importants (CURP, BIIIA, BPIS).
- Plus le traitement est long, plus les résultats sont bons (NYPIS, CURP, HSB, BPIS, BJS).
- La psychothérapie psychanalytique peut élever le fonctionnement de patients hospitalisés au niveau de celui de la population normale (TSS, SKIS, BJS).
- Un traitement psychanalytique intensif est plus efficace qu'une psychothérapie psychanalytique (CURP, BIIIB, AFC4, LAS).
- Parfois la supériorité de la psychanalyse sur la psychothérapie psychanalytique n'apparaît que plusieurs années après la fin du traitement (SKIS, AFC3).
- Parfois la catamnèse ne confirme pas la supériorité de la psychanalyse sur la psychothérapie (HAS, BPIS).
- Il existe un grand nombre de résultats montrant que la psychanalyse et la psychothérapie psychanalytique sont économiquement avantageuses et même rentables (NPS, TSFC, BJS, TKS).
- Plusieurs études estiment la psychothérapie plus avantageuse encore que la psychanalyse (TKS).
- La psychothérapie psychanalytique induit une réduction des coûts médicaux (BIIS, BJS), et ce durant des années après la fin de la thérapie (TKS).
- Il arrive cependant que la psychanalyse conduise à un recours accru à des prestations médicales (SKIS).
- La psychothérapie psychanalytique peut permettre une diminution de la consommation de médicaments psychotropes lors des prises en charge hospitalières (BIIIA).
- La psychothérapie psychanalytique améliore la capacité de travail (BII, BIIIA, BJS, TSS).
- Les psychothérapies psychanalytiques longues peuvent diminuer la symptomatologie borderline à long terme (NPS, MCFO, NSW, LPHS) ; ces améliorations sont durables.
- La psychothérapie psychanalytique peut constituer une méthode de traitement efficace pour les troubles psychosomatiques graves (AFC1, BIIIA).

Conclusions concernant le traitement de certains groupes de patients

Les patients gravement atteints tirent tout spécialement profit d'une psychanalyse, plus que d'une psychothérapie (AFC1, HSC).

- Les troubles du comportement sont moins accessibles à la psychothérapie psychanalytique que les troubles émotionnels (AFC2, BIIIA).

- Les enfants jeunes tirent un meilleur profit de la psychothérapie psychanalytique que les enfants plus âgés (AFC2).
- Les problématiques anaclitiques répondent mieux aux traitements psychothérapeutiques ; les problématiques introjectives en revanche répondent mieux à la psychanalyse (MPRP).
- Les troubles psychosomatiques répondent bien aux psychothérapies psychanalytiques (HSA, BIIIA).

Facteurs influençant le processus thérapeutique

- Pour les troubles graves de la personnalité, il est nécessaire de combiner des techniques de soutien et d'expression si l'on veut obtenir des résultats positifs (MPRP).
- La relation thérapeutique établie en début de traitement permet de prédire l'issue de celui-ci (BIIIC).
- Les thérapies de soutien, du fait de leur souplesse, donnent de meilleurs résultats avec les patients psychotiques (BPSS).
- Angoisses, sentiments de culpabilité et transfert idéalisant sont corrélés avec la réussite des traitements; honte, humiliation et angoisses existentielles avec l'échec des traitements (AFC4).
- Les résultats favorables concernant les symptômes sont annoncés par des modifications de la vie onirique (USD).

Thérapeutes et relation thérapeutes/ patients en tant que facteur significatif

- Les analystes expérimentés ne sont pas forcément les plus efficaces (SKIS, NYPIS).
- Des indices tendent à montrer que les attitudes orthodoxes apportent peu en psychothérapie psychanalytique (SKIS).
- L'accordage entre analyste et patient est un facteur prédictif central de l'issue du traitement (BPIS).

Développements de la recherche

Récemment la recherche s'est beaucoup enrichie et diversifiée. Ainsi la recherche empirique en psychanalyse n'est plus « terra incognita », ce continent est actuellement de mieux en mieux exploré, les moyens mis en œuvre sont devenus plus fins et sont utilisés avec plus de précautions.

Deux recherches ont - de façon méritée - suscité beaucoup d'intérêt. *Leuzinger-Bohleber* et al., dans une étude catamnétique nuancée et très étendue, ont constaté les effets bénéfiques durables à long terme des psychanalyses et des psychothérapies psychanalytiques (*Leuzinger-Bohleber* et al. 2002). *Sandell* et ses collaborateurs ont montré dans une recherche passionnante (psychanalyses et psychothérapies intégrées dans la recherche à différentes phases de leur déroulement) que les deux types de traitements étaient efficaces, que les psychanalyses montraient cependant des effets à plus long terme (*Sandell et al. 2000*).

