

LA PSYCHOTHÉRAPIE CORPORELLE APPLIQUÉE À UN CADRE THÉRAPEUTIQUE FOCAL :

LA PSYCHOTHÉRAPIE BRÈVE CARACTÉRO-ANALYTIQUE (P.B.C.) XAVIER SERRANO HORTELANO

(Traduction: D. Alloatti alloattid@yahoo.fr)

Note : Dans le but d'alléger la lecture de ce document, le générique masculin est utilisé sans discrimination.

INTRODUCTION HISTORIQUE

L'objectif principal d'une psychothérapie est, selon moi, d'éviter ou de réduire la souffrance psychique et émotionnelle des patients. Celle-ci découle en grande partie d'un manque de conscience de leurs conflits intérieurs, et des déséquilibres structuraux provoqués par leurs environnements écosystémiques passés et présents. A travers la psychothérapie, nous donnons aux patients les moyens de retrouver leur contact intérieur ainsi que la sensation d'appartenance sociale et cosmique. De cette manière, ils parviennent à mieux maîtriser leur vie, tant au niveau personnel que dans leur projection sociale, et gèrent plus efficacement leurs ressources structurelles réelles.

Afin d'atteindre cet objectif, il est nécessaire d'utiliser une systématique clinique qui nous permette d'appliquer les outils techniques de manière cohérente, en fonction des objectifs cliniques, du cadre thérapeutique et des particularités de chaque personne. Ce travail s'effectue dans un espace permettant le bon déroulement du processus thérapeutique, dont l'axe principal est une relation thérapeutique solidement ancrée dans la déontologie professionnelle.

Comme nous l'avons vu auparavant, la pratique de la psychothérapie est liée au type de cadre thérapeutique : aide en situation de crise, cadre bref ou approfondi. Je vais par ailleurs profiter de cette occasion pour décrire plus en détail les caractéristiques principales de la psychothérapie brève, pour ensuite approfondir le modèle caractéro-analytique post-reichien que j'ai mis au point : "la psychothérapie brève caractéro-analytique" (P.B.C.).

L'histoire de la psychothérapie est ponctuée d'exemples qui méritent notre attention, puisqu'ils nous aident à comprendre les origines de la psychothérapie brève et ses caractéristiques principales. Nous savons ainsi qu'à partir de leurs expériences, ou même influencés par des dynamiques personnelles, des psychothérapeutes de renom ont modifié leur corpus théorique et leur pratique clinique. S. Freud, par exemple, est passé de l'utilisation de l'hypnose aux techniques suggestives, pour ensuite appliquer "la libre association", technique fondamentale dans la pratique psychanalytique. De la même manière, W. Reich a mis au point la Végétothérapie caractéro-analytique, et F. Perls la Gestalt-thérapie, à partir de la psychanalyse. D'une façon générale, les principaux modèles psychothérapeutiques ont modifié, au fil des années, certaines de leurs variables afin d'améliorer leur praxis clinique. Par conséquent, la pratique psychanalytique actuelle est différente de ce qu'elle

était originellement au début du XXI^{ème} siècle. C'est également le cas de la pratique de la psychothérapie reichienne.

Certains auteurs ont émis l'hypothèse que ce sont ces changements cliniques, effectués en vue d'obtenir une meilleure efficacité, qui ont facilité le développement de la psychothérapie brève. Néanmoins, nous savons aussi qu'un grand nombre de professionnels ont dû modifier leur modèle clinique de référence en fonction de la structure de la thérapie et des exigences de la pratique professionnelle, en travaillant dans des centres publics ou privés avec des personnes qui ne pouvaient pas assurer financièrement de longs traitements. Dans d'autres cas, les modifications ont découlé de situations conjoncturelles spécifiques, telle que celle décrite par O. Raknes et que nous analyserons ci-dessous, d'une patiente qui devait changer de pays dans les mois à venir et qui avait besoin d'une aide clinique.

L'une de ces modifications était liée au facteur temporel. Dans les conditions décrites par O. Raknes, ce dernier ne disposait pas du temps nécessaire pour couvrir les objectifs structuraux et profonds. De là est née l'idée d'un cadre thérapeutique bref qui permette d'atteindre certains objectifs réalistes dans un temps de traitement limité. W. Reich et ses collègues ont certainement été confrontés à la même situation dans la "polyclinique psychanalytique de Vienne", accueillant des patients d'un milieu social ouvert et de faible pouvoir d'achat. Cette expérience historique a constitué l'une des premières applications de la psychanalyse dans le domaine préventif et social. Reich la poursuivit dans les années 1930 à Berlin et dans d'autres villes européennes.

Et en effet, à mesure que Freud et les premiers psychanalystes observaient les dynamiques cliniques liées à l'émergence de l'inconscient, ils allongeaient la durée du traitement, jusqu'à ce qu'en 1938, dans l'un de ses derniers textes, Freud indiquât que l'analyse était en réalité interminable. Le processus thérapeutique devait cependant prendre fin à un moment déterminé, ce qui, dans la pratique, se traduisait par plusieurs années d'analyse au rythme de trois à cinq séances par semaine. En d'autres termes, pour atteindre les buts cliniques de la psychanalyse en tant que processus approfondi, il était nécessaire de disposer d'un temps considérable, conformément à son objectif qualitatif et global. Il était de toute évidence impossible d'y parvenir en quelques séances, ce qui constituait – et constitue toujours – le temps disponible dans les centres de santé publics pour la prise en charge un cas.

Selon moi, le facteur temporel a été fondamental pour stimuler la recherche de dynamiques cliniques brèves (auxquelles ont été rajoutés plus tard d'autres facteurs, comme le niveau "d'insight"), plus encore que la recherche d'efficacité du traitement. C'est ce qu'affirment certains auteurs :

"La technique active doit s'employer devant la nécessité d'abrégé le traitement pour des raisons extérieures, au cours d'un traitement massif à l'hôpital militaire ou à la polyclinique" (Ferenczi, 1921).

Il est vrai, toutefois, que dans cette recherche d'efficacité, certains analystes ont commencé à modifier la technique de l'analyse approfondie. Ainsi, S. Ferenczi et S. Freud ont montré que de considérer comme une résistance le fait que le patient ne parle pas pendant les séances, ou parle mais

sans affect, à la façon d'un robot, produisait sur ce dernier des répercussions jusqu'alors inconnues. De la même manière, la "technique active", mentionnée plus haut, de S. Ferenczi, l'un des psychanalystes classiques de "première génération", nous a aidé à comprendre, avec le temps, les conséquences d'un changement de position du psychanalyste : par exemple lorsque celui-ci cesse d'être derrière le patient, penché sur le divan, et qu'au contraire il s'assoit près de lui ou qu'il lui pose une main sur le front ou sur la poitrine, en signal de proximité ou pour faciliter une abréaction affective, utilisant ainsi une posture contraire aux normes de la technique classique qui recommandent d'éviter tout contact. Ferenczi avait déjà clairement expliqué dans ses écrits que :

"La méthode cathartique prétend produire l'abréaction des affects bloqués (la fin) à travers le souvenir, alors que la technique active permet la décharge des affects (le moyen) pour accéder ensuite à l'inconscient" (Ferenczi, 1921).

Dans la même optique, W. Reich a observé que le fait de faciliter l'expression des émotions entraînait d'importantes conséquences dans l'évolution des processus cliniques des patients. De même, il a stimulé la recherche sur la gestualité et les réactions corporelles des patients dans le cabinet, et a inclus ces aspects dans le champ des résistances. Il a ainsi réalisé un pas technique considérable dans la psychanalyse, pas qui a ensuite mené à l'élaboration de la végétothérapie caractéro-analytique.

À ces aspects cliniques que nous venons de mentionner s'est ajoutée l'observation suivante : plus le thérapeute se montre présent et directif, moins il se produit de dynamiques régressives. Ces constatations ont permis à D. Malan d'asseoir, dans les années 1960, les bases scientifico-cliniques menant à l'élaboration de la psychothérapie brève. Des années plus tard, des psychothérapeutes travaillant avec d'autres modèles, tels que les modèles systémique ou humaniste, ont également mis au point un cadre thérapeutique focal, en utilisant comme base leurs propres références théoriques. Dans tous les cas, ce sont, pour moi, les spécialistes du courant d'orientation psychanalytique qui ont le plus contribué au développement de la psychothérapie brève, tant au niveau des fondements théoriques que de la recherche clinique.

Au cours de cette évolution, des modèles et des cadres thérapeutiques variés (Malan, Davanloo, Sifneos, Braier, etc.), sont venus élargir le domaine de la psychothérapie brève. On pourrait en résumer ainsi les principales caractéristiques :

Aspects conjoncturels : l'aide clinique consiste en un total de 20 à 30 séances hebdomadaires de 45-50 minutes chacune.

Relation thérapeutique : les séances se déroulent habituellement en "face à face" - le thérapeute et le patient sont assis l'un en face de l'autre, une table présente ou non entre eux. Cela permet à la relation d'être plus interactive et réelle, et de fait moins symbolique ou fantasmatique. De la même manière, l'attitude du psychothérapeute devient plus active et dynamique que dans le cadre d'une thérapie approfondie.