D'autres études catamnétiques ont pris comme modèle le protocole de recherche de la Consumer Report Study, utilisant des questionnaires d'autoévaluation pour mesurer les

résultats des psychothérapies psychanalytiques (*Freedman* et al. 1999) ; ces résultats, qui corroborent les résultats positifs mentionnés ci-dessus, doivent cependant - du fait des restrictions méthodologiques - être interprétés avec prudence.

Au cours des dernières années, les instruments de recherche sont effectivement devenus plus précis et mieux adaptés à leur champ d'application, ce qui a eu pour effet de stimuler fortement les recherches portant sur le processus ; ce type de recherche s'avère particulièrement intéressant pour les thérapeutes parce qu'il permet une meilleure compréhension du processus psychanalytique et de ses facteurs d'efficacité. En voici quelques exemples :

- La recherche portant sur la relation transférentielle à l'aide de l'instrument CCRT (Thème du conflit relationnel central) (*Dahlbender* et al. 2001) ;
- Analyses du discours assistées par ordinateur, permettant de mettre en évidence les cycles thérapeutiques, c'est-à-dire les va-et-vient en séance entre moments de vécu émotionnel et moments d'élaboration cognitive (*Mergenthaler* 2000) ;
- L'étude des théories explicatives subjectives, considérées par exemple sous l'angle de leur concordance chez le thérapeute et le patient, ainsi que de leur influence sur le processus psychanalytique (*Werbart* et al.) ;
- L'utilisation des analyses de conversation comme méthode de recherche pour examiner les séances psychanalytiques (*Peräkylä* 2000) ;
- Le développement d'échelles d'analyse du processus en vue d'une description fiable du dialogue psychanalytique (*Scharf* et al. 1999).
- La mise en évidence du rôle de la technique psychothérapique (soutien adapté au fonctionnement défensif, interprétation des conflits intrapsychiques) sur le développement de l'alliance thérapeutique (*Despland* et al. 2001)

Les **études comparatives de processus** constituent des méthodes particulièrement satisfaisantes parce qu'elles procèdent à un examen des résultats tout en étant à même de les relier au processus thérapeutique. Cinq études de ce type méritent dans tous les cas d'être mentionnées :

- « L'étude Heidelberg de la pratique de thérapies psychanalytiques longues » examine à Heidelberg et Berlin des thérapies longues à 1 séance hebdomadaire, respectivement 3 séances et plus ; elle compare leurs déroulements et leurs résultats (*G. Rudolf, T. Grande*).
- « L'initiative de recherche suisse psychothérapie psychanalytique (FiPP) », un projet de l'EFPP, étudie les processus de changement et les résultats de psychothérapies psychanalytiques à 1, respectivement 2 séances hebdomadaires, ceci avec des patients répartis selon deux niveaux d'organisation psychique (correspondant à deux degrés de gravité de la pathologie) ; les déroulements et les résultats pour ces quatre groupes seront alors comparés entre eux. Cette recherche est menée dans les conditions de la pratique ambulatoire réelle (*J. Küchenhoff*).
- « L'étude psychothérapie longue Hambourg-Francfort » a comparé des psychothérapies psychanalytiques longues avec des psychothérapies cognitivo-comportementales longues, ceci pour le traitement de l'anxiété et de la dépression. Les résultats sont en cours d'élaboration (*J. Brockmann, T. Schlüter, J. Eckert*).
- Le « projet de recherche Berkeley » examine de façon systématique, depuis de longues années déjà, les facteurs du processus contribuant au succès, ceci pour différentes modalités de setting de thérapie (*E. Jones*).
- Le projet « AHMOS » indique une voie d'avenir prometteuse : AHMOS est l'abréviation des différents centres impliqués (Amsterdam, Helsinki, Milan, Oslo, Stockholm) et se

propose de mener une recherche multifocale portant sur le processus et les résultats dans les psychanalyses. La recherche est dirigée, entre autres, par Szecsy, Killingmo et al.

Limites des résultats tirés de la recherche empirique dans le domaine de la psychanalyse

La grande quantité de données disponibles ne doit pas faire oublier la nécessité de poursuivre et intensifier les efforts de recherche. D'un point de vue actuel, certains travaux plus anciens souffrent de faiblesses méthodologiques. On constate, entre autres, l'absence de standardisation des diagnostics, le peu de précision concernant la spécificité des mesures thérapeutiques, la sélection peu claire des groupes de sujets étudiés, ainsi que des procédures d'analyses statistiques lacunaires. Les études se proposant de comparer différentes méthodes thérapeutiques sont difficiles à mener. Une supériorité de la psychothérapie psychanalytique par rapport à d'autres méthodes n'a pas pu être mise en évidence jusqu'ici. La difficulté méthodologique majeure réside dans le fait que l'on n'est pas encore en mesure de rendre compte expérimentalement du processus psychanalytique. C'est précisément sur ce point que se focalisent les efforts de recherche actuels.

Remarques conclusives : un champ de recherches étendu existe, il reste cependant beaucoup à faire! Pour de plus amples informations, nous recommandons le travail de recensement de Fonagy déjà mentionné plus haut ; sa version imprimée comporte 270 pages. C'est ce travail qui a servi de base pour notre résumé. En conclusion, quelques remarques concernant l'état actuel de la recherche empirique dans le champ de la psychanalyse :

- L'idée que la psychanalyse n'a aucune recherche expérimentale à présenter est un mythe.
- Il reste beaucoup à faire: la recherche - comme dans tout autre domaine - doit être poursuivie avec les instruments méthodologiques améliorés dont nous disposons aujourd'hui.
- Il est urgent de publier les résultats d'études portant sur des troubles spécifiques. Concernant la spécificité des troubles, la théorie psychanalytique ne s'est pas étayée sur la psychopathologie descriptive classique. Cependant, dans les années à venir, la répartition des ressources dans le domaine de la santé publique dépendra de plus en plus de preuves d'efficacité d'un traitement donné pour tel trouble spécifique. La recherche en psychanalyse devrait par conséquent présenter les résultats dont elle dispose déjà à ce sujet, tout en s'attachant à collecter de nouvelles données.
- Le débat épistémologique en vue de discerner les méthodologies de recherche adaptées aux conceptions psychanalytiques de la pathologie et de son traitement est trop peu connu, et devrait être engagé de façon plus intensive et combative.

Annexe A : Règlements de formation de l'EFPP Suisse romande

EFPP Suisse romande, section "Adultes"

Formation de base

- Formation universitaire achevée en médecine ou en psychologie.
- Formation post-graduée achevée de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH), ou de psychologue psychothérapeute reconnue par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) ou par l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP).
- Autorisation de pratiquer en tant que psychothérapeute à titre dépendant ou indépendant, conformément aux dispositions légales fédérales et cantonales.

Formation spécifique en psychothérapie psychanalytique

Durée

Au minimum trois ans à temps plein ou six ans à temps partiel.

Expérience personnelle

Psychanalyse d'au moins 450 séances, sur le divan, habituellement de 45 minutes par séance, au moins trois fois par semaine, auprès d'un psychanalyste affilié à un institut ou une société psychanalytique appartenant à l'Association Psychanalytique Internationale (API), ou pouvant attester d'un parcours de formation jugé équivalent par le Comité de l'EFPP Suisse romande.

Psychothérapies psychanalytiques supervisées

Au minimum 4 thérapies individuelles achevées et supervisées, à savoir au moins trois thérapies longues (100 heures au minimum) et une thérapie brève (moins de 30 heures), chez plus d'un superviseur.

Exigences concernant la supervision: au minimum 250 séances de supervision, dont au moins 200 séances individuelles. 50 séances peuvent se dérouler en groupe (durée : 90 minutes), à condition que le candidat présente lui-même son travail avec le patient (participation active). Les heures de participation passive dans un groupe de supervision comptent pour la moitié.

Formation théorique

Participation pour au moins 400 heures à des séminaires couvrant la théorie en psychanalyse et en psychothérapie psychanalytique dans les domaines suivants: la métapsychologie, la psychopathologie, la théorie de la technique, la méthode et ses applications, la recherche en psychothérapie psychanalytique, ainsi que l'histoire et l'actualité de la psychanalyse.

Expérience clinique en institution

Formation clinique d'une durée minimale équivalente à une année à temps plein dans une institution hospitalière ou ambulatoire accueillant des patients relevant d'une pathologie psychique. Cette activité doit permettre l'acquisition, sous contrôle qualifié, d'une expérience thérapeutique professionnelle avec des patients souffrant de troubles psychiques divers et de gravité variable.

EFPP Suisse romande, section "Enfants et Adolescents"

Formation de base

- Formation universitaire achevée en médecine ou en psychologie.
- Formation post-graduée achevée de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH), ou de psychologue psychothérapeute reconnue par la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) ou par l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP).
- Autorisation de pratiquer en tant que psychothérapeute à titre dépendant ou indépendant, conformément aux dispositions légales fédérales et cantonales.

Formation spécifique en psychothérapie psychanalytique

Durée

Au minimum trois ans à temps plein ou six ans à temps partiel.

Expérience personnelle

Psychoanalyse d'au moins 450 séances, sur le divan, habituellement de 45 minutes par séance, au moins trois fois par semaine, auprès d'un psychanalyste affilié à un institut ou une société psychanalytique appartenant à l'Association Psychanalytique Internationale (API), ou pouvant attester d'un parcours de formation jugé équivalent par le Comité de l'EFPP Suisse romande.

Psychothérapies psychanalytiques supervisées

Au minimum 4 thérapies individuelles d'enfants et d'adolescents achevées et supervisées, à savoir au moins trois thérapies longues (100 heures au minimum) et une thérapie brève (moins de 30 heures), chez plus d'un superviseur.