Dynamique clinique : la neutralisation du symptôme reste l'objectif primordial, tout en essayant d'être une alternative aux médicaments psychotropes, même si, dans certains cas, il est nécessaire de combiner les deux. Nous

rechercherons la logique intrapsychique sous-jacente au symptôme de chaque patient, en concentrant notre attention sur un “focus”, un point spécifique, ce qui suppose de choisir un aspect essentiel parmi tous ceux qui peuvent surgir durant l'étude. La dynamique analytique focale sera renforcée par l'analyse de certains rêves, de résistances et d'attitudes du patient qui pourraient refléter une dynamique transférentielle, c'est-à-dire des déplacements d'affects des figures parentales, ou tenant une place importante dans l'enfance du patient, vers le thérapeute. Ces déplacements apparaissent chaque fois que ces affects ne sont pas fondés objectivement, comme par exemple lorsque le patient considère que le thérapeute est très désapprouvateur alors qu'il est réellement très tolérant et libéral, et ce contrairement au père du patient. Nous cherchons ainsi à éviter l'émergence d'éléments inconscients profonds, avec un ancrage émotionnel et “historique” du patient envers le thérapeute (névrose de transfert), et par conséquent l'apparition d'un contenu qui ne va pas pouvoir être élaboré et intégré de manière adéquate pendant la durée du traitement. En revanche, certains aspects vont, eux, être dynamisés ; et bien que superficiels, ils vont avoir, au cours ce processus, une influence suffisamment importante pour rétablir l'équilibre psychique du patient et l'amener à être plus conscient de ses mécanismes comportementaux, ce qui permettra ensuite de neutraliser l'action du symptôme.

Ces caractéristiques sont également présentes dans notre modèle, que j'ai défini sous le nom de “psychothérapie brève caractéro-analytique” (Serrano, 1991 b), bien que certains de ses aspects correspondent aux modèles humaniste et systémique.

Je travaillais dans un centre public d'aide psychologique, dans les années 1980, lorsque j'ai ressenti le besoin d'étudier plus en profondeur ce cadre thérapeutique. Mon intérêt s'est en effet accru au fur et à mesure que j'acquerrais des bases cliniques en végétothérapie caractéro-analytique, technique que j'ai commencé à utiliser dans mon cabinet privé après avoir terminé ma formation d'orgonothérapeute en Italie et en France, à la “*Scuola Europea di Orgonoterapia*” (SEOR).

J'ai commencé, dans ce centre, à prendre en charge certains patients en utilisant les critères de la psychothérapie brève analytique, en introduisant progressivement certains aspects caractéro-analytiques. L'objectif était d'aider le patient à prendre conscience des tensions musculaires de son corps, de ses gestes, de sa manière de respirer, de s'asseoir, de regarder, les changements dans le ton de sa voix lors des premières entrevues, etc. Cette démarche a confirmé ce que Reich avait déjà écrit des dizaines d'années auparavant :

“Si nous acceptons le fait qu'à la base d'une névrose symptomatologique, il y a toujours un caractère névrotique, alors il est clair que dans toute analyse nous devons travailler sur les résistances névrotiques du caractère, que toute analyse doit être une analyse du caractère” (Reich, 1936).

J'ai également ajouté quelques actings (mouvements fonctionnels neuromusculaires) de la végétothérapie que j'utilise comme des moyens permettant de faciliter l'insight. Ces actings sont utilisés en fonction du cadre thérapeutique ; en d'autres termes, leur durée peut être modifiée, tout comme d'autres variables, comme nous allons l'étudier plus loin dans le texte. Les

résultats obtenus en peu de temps se sont révélés encourageants. Les patients se sont montrés plus impliqués, ont introjecté le symptôme comme quelque chose de lié à eux-mêmes, de lié à la personne, possédant une logique et un langage qui devaient être déchiffrés. Ils ont également été étonnés de la relation entre leur angoisse et certaines rigidités corporelles. Des changements qualitatifs se sont produits, qui ont permis de modifier certains aspects clairement pathogènes de leur vie quotidienne et de leur environnement.

Lorsque j'ai commencé à utiliser ces techniques, je me souviens en avoir discuté avec Federico Navarro, qui était déjà mon professeur-superviseur, lors de l'un de mes voyages mensuels à Paris destinés à superviser avec lui mes cas cliniques. A l'époque, il ne considérait pas cette démarche d'un bon oeil car il n'avait pas très confiance dans les psychothérapies brèves. Néanmoins, à mesure que je l'informais des résultats obtenus, il lui apparut de plus en plus stimulant d'utiliser cette technique dans le domaine préventif et social, ce qui correspondait à mon ambition première. Nous n'étions alors nullement conscients que l'association de ces techniques fonctionnerait si bien qu'elle évoluerait, avec le temps, en une systématique focale possédant sa propre identité post-reichienne.

Plusieurs années de pratique, combinées au suivi des cas traités, aux réunions cliniques, à la supervision du travail clinique d'autres collègues qui ont commencé à travailler dans cette voie – toujours dans le cadre de la dynamique clinique des équipes de la Es.Te.R. – m'ont permis d'élaborer cette systématique, au sein de laquelle les principes de la végétothérapie post-reichienne et de la théorie bio-psycho-sociale de W. Reich sont adaptés au cadre des thérapies brèves.

Depuis quelques années, tant dans notre école que dans d'autres établissements européens et sud-américains, cette systématique est enseignée dans le programme général de formation des psychothérapeutes, et en tant que spécialité clinique à part entière. Il y a dix ans environ, F. Navarro, dans un entretien de C. Inza à Buenos Aires, se prononçait dans ce sens :

***“Question :** Jusqu'à présent, les écoles de psychothérapie ont spécialement dirigé leur enseignement vers la pratique privée, à l'exception de certaines expériences menées dans des hôpitaux publics. Mais cela ne veut pas dire que ces thérapies aient eu un impact massif sur la société dans son ensemble, entre autres choses parce qu'elles sont onéreuses et que la majorité des thérapeutes ne sont pas intéressés par les problèmes sociaux et politiques, même lorsque l'on les situe sur un plan aussi vaste que celui que vous avez envisagé. Que peut apporter la pensée et la pratique post-reichienne à ce processus social ?*

***Réponse :** La première chose à prendre en compte est que l'entrée actuelle de la psychanalyse dans l'institution publique est un coup de bluff du système : changer quelques éléments pour ne rien changer du tout, comme dans “le Léopard”. Et aussi parce que la psychanalyse a pour but de récupérer le sujet afin de le réadapter à la société, mais que la société est malade. Si nous avons la chance d'entrer dans les institutions, c'est dans le domaine des thérapies plutôt alternatives que la pensée post-reichienne pourrait se faire une place, puisqu'elles sont plus courtes. Peut-être les thérapies brèves reichiennes comme celles que propose Xavier Serrano à Valencia ou Gerard Guash à Mexico. Dans ces cas-là, il serait possible de traiter la structure énergétique de*

chaque patient en utilisant aussi les thérapies énergétiques convergentes” (Inza, 1995).

1. DÉFINITION ET OBJECTIFS

1.1. POURQUOI “CARACTÉRO-ANALYTIQUE” ?

La Psychothérapie Brève Caractéro-analytique (P.B.C.) est l’adaptation de la psychothérapie reichienne profonde, la végétothérapie caractéro-analytique, au cadre des thérapies brèves. En prenant cet élément en compte, il me paraissait cohérent de définir cette psychothérapie brève de “caractéro-analytique”. Certains collègues ont argumenté que cette dénomination donnait l’impression qu’il s’agissait d’un modèle psychodynamique et non pas psycho-corporel. Et ils ont en partie raison. C’est en effet un modèle analytique, mais puisqu’il est post-reichien, il comprend également des outils techniques “somatiques”, tels que les mouvements neuromusculaires que nous appelons “actings”, et que nous employons différemment que dans la végétothérapie. Par conséquent, je ne pense pas qu’un terme lié au “corps” doive être utilisé dans la définition de cette thérapie. En effet, c’est W. Reich qui, dans sa description des défenses psychiques et des réactions somatiques, a éliminé la dissociation sémantique existant entre ces deux termes en définissant le terme “caractère” comme “cuirasse du moi” (Reich, 1936). Ceci est dû au fait que la perturbation énergétique a un effet plus ou moins important, tant sur le système psychique que sur le somatique, puisqu’elle déstabilise l’équilibre défensif, c’est-à-dire le caractère. Gardons également à l’esprit que cet équilibre, ou “névrose caractérielle”, égo-syntonique, implique *per se* un état pathogène asymptomatique mais qui diminue le moi, l’éloignant de ses potentialités :

« L’absence de conscience de la maladie ne représente pas un signe totalement fiable, mais constitue certainement une indication essentielle de la névrose caractérielle. Le symptôme névrotique est ressenti comme quelque chose d’étranger et créé la sensation d’être malade. En revanche, le trait de caractère névrotique, tel que la tendance exagérée à tout ordonner du caractère compulsif ou la timidité anxieuse du caractère hystérique, est organiquement incorporé à la personnalité. Une personne peut se plaindre d’être timide, mais sans se sentir malade pour autant. Elle ne se sent malade que lorsque la timidité caractérielle se transforme en un rougissement pathologique ou que le sens de l’ordre compulsivo-névrotique devient un cérémonial compulsif, c’est-à-dire, lorsque le caractère névrotique est exacerbé de manière symptomatique » (Reich, 1933).

Par conséquent, le terme “caractéro-analytique” participe de la cohérence du discours fonctionnel reichien et de “l’identité psychosomatique”, sans avoir à parler de thérapie corporelle, psycho-corporelle ou somatique, qui de toutes façons reflètent cette dissociation.

“La psyché et le soma sont deux entités indépendantes, mutuellement entrelacées (parallélisme psychophysique). Je considère l’interaction

dynamique de la psyché et du soma comme une identité fonctionnelle psychophysique. Il serait absurde de parler de deux processus séparés et autonomes qui obéissent chacun à leurs propres lois ou d'une dépendance partielle de l'un à l'autre. Nous tenterons plutôt de prouver que les fonctions psychiques et somatiques primaires sont absolument identiques en les considérant comme des processus basiques vitaux, qui, en certaines circonstances, se divisent en fonctions contradictoires – c'est pourquoi nous devons parler d'une dualité fonctionnelle antagonique" (Reich, 1934 c).