Exigences concernant la supervision: au minimum 250 séances de supervision, dont au moins 200 séances individuelles. 50 séances peuvent se dérouler en groupe (durée : 90 minutes), à condition que le candidat présente lui-même son travail avec le patient (participation active). Les heures de participation passive dans un groupe de supervision comptent pour la moitié.

Formation théorique

Participation pour au moins 400 heures à des séminaires couvrant la théorie en psychanalyse et en psychothérapie psychanalytique dans les domaines suivants: la métapsychologie, la psychopathologie, la psychopathologie d'enfants et d'adolescents, la théorie de la technique en psychothérapie d'enfants et d'adolescents, la méthode et ses applications, la recherche en psychothérapie psychanalytique, ainsi que l'histoire et l'actualité de la psychanalyse.

Expérience clinique en institution

Formation clinique d'une durée minimale équivalente à une année à temps plein dans une institution hospitalière ou ambulatoire accueillant des patients enfants et adolescents relevant d'une pathologie psychique. Cette activité doit permettre l'acquisition, sous contrôle qualifié, d'une expérience thérapeutique professionnelle avec des patients souffrant de troubles psychiques divers et de gravité variable.

Annexe B : Définition de la commission Mattanza (OFAS)

Les notions d'efficacité, d'adéquation et d'efficience économique sont définies dans le « manuel en vue de la standardisation de l'évaluation médicale et économique des prestations médicales ». La nature de la psychothérapie veut que dans ce domaine les représentations concernant les buts, la réussite et la valeur soient très différentes. Pour les besoins de la psychothérapie, ces définitions demandent à être nuancées et complétées.

Efficacité

Un traitement psychothérapeutique peut être tenu pour efficace lorsqu'il produit, dans les cas de troubles à caractère pathologique, des changements vérifiables pouvant être constatés sous la forme d'une réduction des symptômes, d'une satisfaction à vivre accrue, d'une acceptation ou modification de la situation existentielle, d'une meilleure capacité à affronter la vie quotidienne ou d'une stabilisation. L'appréciation adéquate de l'efficacité d'un traitement ou d'une méthode psychothérapeutique se dégage donc de l'observation de ses applications et de sa documentation au moyen de principes scientifiques reconnus.

Adéquation

L'examen de l'adéquation d'une méthode psychothérapeutique présuppose la nécessité d'un traitement, et doit être défini comme l'appréciation comparative de l'utilité du traitement pour les patientes et patients par rapport aux risques qu'elle comporte. En conséquence, une méthode psychothérapeutique est considérée comme adéquate lorsque son utilité est supérieure aux risques qui lui sont liés ou aux risques que comportent des traitements alternatifs, y compris aux risques d'une position d'attente, ou d'une absence de traitement, avec la conséquence négative d'une évolution chronique du trouble. Un second critère d'adéquation d'une méthode psychothérapeutique est constitué par le rapport entre le nombre de traitements efficaces et celui de traitements inefficaces.

Efficience économique

L'examen de l'efficience économique d'une méthode psychothérapeutique se définit par l'appréciation comparative de l'investissement financier occasionné par le traitement et de la valeur des résultats obtenus. A côté de l'investissement financier lié au traitement selon une méthode psychothérapeutique donnée, il s'agit donc également de préciser des critères de valeur concernant un profit matériel ou immatériel de la psychothérapie. Pour la psychothérapie, les analyses coûts - efficacité sont à privilégier par rapport aux analyses coûts - profits. Il importe d'évaluer selon des critères scientifiques dans quelle mesure un traitement selon une méthode psychothérapeutique donnée permet d'éviter ou de réduire chez les patientes et patients, par exemple des séjours hospitaliers, des incapacités de travail, ou de réduire les coûts liés à d'autres sortes de traitement. Le profit d'un traitement psychothérapeutique peut aussi consister en une amélioration de la qualité de vie.

Office fédéral des assurances sociales (OFAS) : critères de standardisation pour l'évaluation de l'efficacité, adéquation et efficience économique des méthodes psychothérapeutiques. Version 5 formulée par le Dr G. Mattanza sur mandat de l'OFAS et de l'ELK. Berne, février 1998.

Annexe C : bibliographie

	Chapitre
Anna Freud Centre Study 1: cf. Fonagy und Moran (1991)	2
Anna Freud Centre Study 2: cf. Fonagy und Target (1994)	8
Anna Freud Centre Study 3: cf. Target und Fonagy (1998)	2
Anna Freud Centre Study 4: cf. Fonagy, Gerber et al. (in preparation)	8
BIIIA-C: <i>A multi-centre study on psychoanalytic oriented treatments</i> . The Berlin III Study (A, B & C); cf. Rudolf et al. 1994	8
Bateman, A., Fonagy, P. (2001): <i>Treatment of Borderline Personality Disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-Month Follow-Up</i> . In: <i>Ame J. Psychiatry</i> 158, 36-42	3
Breyer, F., Heinzl, R., Klein, Th. (1997): <i>Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. (Cost and benefit of outpatient psychoanalytic therapy in Germany)</i> . In: <i>Gesundheitsökonomie und Qualitymanagement</i> : 2, 59-73, Thieme Verlag, Stuttgart/New York	3 6 8
Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (in preparation): <i>The effects of psychoanalytically oriented and behavior long-term therapy. A comparative study from the private practices of insurance-registered psychotherapists</i>	8
Bundesamt für Gesundheit (BAG), Autor: Weiss, W. (1993): <i>Gesundheit in der Schweiz</i> . Seismo Verlag (dt.), Editions Payot (franz.)	6
Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Bern, (Feb.1998); formuliert von Dr.med. G. Mattanza im Auftrag des BSV und der ELK: <i>Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden</i> . (5. Entwurf)	4 5 6
Bürgin, D. (1993): <i>Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter</i> . Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/Jena/New York	2
Coyle, J.T. (2000): <i>Psychotropic Drug Use in very young Children</i> . In: <i>JAMA</i> 283 (8), 1059 -1060	2
Dahlbender, R., Erena, C, Reichenauer, G. & Kächele, H. (2001): <i>Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokaltherapie</i> . In: <i>Psychother Psychosom med Psychol</i> 51: 176 - 185	8
Dick, B.M. (1975): <i>A Ten-Year Study of Out-Patient Analytic Group Therapy</i> . In: <i>Brit J Psychiat</i> 127, 365-375	3

Despland, J.-N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., Perry, J.C. (2001): <i>Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a Brief Psychodynamic Investigation.</i> J. of Psychother. Practice and Research 10: 155-164	8
Dührssen, A. (1962): <i>Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie.</i> In: Z Psychosom Med. 8, 94-113	6
Erle, J. & Goldberg, D. (1984): <i>Observations on assessment of analyzability by experienced analysts.</i> In: Journal of the American Psychoanalytical Association 32, 715-737	8
Fäh, M. (1997): <i>Sind Langzeitpsychotherapien uneffektiv und unbezahlbar?</i> In: Leuzinger-Bohleber, M. und Stuhr, U. (Hg.): <i>Psychoanalysen im Rückblick,</i> Psychosozial-Verlag, Giessen	6
Fäh, M. und Fischer, G. (Hg.) (1998): <i>Sinn und Unsinn in der Therapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden.</i> Psychosozial-Verlag, Giessen	4
Freedmann, N. (1999): <i>Report from Mid-Manhattan: The research program of the institute for Psychoanalytic Training and Research (IPT AR).</i> Paper presented at the Psychoanalyses an Psychoanalytic Long-term Therapies International Conference, University of Hamburg, October 21 - 24, 1999	8
Fonagy, P., Gerber, A., Higgitt, A. & Bateman, A. (in prep.): <i>The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults</i>	8
Fonagy, P. und Moran, G. (1991): <i>Studies of the efficacy of child psychoanalysis.</i> J Consulting Clinical Psychol 58: 684-695	2
Fonagy, P., Target, M. (1994): <i>The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders.</i> In: J of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33,45-55	2 8
Fonagy, P. et al.: <i>An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis.</i> Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President. http://www.ipa.org.uk/research/R-outcome.htm	4 8
Fuhriman, A., Burlingame, G.M. (1994): <i>Handbook of Group Psychotherapy, An Empirical Synthesis.</i> John Wiley & Sons, Inc., New York	3
Gabbard, G., Lazar, S., Hornberger, J., Spiegel, D. (1997): <i>The economic impact of psychotherapy: a review.</i> In: Am J Psychiatry 154 (2), 147-155	6
Glenn, J. (Ed.) (1992): <i>Child Analysis and Therapy.</i> Jason Aronson Inc., Northvale/London	2
Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1997). <i>Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen.</i> In: Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U. (Hrsg.)	8