C'est pourquoi cette psychothérapie caractéro-analytique est fondée sur la reconnaissance du caractère à la fois comme clivage défensif et comme résistance, et non comme un symptôme clinique en lui-même. Voyons la différence entre ces deux types de pratique analytique avec un exemple de W. Reich :

"Afin de souligner plus clairement les différences essentielles de l'analyse caractérielle par rapport à l'analyse du symptôme, penchons-nous sur deux paires de cas. La première paire consiste en deux hommes traités pour éjaculation précoce : l'un possède un caractère passif-féminin, et l'autre un caractère phallique-agressif. Les deux femmes souffrent d'un trouble de l'alimentation et forment la seconde paire : l'une a un caractère compulsif et la seconde un caractère hystérique.

Considérons également que l'éjaculation précoce des deux patients possède la même signification inconsciente : la peur du phallus (paternel) supposé être dans le vagin de la femme. A partir de la peur de castration qui est à l'origine du symptôme, les deux patients produisent, dans l'analyse, un transfert paternel négatif. Ils détestent l'analyste (le père) car ils le perçoivent comme l'ennemi qui limite leur plaisir, et chacun abrite le désir inconscient de se débarrasser de lui. Alors que le caractère phallique-sadique écartera le danger de la castration à travers des vitupérations, des dénigrement et des menaces, le caractère passif-féminin deviendra de plus en plus confiant, de plus en plus passif et dévoué, et de plus en plus complaisant. Chez ces deux patients, le caractère s'est transformé en résistance : le premier évite le danger par l'agressivité ; le second s'en écarte à travers un dévouement trompeur.

Naturellement, la résistance caractérielle de type passif-féminin est plus dangereuse, car le patient utilise des chemins trompeurs. Il produit un abondant matériel, se souvient d'expériences infantiles, semble s'adapter parfaitement. En réalité, il dissimule un entêtement et une haine secrets. Tant qu'il maintiendra cette attitude, il ne disposera pas du courage de montrer sa vraie nature. Si l'analyste ne prête pas attention à ses manières et se concentre simplement sur le matériel qu'il produit, alors, d'expérience, aucun effort analytique ni aucune élucidation ne pourra modifier sa condition. Le patient pourra même se souvenir de la haine qu'il ressent envers son père, mais ne la ressentira pas, à moins que l'analyste ne lui indique en permanence le sens de son attitude trompeuse pendant le transfert, avant de commencer une interprétation approfondie de la haine du père.

Dans le cas de la seconde paire de patientes, supposons qu'un transfert positif aigu se soit développé. Chez ces deux femmes, le contenu principal de ce transfert positif est le même que celui du symptôme, c'est-à-dire, un fantasme de fellation orale. La résistance de transfert découlant de ce transfert

positif va cependant être de forme totalement différente selon les patientes : la patiente hystérique montrera, par exemple, un silence angoissé et un comportement timide ; la femme souffrant de névrose compulsive restera obstinément silencieuse ou se comportera d'une manière froide, hautaine, envers l'analyste.

La résistance de transfert emploie divers moyens pour écarter le transfert positif : dans un cas, l'agression, et dans l'autre, l'anxiété. Chez les deux patientes, le ça a transmis le même souhait que l'ego a écarté de manière différente. La forme de cette défense restera toujours la même chez les deux femmes. La femme hystérique se défend toujours d'une manière angoissée et la femme souffrant de névrose compulsive se défendra toujours au travers de l'agression, quel que soit le contenu inconscient sur le point de surgir. En d'autres termes, la résistance caractérielle demeurera toujours la même chez un même patient et ne disparaîtra que lorsque l'on aura extirpé les racines de la névrose.

La cuirasse caractérielle est l'empreinte des défenses narcissiques chroniquement ancrées dans la structure psychique. S'ajoute à ces résistances connues, qui sont mobilisées contre chaque nouvel élément de matériel inconscient, un facteur de résistance constante qui prend sa source dans l'inconscient et n'appartient pas au contenu mais à la forme. Puisqu'il provient du caractère, nous nommons ce facteur de résistance constante "résistance caractérielle".

En nous appuyant sur ces faits, nous allons résumer les aspects les plus importants de la résistance caractérielle.

La résistance caractérielle ne s'exprime pas en termes de contenu mais en termes de forme, par exemple, la manière dont une personne se comporte en général, comment elle parle, marche et bouge ; ses habitudes caractéristiques (comment elle sourit ou se moque, si elle parle de manière cohérente ou non, sa manière d'être polie ou d'être agressive).

Ce n'est pas ce que le patient dit ou fait qui nous donne des indications sur la résistance caractérielle, mais comment il parle ou agit. Ce n'est pas ce qu'il révèle par ses rêves, mais la manière dont il les censure, les déforme, les condense, etc.

La résistance caractérielle reste la même chez le même patient, quel que soit son contenu. Des caractères différents produisent le même matériel, de manière différente. Le transfert paternel positif d'une femme hystérique est exprimé et écarté différemment que celui d'une femme souffrant d'une névrose compulsive. L'anxiété constitue le mécanisme de défense de la première, l'agression de la seconde.

Il est tout autant possible de résoudre le contenu de la résistance caractérielle, qui se manifeste de manière formelle et de remonter à son origine, que de résoudre et de retrouver les origines du symptôme névrotique.

(À la lumière de cette expérience clinique, l'élément formel a été intégré à la sphère de la psychanalyse qui, jusqu'à présent, s'était surtout concentrée sur le contenu).

Lors de situations particulières, le caractère du patient se transforme en résistance. Dans la vie de tous les jours, le caractère joue un rôle similaire à celui de la résistance dans le traitement : le rôle d'un appareil de défense psychique. C'est pourquoi nous parlons de "cuirasse caractérielle" de l'ego contre le monde extérieur et contre le ça" (Reich, 1933).

Ce point de vue, qui considère le caractère comme une résistance, constitue l'une des bases de la P.B.C. Cependant, au vu du cadre thérapeutique utilisé - celui d'un encadrement de courte durée - et de ses objectifs, nous nous concentrerons sur l'aspect du caractère qui déstabilise la cuirasse du patient, c'est-à-dire son système de défense. Nous ne modifierons pas, cependant, son système défensif. En réalité, grâce à cette stratégie, nous ramollissons la cuirasse tout en fortifiant le moi. Nous utilisons la crise, provoquée par la souffrance – elle-même la traduction du symptôme – pour aider le patient à prendre conscience, au niveau émotionnel, de la logique sous-jacente à cette symptomatologie et à comprendre comment elle est liée à son comportement. Cela implique d'aider le patient à entrer en contact avec sa cuirasse et son caractère, et ainsi à accroître sa capacité à gérer ses limites, c'est-à-dire sa réalité. Si nous y parvenons, cela constitue un objectif plus que satisfaisant dans le cadre d'une thérapie brève.

Voici donc les principes analytiques que j'ai adaptés au cadre thérapeutique des thérapies brèves, en conjonction avec d'autres variables cliniques.

Comme je l'ai expliqué plus haut, c'est au cours d'années de recherche et de travail expérimental mené sur des dizaines de patients que j'ai mis au point la méthodologie de la P.B.C. Je l'ai présentée en 1990 lors d'un congrès international et en 1992 à travers plusieurs articles publiés dans des revues spécialisées. Depuis, plus d'une centaine de spécialistes l'ont intégrée dans leur pratique clinique, dans des centres privés et publics en Espagne, dans d'autres pays européens et au Mexique, au Brésil et au Chili. Cela représente des centaines de cas dont la thérapie s'est terminée avec de bons résultats. De plus, nous détenons, pour plus de trois cents d'entre eux, toutes les informations du processus thérapeutique compilées et organisées dans des fiches cliniques standardisées (Serrano, 1992 a). Nous avons aussi le compte-rendu du suivi de ces cas sur deux années, recueilli à travers des séances bimensuelles, et quantifié grâce à une fiche d'évaluation et une fiche de suivi propres à chaque patient. Ces informations nous montrent que 80% de ces cas maintiennent les objectifs atteints avec la P.B.C. durant cette période. Cela constitue un vaste échantillon qui permet d'appuyer scientifiquement l'efficacité et la validité de la P.B.C.

1.2. OBJECTIFS

Ainsi, à travers cette approche clinique, nous essayons de pallier la souffrance psychique et émotionnelle, qui entraîne bien souvent une souffrance physique. Il est également très clair qu'il s'agit d'un traitement comportant un nombre restreint de séances, et que, par conséquent, il ne nous sera pas possible, dans certains cas, d'éradiquer les causes qui provoquent cette souffrance. Néanmoins, nous offrirons toujours au patient les moyens de gérer, de manière plus fonctionnelle et plus saine, ses ressources cognitives, existentielles et corporelles, grâce à une prise de conscience de son mal, de ses peurs, du piège caractériel et des facteurs sociaux – ainsi que des facteurs qui font partie de sa vie quotidienne, tel que son couple, sa famille, son travail –

qui ont influencé son étiologie clinique. Cela entraînera la neutralisation des mécanismes psychiques et somatiques qui ont déclenché les symptômes et la crise, et permettra au patient de jouir d'une stabilité émotionnelle, d'une diminution de sa détresse et d'un meilleur bien-être.

Les symptômes ne pourront pas toujours disparaître, car ils répondent à une logique en relation avec le type de structure du patient, comme je l'ai déjà souligné en de précédentes occasions.

La symptomatologie d'un patient présentant une structure de caractère névrotique (états d'anxiété ou d'angoisse accompagnés de problèmes physiques tels que céphalées, colon irritable, problèmes respiratoires, etc. ; problèmes sexuels, troubles obsessionnels, états dépressifs, anorexie, boulimie, troubles du sommeil, stress post-traumatique, etc.) a 80% de chance d'être éradiquée. Sur les 20% restant, 10% sont dus à un échec de la relation thérapeutique. En d'autres termes, il ne s'est pas créé la complicité et l'alliance de travail adéquates pour produire une ingérence de la part du thérapeute. Enfin, les 10% restant s'expliquent par des facteurs sociaux qui limitent ou empêchent la fluidité du processus (influences de la famille, pressions affectives du partenaire, pressions économiques...).

La symptomatologie présentée par les patients possédant une structure borderline ou limite (états dépressifs, délires de persécutions, troubles obsessionnels compulsifs, addiction aux jeux ou à la drogue, violence impulsive, deuil pathogène, manque de désir sexuel, éjaculation précoce ou troubles organiques diagnostiqués comme fonctionnels ou psychogènes) est complexe et son étiologie est la manifestation d'une crise d'identité ou d'un effondrement du système défensif qui laisse à découvert le faible noyau du moi. Ces bouleversements sont généralement accompagnés d'un affaiblissement du système immunitaire, de dynamiques dépressives et d'un important manque de contact du patient avec sa problématique personnelle. Par conséquent, une approche focale n'est d'aucune utilité pour traiter ces cas. La P.B.C. est donc inefficace, et la rémission des symptômes est habituellement faible, de l'ordre des 30%. Toutefois, comme nous le verrons plus loin, la P.B.C., chez ces patients, peut faciliter l'assouplissement des défenses narcissiques, ce qui leur permettra de reconnaître les aspects intra-psychiques jouant un rôle dans leur maladie. Par conséquent, ils se révéleront, comme l'a indiqué Braier, plus réceptifs à la réalisation d'une thérapie profonde, qui constitue l'approche la plus adaptée lorsque émerge une crise chez les patients présentant cette structure. En suivant la P.B.C., ces patients peuvent bénéficier d'améliorations, qui, bien que partielles n'en sont pas moins importantes, puisqu'elles leur permettront de réduire la dissociation psychosomatique dont ils souffrent, prendre conscience de leur maladie, relativiser ses effets, réduire leur peur de la crise et, en conséquence, leur degré de détresse et de tension musculaire.

En ce qui concerne les patients de structure psychotique, les symptômes habituellement présentés (attaques de panique, phobies, états d'angoisse accompagnés de confusion, de vide existentiel et d'idées ou de tentatives de suicide, troubles de l'alimentation tels que l'anorexie ou la boulimie, dépendance au sexe, aux drogues, états crépusculaires accompagnés d'attitudes sexuelles provocatrices et débordantes, dépressions post-partum,

délires de persécution, jalousie pathologique) peuvent connaître une rémission, ou tout du moins leur gravité peut s'atténuer, tant dans la période d'aide psychologique lors de la crise que dans les séances ultérieures d'accompagnement thérapeutique – à la condition qu'une forte empathie entre le patient et le psychothérapeute se produise. En effet, l'espace thérapeutique remplit peu à peu la fonction d'enveloppe psychique, de second utérus, en contenant, dans une certaine mesure, le processus de fragmentation du moi que vivent ces patients dans les moments de crise, et qui se reflète dans la symptomatologie qu'ils présentent. Par conséquent, en ce qui concerne cette structure, l'évolution des événements va être conditionnée par la relation thérapeutique mise en place. Et paradoxalement, puisqu'il s'agit d'un cadre de courte durée, nous utiliserons la réceptivité et la disponibilité du patient pour élargir l'espace clinique aux espaces amicaux ou sociaux, qui peuvent également exercer une fonction similaire à celle que nous avons décrite. D'où l'importance des services sociaux dans ce type d'approches, et de la nécessité de travailler avec une équipe interdisciplinaire capable d'offrir une assistance psychopharmacologique et fonctionnelle la moins iatrogénisante possible, ainsi qu'une assistance psychosociale accompagnée d'ergothérapie, de thérapie de groupe, d'assistance familiale, etc. Il est également nécessaire de fournir un espace psychothérapeutique qui sera l'axe de référence autour duquel s'articuleront les outils cliniques, et qui aura pour fonction d'accompagner le patient dans son processus de stabilisation ; ceci, tout en étant un cadre thérapeutique particulier, tant au niveau du nombre de séances que de la durée et des outils à utiliser. Nous verrons tout ceci en détail plus avant dans le texte.

Il serait absurde de donner des pourcentages pour les patients présentant une structure psychotique. En effet, la P.B.C. vise, dans ce cas, des objectifs différents des autres structures, puisque la même systématique est appliquée, mais avec un cadre et des outils spécifiques.

Pour résumer, la P.B.C. est une méthodologie clinique focale qui obtient des résultats suffisamment satisfaisants en un nombre restreint, et donc économique, de séances, à travers des techniques cliniques douces et sans effets secondaires ni iatrogènes.

De fait, il est aisément imaginable que, de par son efficacité et son aspect économique, elle constituerait une méthode clinique adaptée aux hôpitaux et aux centres de santé mentale. En effet, cette thérapie s'avèrerait plus rentable pour la sécurité sociale qu'un traitement pharmacologique quel que il soit, si l'on prend en compte le coût des médicaments et le coût en terme d'arrêt de travail, lorsque cela est nécessaire, des patients. Toutefois, il faut bien garder à l'esprit que cette méthode clinique ne facilite pas l'adaptation des patients aux mécanismes du système social dominant. Elle les aide plutôt à prendre conscience des stratégies perverses et pathologisantes du système social qui influencent l'évolution de leur maladie et de leur souffrance. Les patients deviennent également conscients de la manière dont ces stratégies se reflètent dans le fonctionnement de leurs écosystèmes humains (famille, école, institutions, entreprise), qui nourrissent, maintiennent et reproduisent ce système social pathologique. Cet échange entre la maladie individuelle et la maladie sociale, qui se renforcent l'une l'autre, a déjà été décrit par Reich dans les années 1930.

1.3. SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES ENTRE LA P.B.C. ET LES AUTRES MODÈLES DE PSYCHOTHÉRAPIE BRÈVE

Nous connaissons à présent plus en détail les particularités et le fonctionnement de cette nouvelle méthodologie clinique, qui, comme nous l'avons vu plus haut, possède des points communs, mais aussi des différences, avec les autres modèles de psychothérapie brève, lui conférant ainsi une identité propre.

Nous pourrions lister ainsi les similitudes les plus flagrantes :

POINTS COMMUNS

- UNE APPLICATION BRÈVE DE LA THÉRAPIE APPROFONDIE D'ORIGINE

Tout comme les autres principaux modèles, la P.B.C. consiste en l'application d'une approche approfondie à un cadre thérapeutique bref, dont les objectifs sont limités et focaux. En ce qui concerne la P.B.C., la référence de base est la végétothérapie caractéro-analytique de W. Reich, appliquée selon la systématique clinique mise au point par F. Navarro. Puisqu'il s'agit d'objectifs focaux et limités, le cadre, les outils utilisés et la façon d'établir et d'analyser la relation thérapeutique seront appliqués de manière différente que dans leur matrice de référence. Ainsi, dans le cas de la végétothérapie, en tant que thérapie approfondie, la fin du processus ne dépend pas du temps passé en thérapie mais d'autres facteurs qualitatifs liés aux objectifs cliniques. Il est généralement conseillé de suivre huit séances mensuelles de 45 minutes, ou quatre d'une heure et demi. Lors de la séance, le patient est allongé sur le divan, en slip ou bikini de préférence, pour permettre au thérapeute d'observer les réactions végétatives et la respiration. En ce qui concerne la relation thérapeutique, la thérapie facilite les déplacements affectifs historiques vers la figure du thérapeute, en développant la névrose de transfert dans le cas de la structure névrotique, ou le lien relationnel dans le cas de structures plus primitives.

Les outils thérapeutiques, quant à eux, comprennent les classiques analytiques ainsi que l'utilisation d'actings (Navarro, 1983 a) que le patient va exécuter pendant des périodes de 15 à 20 minutes. Ces derniers mettent en marche un circuit d'activation neuromusculaire qui facilite l'insight et l'émergence "d'abréactions émotionnelles conscientes" (Serrano, 1984 b). Ces réactions proviennent de la mobilisation des segments de la cuirasse, généralement sollicités du haut vers le bas, c'est-à-dire du segment oculaire vers le segment pelvien. L'expérience émotionnelle, pendant ces actings, facilite le processus d'élaboration corticale. En d'autres termes, le limbique prédomine sur le cortical. La thérapie de groupe est introduite à la fin de la première phase du processus et s'étend sur deux ans au moyen de séances mensuelles de quatre heures.

Contrairement au déroulement de la végétothérapie, la durée du traitement de la P.B.C. est établie dès le contrat. La thérapie dure en effet de

quatre à six mois, avec en moyenne trois ou quatre séances mensuelles d'une durée de 50 minutes chacune. Ces dernières sont divisées en travail "face à face", lors duquel la parole est utilisée, et en travail sur le divan. Pendant cette période de divan, le patient s'allonge, sans modifier sa tenue vestimentaire, pour effectuer des actings neuromusculaires et d'autres techniques psychocorporelles, durant cinq à sept minutes. L'objectif est l'activation de dynamiques sensorielles et corticales. En effet, dans la P.B.C., le cortical prime sur le limbique. Et de fait, nous ne permettons pas aux transferts de s'ancrer, car nous analysons les réactions transférentielles dès qu'elles émergent.

Comme nous pouvons ainsi le voir, toutes ces différences sont motivées par la cohérence entre objectifs et moyens cliniques. Par conséquent, elles reflètent la différence entre deux abords cliniques certes distincts, mais possédant une théorie et une épistémologie clinique communes.

1.3.1. Cadre thérapeutique, contrat et déontologie

Le cadre thérapeutique qui s'établit dans les psychothérapies brèves, et dans notre modalité, remplit une fonction fondamentale dans la réalisation des objectifs. En effet, le déroulement du processus dépend de ses référents, c'est-à-dire de la durée du processus et de la séance, de leur périodicité, et du type de relation thérapeutique qui se met en place. La durée de la séance constitue une variable importante du cadre de toute psychothérapie, y compris des thérapies brèves. En effet, l'heure fixée pour la séance est une heure consacrée au patient. Le professionnel ne doit pas faire attendre le patient (sauf de manière exceptionnelle et épisodique), ni fixer de rendez-vous avec d'autres personnes en même temps, comme cela se fait dans le milieu médical. Le professionnel doit également respecter la durée de la séance et exercer ses fonctions tout au long de cette période. C'est de cette manière que s'établit la relation thérapeutique, variable centrale du modèle clinique.