Hall, Z., Mullee, M. (2000): <i>Undertaking Psychotherapy Research</i> . In: Group Analysis 33, 319-332	3
Hogland, P. (1993): <i>Personality disorders and long-term outcome after brief psychodynamic psychotherapy</i> . In: Journal of Personality Disorders 7, 168-181	8
HSA: <i>The Heidelberg Psychosomatic Clinic Study - a naturalistic prospective outcome and follow-up study</i> . The Heidelberg Study (A & B). cf. Rad, M. et al. 1998	8
Jones, E.E. (2000): <i>Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Research</i> . Jason Aronson Northvale, N.J.	8
Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., Studt, H. H. and the study group on empirical psychotherapy research in analytical psychology (1998): <i>efficacy and cost effectiveness aspects of outpatient jungian psychoanalysis and psychotherapy - a catamnestic study</i> - .Berlin: Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University Medical Center, Benjamin Free University of Berlin	8
Küchenhoff, J., Rudolf, G. (in preparation): <i>Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy: a prospective longitudinal study</i> . Forschungsprojekt des Schweizerischen Nationalfonds. (FiPP: Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie)	8
Lazar, S., und Gabbard, G. (1997): <i>The cost-effectiveness of psychotherapy</i> . In: Psychother Pract Res 6(4), 307-314	6
Lemche, E. (2000): <i>Gibt es eine spezifische Indikation zur psychoanalytischen Gruppentherapie?</i> In: Psychotherapeut 45, 165-169	3
Leuzinger-Bohleber, M. und Stuhr, U. (Hg.) (1997): <i>Psychoanalysen im Rückblick</i> . Psychosozial-Verlag, Giessen	4
Leuzinger-Bohleber, M. u.a. (2002): <i>"Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis</i> . Kohlhammer, Stuttgart/Berlin	4, 6 8
Lorentzen, St. (2000): <i>Assessment of Change after Long- Term Psychoanalytic Group Treatment: Presentation of a Field Study of Outpatients from Private Psychiatric Practice</i> . In: Group Analysis 33, 373-396	3
Mergenthaler, E. (2000): <i>The Therapeutic Cycle Model in Psychotherapy Research: Theory, Measurement and Clinical Application</i> . In: Ricerche sui Gruppi 10: 34 – 40	8
Mertens, W. (1995): <i>Warum Psychoanalysen lange dauern</i> . In: Psyche 5,405-433	1

	Chapitre
Mertens, W. und Waldvogel, B. (Ed.) (2002): <i>Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe</i> . 2. durchgesehene Aufl., Kohlhammer Stuttgart/Berlin	1
Metzl, J. (1998): <i>Psychotherapy, managed care and the economy of interaction</i> . In: Am J Psychother 52, 332-351	6
National Health Service Executive (1996): <i>Psychotherapy Services in England</i> . London HMSO	6
NPS: The Norwegian Prospective Study. cf. Hogland 1993	8
NYPIS: The New York Psychoanalytic Institute Study. cf. Erle et al. 1984	8
Peräkylä, A. (2000): <i>Using conversation analysis in psychotherapy research</i> . Paper presented at the IPA Research Training Programme, London	8
Rad, v M., Senf, W., Bräutigam, W. (1998): <i>Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnesenprojektes</i> . In: Psychother. Psychosom. med Psychol 48, 88-100	8
Rudnitzk, C., Körtel, B., Tschuschke, V. (1998): <i>Gruppenanalyse und Adoleszenz: Über die Wirkungen gruppenanalytischer Gruppenarbeit mit jungen Erwachsenen und deren Eltern in einem komplexen Setting</i> . In: Gruppenanalyse 8, 149-180	3
Rudolf, G., Manz, R., & Ori, C. (1994): <i>Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien</i> . In: Zsch Psychosom Med 40, 25-40	8
Sandahl, Chr., Herlitz, K., Ahlin, G., Rönnerberg, St. (1998): <i>Time-limited Group Psychotherapy for Moderately Alcohol Dependent Patients: A Randomised Controlled Clinical Trial</i> . In: Psychotherapy Research 8(4), 361-378	3
Sandahl, Chr., Lindgren, A., Herlitz, K. (2000): <i>Does the Group Conductor Make a Difference? Communication Patterns in Group-Analytically and Cognitive Behaviourally Oriented Therapy Groups</i> . In: Group Analysis 33, 333-351	3
Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A. (1997): <i>When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program</i> . In: Psychotherapy Research 7, 333-344, The Stockholm Study	4 8
Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Rand, H. (2000): <i>Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP)</i> . In: Int J Psychoanal 81 (5), 921 - 943	8