Est exclue la possibilité de "visiteurs" ou "de personnes extérieures" durant la séance (contrairement au modèle médical qui accueille fréquemment étudiants externes ou internes). Exceptionnellement dans certains cas précis, une personne extérieure peut assister à la séance, en ayant averti au préalable. Néanmoins, les faits montrent que ces "présences" affectent le cadre thérapeutique, puisqu'elles constituent une variable incontrôlable qui perturbe le processus clinique. Des dynamiques formatives spécifiques doivent alors être mises en place (jeu de rôle, séminaires de cas, supervisions, etc.). L'utilisation de la vidéo est également proscrite, elle est contre-indiquée dans le cadre de la P.B.C. et nous ne l'utilisons donc pas. En effet, il n'a pas été aisé de tourner les vidéos commerciales que nous avons éditées comme moyens de diffusion et de formation. Nous avons choisi certains patients parmi ceux pleinement avertis de l'enregistrement des séances, et qui acceptaient d'y participer en connaissance de cause. Au cours de l'année qu'a duré cette expérience, nous avons pu confirmer l'influence nocive des facteurs extérieurs au cadre clinique, même si les objectifs didactiques ont été atteints sans risque clinique pour les participants, chez qui, dans certains cas, une amélioration a même été observée.

Comme nous pouvons donc le voir, le cadre est intimement lié à la manière dont le professionnel conçoit sa pratique clinique. Il est donc lié à sa déontologie, c'est-à-dire à son éthique professionnelle. Cette dernière n'est pas seulement question de principes et valeurs personnels, mais constitue également un besoin clinique. Sans cette déontologie, il n'y a pas de cadre clinique, ce qui empêche l'établissement d'une relation thérapeutique, car le processus psychothérapeutique ne peut voir lieu. Ceci est dû au fait que tout processus vital exige un espace ordonné, un rythme, un "tempo", une reconnaissance et une relation fonctionnelle basés sur les objectifs du processus, et au sein duquel les accords, préalablement explicités, sont respectés. A mon sens, les bases déontologiques fondamentales qui, depuis la tradition psychodynamique, délimitent la psychothérapie (processus auquel Reich a activement participé), sont donc essentielles, bien qu'il puisse exister quelques différences en fonction des modèles cliniques. En ce qui concerne le patient, la réalisation des objectifs cliniques fonctionnels établis avec le thérapeute, le fait d'éviter les relations personnelles avec ce dernier, comme par exemple de partager des actions sociales ou des tâches quotidiennes dans lesquelles le psychothérapeute pourrait en tirer un bénéfice personnel, représentent quelques-unes de ces bases nécessaires et fondamentales au déroulement sûr et professionnellement rigoureux du processus clinique.

Les aspects conjoncturels du cadre thérapeutique sont expliqués dans ce que l'on nomme le "contrat thérapeutique", au travers duquel patient et thérapeute s'engagent à maintenir les accords adoptés sur le nombre de séances, leur périodicité et les honoraires (s'il s'agit de consultations privées). Ce contrat inclut également les particularités du modèle thérapeutique (dans le cas de la P.B.C. par exemple, l'utilisation d'outils d'activation neuromusculaire). Il est établi à partir des conclusions du thérapeute, tirées de ses observations lors des premières séances d'évaluation et de diagnostic.

Le contrat thérapeutique remplit aussi une fonction clinique importante. En effet, il permet de détecter les résistances ou les possibles réactions de transfert lorsque le patient ne le respecte qu'en partie. Par exemple, si ce dernier arrive en retard, manque une séance ou remet en question sa durée, etc. Si nous n'avions pas établi certains accords au préalable, nous ne disposerions pas de cette référence et ne pourrions donc pas l'utiliser sur le plan analytique. Le contrat est également un moyen d'établir un point de réalité sociale dans un espace thérapeutique, grâce à certains paramètres au travers desquels une échelle des valeurs est implicitement communiquée, échelle qui valorise le respect de l'engagement, la responsabilité et la reconnaissance de l'autre. Ces aspects peuvent être élaborés dans l'espace clinique, et ensuite extrapolés aux autres relations personnelles du patient ou à certaines situations de sa réalité sociale.

Prenons l'exemple d'un patient qui, à plusieurs reprises, arrive avec plus de dix minutes de retard lors de la seconde phase du processus, sans montrer aucun signe apparent de malaise ou de doutes sur la thérapie. Son attitude peut être le signe d'une résistance thérapeutique qui surgit au moment de l'émergence du focus caractériel, ce qui suppose une source de conflits pour sa cuirasse défensive. Cependant, cette attitude peut également refléter un manque d'entrain envers la thérapie, le sentiment d'y aller "à contrecœur". Il convient alors au psychothérapeute de réévaluer le cas. Dans les deux options toutefois, nous n'aurions pas pu utiliser de manière clinique cette variable, et ce

au détriment du processus, si le patient n'avait pas eu connaissance de la durée de la séance (qui n'est pas modifiable) et de l'importance clinique d'assister à la séance dans son intégralité.

De la même manière, en prenant comme référence le contrat thérapeutique, il est possible de détecter les "taches aveugles" du psychothérapeute ou les dynamiques contre-transférentielles négatives, à partir desquelles le professionnel prend conscience qu'il a arrêté de respecter certains accords du contrat. Il va par exemple arriver en retard, oublier les séances avec ce patient, lui facturer des honoraires différents de ceux préalablement prévus, dormir pendant les séances, oublier certains éléments de ses antécédents cliniques, etc. Ces éléments doivent le mener à une réflexion sérieuse et à une révision clinique dans un espace de supervision ou avec son analyste-superviseur. Le thérapeute doit également parler avec le patient et admettre la réalité de cette situation. En effet, en reconnaissant ses limites et en se montrant honnête avec lui, le thérapeute renforcera l'alliance thérapeutique. Cette attitude ouverte suppose, en effet, une reconnaissance et un respect du patient qui renforce la modulation existentielle et humaine (et non "humaniste") de l'espace clinique.

Même dans les situations où le non-respect du contrat fait partie d'une stratégie thérapeutique (manœuvre risquée, qui ne doit être employée que dans certaines situations), le thérapeute s'appuiera malgré tout sur une élaboration caractéro-analytique (pour la P.B.C.). Le patient sera donc mis au courant, en temps voulu, de la logique de cette stratégie particulière. Le thérapeute peut ainsi observer la passivité du patient en le faisant attendre quelques minutes afin de voir ses réactions. Celui-ci va souligner ce retard ou justifier le comportement du professionnel, ou même l'ignorer. Ces réponses témoignent toutes d'attitudes caractérielles et de positions défensives que le patient adopte pour éviter le conflit avec l'autorité.

Pour résumer, la P.B.C., tout comme le reste des psychothérapies brèves, s'étend sur quatre à six mois, et comporte, en moyenne, quatre séances mensuelles de 50 minutes. Il est important de bien garder à l'esprit que la dynamique des séances variera selon la structure du patient, même si elle comprend généralement une première période de "face à face" entre le patient et le thérapeute, durant laquelle les aspects cliniques de la thérapie sont abordés à travers la parole. Suit une seconde période, au cours de laquelle le patient, allongé sur le divan, réalise certaines techniques psychocorporelles et neuromusculaires. La séance se termine par une troisième période où la parole est de nouveau utilisée pour faire la synthèse de ces 50 minutes.

1.3.2. "L'hypothèse psychodynamique initiale"

Au cours de l'évaluation initiale qui nous permet d'établir le contrat thérapeutique ainsi que les objectifs cliniques, nous pouvons également exposer au patient, lorsque nécessaire, "*l'hypothèse psychodynamique initiale*" (Braier, 1984). De cette manière, tout comme Braier l'a déjà décrit, nous relierons la symptomatologie du patient à un aspect de son histoire infantile qui lui est familier. Complicité et alliance de travail s'en trouvent renforcées, et cela nous permet également de situer le patient dans une position historique où sa souffrance a une raison d'être et est liée à son monde relationnel intersubjectif.

1.3.3. L'élaboration active par le patient, procédé permettant d'éviter les mécanismes de suggestion et d'induction

Une fois le contrat thérapeutique établi, le thérapeute va essayer d'organiser la thérapie de manière à ce que ce soit le patient qui explore ses propres processus, les comprend et prend les décisions. Pour ce faire, le psychothérapeute va d'abord sélectionner les aspects importants de la situation clinique du patient, puis les lui présentera et le questionnera à leur propos, afin qu'il prenne conscience des éléments évidents. Le thérapeute utilisera, à cet effet, signalements, confrontations et questionnements, tout comme Socrate le faisait déjà il y a deux mille ans grâce à une méthode qu'il appela la "maïeutique", et qui signifie "aider à donner naissance", aider à penser, à se connaître. Et en effet, certains auteurs considèrent ce grand philosophe grec comme le premier psychothérapeute. Il s'agit essentiellement d'aider la personne à prendre conscience de sa réalité au travers de ses propres processus cognitifs. De cette façon, nous lui montrons aussi comment penser et analyser, comment récupérer sa capacité de contact, et le plaisir de découvrir et de comprendre. C'est l'un des objectifs communs à toute psychothérapie, à la différence des thérapies suggestives et inductives où le patient est supposé découvrir certains éléments, mais grâce au thérapeute qui les lui montre.