	Chapitre
Sashin, J., Eldred, S., & Van Amerowgen, S. T. (1975): <i>A search for predictive factors in institute supervised cases: a retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute.</i> In: International Journal of Psycho-Analysis 56, 343-359	8
Scharf, R.D., Waldron, S., Firestein, S.K., Goldberger, A. & Burton, A. (1999): <i>The analytic process scales (APS) Coding manual.</i> Unpublished manuscript	8
Schulte-Markwort, M., Diepold, B., Resch, F. (Hg.) (1998): <i>Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein Psychodynamisches Fallbuch.</i> Thieme Verlag, Stuttgart/New York	2
Sigrell, B. (1992): <i>The Long-term Effects of Group Psychotherapy. A Thirteen-year Follow-up Study.</i> In: Group Analysis 25, 333-352	3
Strauss, B., Burgmeier-Lohse, M. (1994): <i>Stationäre Langzeit-Gruppenpsychotherapie. Ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld.</i> Asanger Verlag, Heidelberg	3
Strauss, B., Eckert, J., Tschuschke, V. (Hg.) (1996): <i>Methoden der empirischen Gruppenpsychotherapieforschung.</i> Westdt.Verlag, Opladen	3
Szecsödy, L., Varvin, S., Beenen, F., Stoker, J., Klockars, L. & Amadei, G. (1999): <i>Multicenter collaboration of research on process and outcome of psychoanalysis.</i> Presentation of AHMOS. Paper presented at the International Psychoanalytical Congress, Santiago	8
Target, M. und Fonagy, P. (1998): <i>The long term follow up of child psychoanalysis.</i> Paper presented at the Vulnerable Child Symposium at the American Psychoanalytic Association, Toronto, May 1998	8
Teufel, R. & Volk, W. (1988): <i>Erfolg und Indikation stationärer psychotherapeutischer Langzeittherapie.</i> In: Ehlers, W., Traue, H. C. & Czogalik, D. (Eds.): <i>Bio-psycho-soziale Medizin</i> (331-346). Springer-PSZ-Drucke, Berlin	8
Thomä, H. und Kächele, H. (1996): <i>Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie.</i> (2 Bände) 2. Auflage, Springer, Berlin/Heidelberg	1
Tschuschke, V. (1989): <i>Wirksamkeit und Erfolg in der Gruppenpsychotherapie.</i> In: Gruppenpsychother. Gruppendynamik 25, 60-78	3
Tschuschke, V. (2001): <i>Gruppenpsychotherapie - Entwicklungslinien, Diversifikation, Praxis und Möglichkeiten.</i> Psychotherapie im Dialog 2, 3-15	3
Tschuschke, V., Anbeh, T. (2000): <i>Early Treatment Effects of Long-Term Outpatients Group Therapies - First Preliminary Results.</i> In: Group Analysis 33, 397-411	3

	Chapitre
Werbart, A. & Levander, S. (2000): <i>Pain in the body - pain in the soul: The need of private explanations when not feeling well.</i> In: Nilsson, P. & Orth-Gomér, K. (Eds.): <i>Self-rated health in European perspective</i> , 136 - 151. FRN Report 2000: 2. Forskningsradsnämnden, Stockholm	8
Yalom, I.D. (1974): <i>Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden.</i> München	3
Yalom, I.D. (1995): <i>The theory and practice of group psychotherapy.</i> 4th edition. New York	3

EFPP Clinical Monograph Series

Published by Karnac Books, London

Anastasopoulos, D., Laylou-Lignos, E., Waddell, M. (Eds.) (1999): *Troubled Minds: Psychoanalytic Psychotherapy of the Severely Disturbed Adolescents.* Karnac Books, London

Anastasopoulos, D. (Ed.) (in preparation): *The therapist at work: personal factors affecting the analytic process.* Karnac Books, London

Frisch, S., Gauthier, J-M., Hinshelwood, R.D. (Eds.) (2001): *Psychoanalysis and Psychotherapy. The Controversies and the Future.* Karnac Books, London

Martindale, B., Morner, M., Cid Rodriguez, M.E., Vidit, J-P. (Eds.) (1997): *Supervision and Its Vicissitudes.* Karnac Books, London

Pestalozzi, J., Frisch, S., Hinshelwood, R., Houzel, D. (Eds.) (1998): *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings.* Karnac Books, London

Tsiantis, J., Anastasopoulos, D., Martindale, B., Sandler, A-M. (Eds.) (1996): *Countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy With Children and Adolescents.* Karnac Books, London

Tsiantis, J., Boalt Boethius, S., Hallerfors, B., Tischler, L., Horne, A. (Eds.) (2000): *Work with Parents. Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents.* Karnac Books, London

Annexe D : Recherches

AFC1	Anna Freud Centre Studies 1: The Work on juvenile-onset Insulin-Dependent Diabetes
AFC2	Anna Freud Centre Studies 2: Chart Review of 765 Cases Treated with Psychoanalysis or Psychotherapy
AFC3	Anna Freud Centre Studies 3: The Long-term Follow-up of Child Analytic Treatments
AFC4	Anna Freud Centre Studies 4: The Comparison of Intensive (5 times weekly) and Non-intensive (once weekly) Treatment of Young Adults
AFC5	Anna Freud Centre Studies 5: Prospective Study of the Outcome of Child Psychoanalysis and Psychotherapy
ASPR	The Amsterdam Study or Process Records
BAS	The Buenos Aires Study: Empirical study of a six years successful psychoanalytic therapy of a patient with anorexia nervosa
BI	The Berlin 1 Study: The Fenichel Report
BII	The Berlin II Study
BiIA	The Berlin III Study (A): A multi-centre study of psychoanalytic oriented treatments: The Therapeutic Alliance. Investigations to Process and Outcome of Psychoanalytic Therapies
BIIC	The Berlin III Study (C): The prognostic relevance of a working alliance as seen by patients and therapists
BIIB	Berlin III Study (B): Results of psychoanalytic therapies
BJS	The Berlin Jungian Study: On the effectiveness and efficacy of outpatient Jungian) psychoanalysis and psychotherapy - a catamnestic study
BPIS	The Boston Psychoanalytic Institute Study
BPSS	The Boston Psychotherapy Study of Schizophrenia
CARR	Configurational Analysis and Role-Relationship Models
CCRT	Core Conflictual Relationship Theme Method
CMT	Control Mastery Theory & the Plan Formulation Method
CURP	The Columbia University Research Project
ECS	The European Collaborative Study: The European Psychoanalytic Collaborative Study on Process and Outcome
FiPP	Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie
FRMS	FRAMES
GPAS	The German Psychoanalytical Association Study - Longterm effects of psychoanalyses and psychoanalytic therapies: a representative follow-up study
HBS	The Heidelberg-Berlin Study: The Heidelberg-Berlin Practice Study on Psychoanalytic Long Term Therapy