L'approche de ces thérapies est très simple : il semble en effet plus facile de montrer à un patient la cause possible de son problème que d'utiliser cinq ou six séances afin qu'il la découvre par lui-même. Cette démarche oublie cependant deux choses. Tout d'abord, le patient ne connaît pas la réalité de son problème car d'en être conscient pourrait provoquer en lui plus de conflits que de l'ignorer. En d'autres termes, cette approche contourne les lois de fonctionnement de l'inconscient. Elle oublie également, ou ne veut pas reconnaître, que cette forme inductive facilite la dépendance du patient envers le thérapeute, car elle soutient la hiérarchie fondée sur le pouvoir de celui qui détient la connaissance. Par conséquent, elle maintient la posture d'aliénation et d'ignorance qui prédomine dans la masse sociale, renforcée par les mécanismes de pouvoir des gouvernements et des institutions publiques qui préfèrent gouverner des personnes qui ne savent pas penser ou décider par elles-mêmes – gardant ainsi le pouvoir. N'oublions pas que cette aliénation est l'une des fondements des dictatures de tout ordre.

Dès lors, notre position maïeutique, psychothérapeutique, est également une position "politique" ; position saine, en outre, car elle entraîne toujours une augmentation du plaisir et un renforcement de l'estime de soi. Nous devenons, en effet, les personnes qui prennent conscience d'un conflit et de la manière de le résoudre, sans laisser aucune autre personne nous montrer la démarche à suivre. C'est cette sensation de bien-être et d'allégresse que j'observe tous les jours à mon cabinet lorsque les processus sont efficaces. Ces sensations apparaissent non seulement grâce aux changements obtenus, mais aussi parce que les patients ont appris à écouter leurs sentiments et n'ont plus peur de faire face aux conflits.

Je considère, par conséquent, que cette position clinique est une évolution particulière de la genèse psychanalytique de S. Freud, qui utilisait une métaphore pour comparer ces deux approches :

“Il existe, en réalité, la plus grande des oppositions entre les techniques suggestives et analytiques, la même opposition que le grand Leonardo da Vinci avait résumé, dans le cadre des Beaux-Arts, par les formules “per via di porre” et “per via di levare”. La peinture, disait Leonardo, fonctionne per via di porre, car elle applique une substance, des particules de couleur, sur un support où il n’y avait rien auparavant, le canva. La sculpture, en revanche, procède per via di levare, puisqu’elle enlève du bloc de pierre tout ce qui cache la surface de la statue contenue à l’intérieur. D’une manière similaire, la technique de la suggestion procède per via di porre. Elle n’est pas concernée par l’origine, la force et la signification des symptômes morbides, mais superpose plutôt quelque chose, une suggestion, en espérant que cela soit assez fort pour empêcher l’expression de l’idée pathogène.

Inversement, la thérapie analytique ne cherche pas à ajouter ou introduire quelque chose de nouveau, mais à enlever quelque chose, à faire sortir quelque chose, et à cette fin s’oriente vers la genèse des symptômes morbides et le contexte psychique de l’idée pathogène qu’elle cherche à ôter. C’est grâce à ce mode de recherche que la thérapie analytique a tant amélioré nos connaissances. J’ai abandonné la technique suggestive, et avec elle l’hypnose, très tôt dans ma pratique parce que je désespérais de créer des suggestions assez puissantes et durables pour entraîner des guérisons permanentes. Pour chaque cas grave, j’ai vu les suggestions appliquées s’effondrer, suite à quoi réapparaissait la maladie ou un substitut. Par ailleurs, cette technique présente le désavantage de nous cacher le fonctionnement des forces psychiques, par exemple en ne nous laissant pas reconnaître une résistance. Les patients, en conséquence, s’accrochent à leur maladie et se rebellent contre le traitement, alors que ces forces sont précisément les seuls éléments qui peuvent nous aider à comprendre leur comportement dans la vie” (S. Freud, 1905).

W. Reich, quelques dizaines d’années auparavant, avait lui aussi fait référence à ce sujet dans le premier chapitre de son livre *L’analyse caractérielle* :

“Lorsque Freud s’est éloigné des positions de la thérapie cathartique et a abandonné l’hypnose comme moyen d’analyse, en partant du principe que ce que le patient pouvait communiquer dans son sommeil, il pouvait également le communiquer éveillé, il a essayé, pendant un temps, de faire prendre conscience au patient de ses symptômes inconscients à travers l’interprétation directe des éléments réprimés. Il ne mit pas longtemps à découvrir que cette méthode dépendait de la disposition du patient à accepter ce que l’analyste lui indiquait. Il devina que le patient opposait “une résistance”, généralement inconsciente, aux déclarations de l’analyste. Il adapta alors sa technique à ce nouveau fait. En d’autres termes, il abandonna l’interprétation directe et essaya, depuis ce moment, de rendre conscient l’inconscient en éliminant les résistances dirigées contre les éléments réprimés.

Ce changement fondamental dans la conception théorique et la dans technique de la thérapie analytique a constitué un tournant dans l’histoire de cette thérapie. Il a en effet marqué le début d’une technique nouvelle, toujours en vigueur. Les étudiants qui se détournèrent de Freud ne le comprirent jamais. Même Rank retourna à l’ancienne méthode de l’interprétation directe des

symptômes. Dans le présent ouvrage, nous avons simplement appliqué la nouvelle technique de gestion des résistances à l'analyse du caractère, en total accord avec le développement de la thérapie analytique, depuis l'analyse du symptôme à l'analyse de la personnalité dans son ensemble" (Reich, 1933).

1.3.4. Importance de l'alliance de travail et analyse des réactions de transfert

Dans le cadre thérapeutique d'une thérapie de courte durée, l'alliance de travail, ou alliance thérapeutique (Zetzel, dans Greenson, 1967), est liée, dans un certain sens, au contrat thérapeutique. Elle est censée renforcer la complicité entre le patient et le thérapeute en rappelant, de temps à autre, les objectifs cliniques et le cadre thérapeutique des thérapies brèves. Elle accroît ainsi l'importance de l'implication dans le processus clinique du patient comme du thérapeute. Sa fonction est plus limitée que dans un processus de thérapie profonde, où cette alliance peut être utilisée pour réduire les résistances de transfert qui empêchent l'élaboration fonctionnelle de la névrose de transfert, ou, dans le cas de la structure borderline, pour débloquer les dynamiques relationnelles stagnantes grâce à l'émergence d'aspects paranoïdes, procédé très bien décrit dans certains livres de O. Kernbeg.

Dans les psychothérapies brèves et dans la P.B.C., sa fonction, bien que plus restreinte, n'en est pas moins importante, car elle va nous permettre d'asseoir le cadre dans une temporalité relevant plus de "l'ici et maintenant", en renforçant, par la même, les objectifs cliniques. De la même manière, nous évitons la formation de déplacements affectifs historiques des patients vers la figure du psychothérapeute, qui entraînent des dynamiques de transfert excessives ("névrose de transfert") dans le cadre des thérapies brèves. Pour ce faire, nous analysons *in situ* les réactions de transfert qui se manifestent à travers les rêves, la parole ou le corps. Cela signifie que l'analyse immédiate de la "réaction de transfert" empêche la "névrose de transfert", et donc la "régression", de s'installer. Elle facilite, de fait, le déroulement du processus :

"En pratique, les résistances caractérielles dans le transfert devraient être analysée dès le départ" (Reich, 1933).

Rappelons-nous, une fois de plus, que cette pratique clinique se reflétera dans les structures névrotiques et borderline.

Pendant les séances de la seconde phase généralement, certains patients – présentant les structures mentionnées – commencent à réagir d'une manière particulière et pas nécessairement consciente. Ils n'ont, par exemple, pas envie de parler, ou le font sans affect, répètent de manière excessive un même sujet, ne sont pas ponctuels, ou encore oublient de payer. Ces réactions indiquent un mal-être envers le processus ou le thérapeute. Nous nommons celles qui ne sont pas provoquées par un motif objectif, "résistances". Les réactions concernant le thérapeute sont, elles, des "réactions transférentielles négatives". Des réactions excessivement positives peuvent également avoir lieu, si, par exemple, le patient ne cesse de faire les louanges du psychothérapeute, ou s'il déclare, pendant la séance, qu'il a recommandé ses services cliniques à ses amis ou sa famille, etc. Ces réactions sont, elles aussi,

des résistances, car elles utilisent la séduction et l'idéalisation pour éviter d'être en contact avec une réalité conflictuelle. Chez ces patients, ce type de réactions n'est en général pas exclusivement réservé à l'espace clinique. Ils réagissent de manière similaire sur leur lieu de travail, dans leur couple, avec certains amis, et ces réactions s'aggravent lorsqu'ils sont confrontés à des conflits. C'est pourquoi, en nous appuyant sur les idées de Reich, nous verrons que ces réactions reflètent certains aspects caractériels qui se manifestent sous la forme de résistances au cours du processus thérapeutique, et qui, à leur tour, reflètent un comportement adaptatif devant des situations stressantes liées à leur histoire infantile ou adolescente. Ce sera donc à partir de ces réactions que nous pourrons réaliser une élaboration analytique triangulaire, où nous verrons que l'espace clinique, la vie actuelle du patient ainsi que son histoire infantile sont reliés. Cette élaboration constitue, en effet, un moyen fondamental pour que le processus se déroule de manière favorable.

Si le patient suit une psychothérapie brève, ces faits apparaîtront immédiatement de manière évidente. Il ne sera pas nécessaire de laisser passer un certain temps ou d'attendre que ces réactions se développent et se consolident en dynamiques plus complexes, pour lesquelles la mobilisation inconsciente et émotionnelle peut être beaucoup plus importante. Cette mobilisation est une mesure appropriée dans le cadre d'une approche en profondeur, mais est inadaptée lorsque le temps et les objectifs sont limités. C'est pourquoi nous définissons ces réactions comme des "réactions transférentielles" (Greenson, 1967), et nous nous attachons à les élaborer le plus tôt possible, en utilisant toujours la forme maïeutique décrite ci-dessus.

Enfin, le maniement du contre-transfert, comme dans les autres modèles, est également un élément fondamental de la P.B.C. D'une part, parce que ce que nous ressentons par rapport au patient, à certains moments, peut nous être utile pour faciliter la prise de conscience d'une résistance, en utilisant, par exemple, la technique du "moi auxiliaire", surtout avec les structures borderline (outil également utilisé par O. Kernberg pour ces cas). Si le psychothérapeute développe un état de forte empathie avec son patient, ses sensations et son état émotionnel peuvent être similaires à ceux de ce dernier. Lorsque le patient se retrouve bloqué ou présente une résistance négative, le psychothérapeute peut mettre dans sa bouche les mots dont le patient aurait besoin pour s'exprimer, et ainsi débloquer la situation. Par exemple : *"Vous vous sentez bloqué et anéanti, vous êtes déçu par l'analyse et vous ne voyez aucune possibilité de résoudre votre problème, mais vous ne voulez pas me le dire car vous avez peur de ma réaction"*. Cette action surprenante va renforcer la complicité et l'alliance de travail en révélant et en dédramatisant une situation qui, sous une forme fantasmatique ou imaginaire, provoque une certaine distance et une absence de communication. Cette technique, toutefois, est délicate à utiliser et ne doit être employée que dans certaines situations déterminées, pour lesquelles les autres techniques n'ont pas fonctionné. Nous l'utilisons beaucoup, en général, avec la structure borderline, en raison de son idiosyncrasie particulière, que nous avons déjà commenté dans les chapitres précédents.

En conséquence, nous devons également prendre en compte la "névrose de contre-transfert" (Reich, 1933, Racker, 1969) qui peut produire chez le psychothérapeute une "tache aveugle" ou "scotome", bloquant le processus thérapeutique. Cette tache aveugle peut être provoquée par un

problème spécifique ou une attitude du patient qui influence le psychothérapeute personnellement, mais de manière inconsciente. Ce dernier ne va donc pas être en mesure de repérer cet élément d'influence chez ce patient et court le risque, s'il s'agit d'un élément important pour le déroulement du processus, de le voir se bloquer ou dysfonctionner. Prenons l'exemple d'un acte d'infidélité du patient dont la justification est similaire à la façon de raisonner du thérapeute, mais qui provoque chez ce dernier une certaine contradiction morale. Cette situation va produire un mécanisme (névrose de contre-transfert) qui va empêcher le psychothérapeute de prendre en compte cet acte, laissant ainsi de côté un élément potentiellement important pour le déroulement de l'analyse de ce patient (par exemple, la culpabilité liée à cette action). Plus le professionnel possède de limites névrotiques non élaborées, plus ce mécanisme peut s'activer. C'est l'un des motifs qui, historiquement parlant, a mené Reich et d'autres psychanalystes à solliciter une analyse personnelle dans la formation des analystes. Cette prémisse (la réalisation d'une végétothérapie caractéro-analytique) est incluse dans notre cursus préalablement à la formation comme organothérapeutes et psychothérapeutes caractéro-analytiques. En effet, le candidat peut ainsi se sentir réellement patient, sentir ses limites structurelles, voir que tout est sujet à questionnement, même le désir de devenir psychothérapeute.

Cependant, malgré cette mesure, nous pouvons tous faire l'expérience de ces "taches aveugles" à un moment ou à un autre de notre vie professionnelle. Nous considérons donc qu'il est nécessaire, pour prévenir ces situations, de réaliser périodiquement et régulièrement des séances de supervision de cas, individuelles et en groupe, et des séances individuelles de végétothérapie. De cette manière, si nous sentons qu'un patient ne réagit pas aux moyens habituels du processus, nous devons envisager, pendant les séances de supervision, la possibilité que le problème provienne d'une attitude due à un contre-transfert négatif, ce que seul un autre collègue peut percevoir. Si ce contre-transfert est analysé et élaboré de manière adéquate, il peut s'avérer très utile pour le patient aussi bien que pour le psychothérapeute.

1.3.5. Importance du suivi et de l'évaluation. Fiches d'évaluation et de supervision

Tout comme d'autres auteurs, nous donnons beaucoup d'importance à l'évaluation finale que le patient remplit au moyen de questionnaires anonymes et nous renvoie lorsqu'il le désire. Nous pensons également qu'il est important de prévoir des séances de suivi tous les trois ou quatre mois, pendant deux ans, afin de vérifier l'efficacité du traitement et d'asseoir les processus de changement dans la réalité du patient. Ces fiches sont décrites ci-dessous.

FICHE D'ÉVALUATION, DE SUIVI ET DE SUPERVISION DE LA P.B.C.

A) FICHES D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Évaluation des cas pendant le traitement. Outil essentiel qui nous guide au travers des trois phases de la P.B.C. grâce aux points de référence suivants évalués de 1 à 10 :

- Alliance de travail et élaboration des réactions de transfert. Spécifier et évaluer.....
- Niveau d'assouplissement caractériel (dans le cas des structures de caractères névrotique et borderline), ou de contention et d'organisation de la structure (dans le cas des structures psychotiques). Spécifier et évaluer.....
- Diminution de la détresse. Spécifier et évaluer.....
- Diminution de la tension corporelle et tonus respiratoire. Spécifier et évaluer.....
- Prise de conscience de la problématique focale et évolution de cette dernière. Spécifier et évaluer.....
- Niveau d'empathie dans la relation thérapeutique. Spécifier et évaluer.....
- Capacité de contact du patient. Spécifier et évaluer.....
- Evolution fonctionnelle de la capacité de rationaliser. Spécifier et évaluer.....
- Résolution des objectifs symptomatiques existentiels, somatiques, psychiques, perceptifs, énergétiques, pulsionnels. Spécifier et évaluer.....
- Réponse à l'utilisation d'outils convergents dans le traitement. Spécifier et évaluer.....

B) FICHE DE SUIVI

Evaluation du cas débutée à partir de la finalisation du processus, durant deux ans. S'appuie sur le suivi du cas, grâce à des séances tous les deux ou trois mois. Utilise un barème employant ces variables et estimant leur intensité sur une échelle de 1 à 10 :

- Maintien du point focal et des objectifs thérapeutiques. Spécifier et évaluer.....
- Substitution du symptôme initial par d'autres de moindre importance lorsque le patient est confronté à des circonstances extérieures défavorables. Spécifier et évaluer.....

- Niveau de socialisation. Spécifier et évaluer.....
- Degré de flexibilité caractérielle, respect et tolérance. Spécifier et évaluer.....
- Capacité de contact pour discerner ce qui l'éloigne de son rythme et de ce qui convient à son corps, pour connaître la réalité sociale et en devenir plus conscient. Spécifier et évaluer.....
- Degré d'implication affective envers les personnes et les circonstances qui l'entourent. Spécifier et évaluer.....
- Degré d'assise ontologique et de position existentielle. Spécifier et évaluer.....
- Opinion du patient concernant l'évolution de son processus et ses sentiments actuels. Spécifier et évaluer.....
- Capacité respiratoire et régulation énergético-sexuelle. Spécifier et évaluer.....
- Degré de capacité de travail et de création. Spécifier et évaluer.....
- Modifications de la vie du patient (couple, enfants, séparations, deuils, injustices, trahisons, amitiés, licenciement ou réussites au niveau du travail...). Manière d'en parler du patient et de réagir face à elles. Spécifier et évaluer.....

Si l'on atteint une moyenne de 80 points, on peut parler d'une bonne évolution du patient au cours de cette période. On pourra donc parler de réussite du processus de traitement de la P.B.C.

1.3.6. La psychothérapie brève, première étape si une psychothérapie en profondeur est envisagée

Comme je l'ai déjà mentionné, je rejoins certains des auteurs présentés dans l'historique de l'histoire de l'encadrement des thérapies brèves sur le fait que la P.B.C. représente, chez certains patients, un premier cadre clinique nécessaire à l'accès ultérieur à un processus en profondeur (dans notre cas, la végétothérapie caractéro-analytique). En effet, cela leur permettrait d'aborder cette thérapie profonde avec une réceptivité et une implication accrues. Ainsi, le taux de patients avec une structure borderline qui "fuient" la thérapie est le plus élevé quelle que soit la thérapie en profondeur utilisée. Or, l'expérience nous montre que ce taux est réduit de manière significative (jusqu'à un tiers) chez les personnes ayant préalablement suivi la P.B.C.

2. ASPECTS SPÉCIFIQUES À LA P.B.C.

2.1. UNE PRAXIS CLINIQUE DIFFÉRENTE SELON LA STRUCTURE

La pratique clinique de la P.B.C. dépend du type de structure rencontrée chez le patient, ce qui représente une approche différente du reste des psychothérapies brèves. Le déroulement du processus d'un patient présentant une structure de caractère psychotique sera ainsi différent de celui d'un patient avec une structure névrotique. Cette adaptation à la structure du patient fait également partie de la praxis clinique de la végétothérapie.

En d'autres termes, bien qu'aucune évaluation ne soit menée pour sélectionner les patients, comme cela se fait dans les autres modèles, nous réalisons préalablement une ou deux séances pour poser le D.I.D.S., le "Diagnostic Initial Différentiel Structurel" (Serrano, 1990 c), comme nous l'expliquons dans une autre partie de ce livre. A partir de ce diagnostic, le pronostic et la modalité du processus clinique apparaissent plus clairement, puisque les objectifs diffèrent dans chaque cas.

Dans le cas des patients dont la structure de caractère est névrotique, la symptomatologie présentée au début du traitement disparaîtra plus facilement et plus sûrement avant la finalisation du processus que dans le reste des structures. De plus, les caractéristiques classiques propres au processus des psychothérapies brèves se refléteront également de manière plus claire.