HSA	The Heidelberg Study (A): The Heidelberg Psychosomatic Clinic Study - a naturalistic prospective outcome and follow-up study
HSB	The Heidelberg Study (B): Observations concerning the dose-response relationship
HSC	The Heidelberg Study (C): Long-term outcome of out-patient psychoanalytic psychotherapies and psychoanalyses: a study of 53 follow-up interviews
LAES	The Latin American Effectiveness Study: Effectivity and Efficiency of Psychoanalytic Treatments of Long Duration and High Frequency as Compared with Long Duration and Low Frequency
LAS	The Los Angeles Study of Developmental Reading Disorders
LPHS	The London Partial Hospital Study
MCS	The Mexico City Study: The psychodynamic psychotherapy of BPD
MCT	Multiple Code Theory and the Referential Cycle
MNYS	The Munich - New York Collaborative Study: The Psychodynamic Treatment of BPO
MPDS	The Munich Psychotherapy of Depression Study (MPDS): Comparing the effects of psychoanalysis and psychotherapy
NPS	The Norwegian Prospective Study
NSW	The New South Wales Study of Personality Disorder
NYPIS	The New York Psychoanalytic Institute Study
OIS	The Oslo I Study: Schjeldrup: An early proponent of combined questionnaire and personal follow-up Interview
OIIS	The Oslo II Study: A process-outcome study of psychoanalysis
PPQS	The Psychotherapy Process Q-set and Quantitative Single Case Research
PRP	The Menninger Psychotherapy Research Project
SSEE	The Saarbrücken Study of Emotional Expression: Multichannel psychotherapy process research project
THPS	The Helsinki Psychotherapy Study
TKS	The Konstanz Study: A German Consumer Reports Study
TRIP	The Menninger Treatment Interventions Project
TSFC	Tavistock Study of Fostered or Adopted Children
TSS	The Stuttgart Study: The Stuttgart Psychotherapeutic Hospital Follow-Up Study
USD	The Ulm Study of Dreams: Aggregating Single Cases

La Fédération Européenne de Psychothérapie Psychanalytique

L'EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector) a été fondée à Londres en 1991 et compte aujourd'hui environ 14'000 membres, avec des sociétés nationales dans pratiquement tous les pays d'Europe occidentale. Son objectif principal est l'intégration de l'apport de la psychanalyse aux processus thérapeutiques concernant les troubles psychiques, particulièrement dans le secteur public. Il s'agit ainsi de préserver et de promouvoir l'accessibilité des psychothérapies psychanalytiques aussi largement que possible.

En Suisse, l'EFPP a maintenant des associations dans les trois régions linguistiques. Ces branches régionales ont chacune leur organisation propre et coopèrent étroitement au niveau national au sein de l' "EFPP Suisse". Il s'agit de:

- EFPP Deutsche Schweiz
- EFPP Suisse romande, Sections "Adultes" et "Enfants et Adolescents" / Association Romande pour la Psychothérapie Psychanalytique (ARPP)
- EFPP Svizzera italiana, Academia di Psicoterapia Psicoanalitica della Svizzera italiana (APPsi)

Avec cette publication, élaborée et rédigée par l'EFPP Deutsche Schweiz, et maintenant traduite dans les 3 langues nationales, les membres de L'EFPP Suisse souhaitent contribuer au maintien et au développement d'une conception des soins au centre de laquelle se trouve l'être humain en tant que sujet, et favoriser l'établissement d'un dialogue constructif entre spécialistes et représentants des autres acteurs dans le domaine de la santé publique (patients, pouvoirs publics, assureurs,...).

Les objectifs, l'organisation et les activités de l'EFPP sont accessibles sur un site internet aux adresses suivantes : <http://www.efpp.ch> et <http://www.efpp.org>.