Au contraire, les objectifs de la P.B.C. vont être limités chez les patients présentant une structure psychotique, de par l'idiosyncrasie même de cette dernière. Par conséquent, nous conseillons toujours la réalisation d'une végétothérapie aux personnes qui présentent une structure de caractère psychotique, parce que leurs manifestations pathologiques représentent le signal évident d'un effondrement nucléaire, basique, de leurs défenses limitées. Cet effondrement met le patient en contact avec son manque d'identité, la faiblesse de son moi, son sentiment d'étrangeté vis-à-vis de lui-même, etc. Il s'agit donc d'une situation grave qui exige un espace clinique de thérapie profonde. Néanmoins, certains patients ne disposent pas de cette possibilité. Pour ces derniers, nous pouvons offrir une assistance limitée mais fonctionnelle et adaptée, grâce à la combinaison de la P.B.C. avec d'autres moyens cliniques, comme les psychotropes. Nous détaillerons ce point plus avant dans le document.

La symptomatologie des patients présentant une structure borderline consiste habituellement en des troubles psychosomatiques ou des états dépressifs accompagnés de symptômes psychopathologiques. Une des caractéristiques de base, chez ces patients, est leur attitude narcissique, qui implique une tendance à n'assumer ni limite, ni conflit. Ils viennent généralement consulter sous l'insistance d'un membre de leur famille ou d'un ami, démontrent de peu d'enthousiasme pour collaborer et cherchent continuellement des raisons extérieures à leur symptomatologie. Face à cette position caractérielle, ni la maïeutique, ni l'élaboration analytique n'obtiennent de bons résultats. C'est pourquoi nous devons envisager une autre stratégie clinique, en étant parfaitement conscient de la gravité de la situation de ces patients. En effet, cette symptomatologie indique toujours une "dépression de l'organe" devant l'impossibilité du patient de sentir son état dépressif et ses

symptômes psychosomatiques, ou le réveil de son noyau dépressif, qui implique une émergence évidente de son stress et de son dysfonctionnement oral néonatal. En synthèse, la couverture défensive du caractère s'effondre, en raison du temps ou d'évènements stressants qui ont lieu dans sa vie actuelle. Le patient rentre alors en contact avec cette souffrance énorme et sourde qu'il porte en lui et qui entraîne un fort sentiment de solitude, une sensation de vide, de manque d'énergie, de mort, et d'introjection de "l'autre" comme d'une menace. Son narcissisme tente de repousser le contact avec cette réalité jusqu'au dernier moment. Notre rôle consistera alors à faciliter ce contact au sein d'un espace où le patient puisse commencer à se sentir moins seul et accompagné d'une personne qui ne représente pas une menace, dans le cadre d'une P.B.C. Un processus profond dans le cadre d'une végétothérapie pourra alors peut-être, plus tard, être entrepris.

2.2. FOCUS CARACTÉRIEL

Prenons comme point de départ le fait que la structure propre à chaque personne est, comme nous l'avons vu auparavant, le patron d'organisation qui génère une forme défensive spécifique d'entrée en contact avec le monde et de régulation "autopoïétique" son économie énergétique (constituant un caractère que l'on identifie de façon erronée au moi). La symptomatologie remplira alors une fonction particulière pour chaque structure. Elle sera en effet liée à une faille de ce système de défense, lorsque ce dernier sera confronté à la possible influence nocive de certains agents stressants de la vie quotidienne, ou comme conséquence d'une altération de son circuit énergétique qui empêche l'approvisionnement de ses défenses. Il existera toujours, dans tous les cas, un aspect causal dominant, c'est-à-dire un trait de caractère qui, par excès ou par défaut, va déstabiliser l'organisation du système. Le symptôme reflète toujours, en quelque sorte, cette faille.

Concernant la structure de caractère névrotique, il existe habituellement un code d'urgence qu'il est nécessaire de déchiffrer car le reste des systèmes de communication sont inutilisables. En revanche, dans le reste des structures, le symptôme correspond à un avertissement sérieux de la faiblesse du noyau. Quel que soit le cas, le symptôme représentera toujours un état de crise au travers duquel, en dernière instance, la structure tente de maintenir sa stabilité, son patron d'organisation. Ce trait de caractère auquel nous faisons référence est précisément celui sur lequel nous nous concentrerons et qui constituera le point focal autour duquel se déroulera tout le processus de la P.B.C. En effet, en reconstruisant cet aspect du caractère, nous récupérerons la stabilité de la structure. De plus, en connaissant les variables qui ont provoqué la crise du patient, nous pouvons renforcer sa base, c'est-à-dire son moi. De cette manière, le patient va prendre conscience de manière plus approfondie de son propre système de défense, va pouvoir le gérer en tenant plus compte de ses dynamiques de plaisir, et se sentira ainsi moins "esclave" de lui-même. Cela suppose, bien entendu, de remplir les objectifs du processus.

Ainsi, dans le cas d'Antonio (Serrano, 1999), un directeur de théâtre de Madrid âgé de 35 ans, venu consulter en raison d'une impuissance érectile partielle, le symptôme s'est révélé être le code qui manifestait la sensation existentielle d'impuissance qu'il ressentait dans sa vie à cette époque. Il était

séparé de sa femme, dont il disait être amoureux, parce qu'elle avait commencé à fréquenter un autre homme ; il traversait une crise importante dans sa vie professionnelle qui le laissait sans emploi pour la première fois de sa vie ; il avait également dû changer de ville, ce qui l'obligeait à chercher de nouvelles connaissances et un nouveau travail. Il était donc submergé par une nouvelle dynamique quotidienne, inconnue et stressante. De plus, ce patient présentait une particularité caractérielle selon laquelle il n'était pas permis de vivre la souffrance, la tristesse ou la faiblesse face à ces situations. En effet, tout ce dont Antonio était vraiment conscient, c'était que *"tout allait pour le mieux"* et qu'il *"ne s'était jamais senti aussi bien"*, mécanisme cognitif et émotionnel typique de la structure phallique-narcissique. L'illusion dans laquelle Antonio vivait, et la perception erronée de ses processus internes, augmentaient de jour en jour le risque de pathologie grave. Devant cet état de choses, sa structure interne a eu recours à un "code chiffré", le symptôme, qui, dans ce cas comme dans la majorité des autres, reflète très bien la réalité interne du patient : *"tu dois prendre conscience de ton impuissance, de ta faiblesse. Tu dois l'assumer afin de te renforcer, tu dois te rendre compte de ce qu'il se passe et arrêter d'utiliser ce mécanisme de puissance en toute circonstance qui, ici, t'épuise et sape ton circuit énergétique"*.

Cependant, pour qu'Antonio réagisse et demande de l'aide, le code s'est manifesté à travers un langage très voyant et préoccupant pour ce même caractère, c'est-à-dire à travers le phallus. Et en effet, Antonio présentait ces épisodes d'impuissance pour la première fois de sa vie sexuelle, et en compagnie d'une femme qu'il trouvait très attirante. Il était, bien entendu, préoccupé, et ne pouvait se permettre le luxe de ce que son phallus ne "fonctionne" pas. Que son travail, son couple, sa vie ne fonctionnent pas, ne l'inquiétait pas. Au contraire, il ne s'était "jamais senti aussi bien". Mais que son phallus ne fonctionne pas, alors là... Et c'est ici qu'apparaît l'importance d'un bon travail professionnel. Si nous comprenons le code et nous percevons qu'il cache un message important à déchiffrer, nous pouvons aider le patient à le traduire et à l'écouter. Par conséquent, le patient s'écouterait plus, et cessera d'être "dissocié" pour se retrouver dans son intégralité et récupérer sa stabilité. Gardons bien à l'esprit que ce processus implique d'entrer en contact avec ses émotions et ses affects marginalisés, occultés, exilés. Il implique aussi, et surtout, de prendre conscience du trait de caractère qui, face au stress des événements, devient agressif et provoque la crise.

Dans le cas d'Antonio, le focus était ce trait phallique-narcissique, l'attitude de "je peux tout faire" et de "je me sens meilleur que jamais" qui s'accompagnait d'une hypertension cervicale et d'une respiration thoracique inhibée, ainsi que d'une prédominance évidente de l'inspiration (ce n'était pas par pure coïncidence qu'une crise d'eczéma s'était déclarée sur la partie supérieure de son dos). C'est pourquoi nous considérons que le focus est toujours "caractériel", c'est-à-dire lié au caractère. Dans ce cas là, le focus était un trait de caractère excessivement prédominant sur les autres traits composant le système défensif d'Antonio, tels que les traits masochistes ou hystériques.

Antonio néanmoins, évitait inconsciemment de prendre conscience de sa conduite à travers une attitude défensive ou une résistance que l'on peut

observer en de nombreuses occasions de la vidéo¹ : avant que le psychothérapeute n'ait fini de poser sa question, il prononçait impulsivement un "Non, non. Non...!" accompagné d'un discours totalement différent du précédent et d'un sourire, lui aussi involontaire, témoignant de la tension de la mâchoire et du cou. Face à une telle attitude, le psychothérapeute doit immédiatement, et à chaque fois que cela est nécessaire, reprendre le fil de la conversation antérieure, tout en utilisant une approche psycho-corporelle pour assouplir cette attitude :

"Dans certaines formes de résistance, ce type de passivité est de l'ordre de l'erreur passive. Par exemple, un patient peut faire tout ce qu'il peut pour refuser une résistance ou, plus spécifiquement, la discussion sur le matériel de cette résistance. Il fera allusion à un sujet sans rapport jusqu'à ce qu'il produise également des résistances sur ce thème, et passera alors à un troisième sujet, etc. Cette "technique de zigzag" peut continuer ad infinitum, que l'analyste observe "passivement" ou qu'il suive le patient en offrant interprétation après interprétation. Puisqu'il est clair que le patient est constamment en train de fuir et que ses efforts pour satisfaire l'analyste avec des productions de substitution sont vains, il est de l'obligation de l'analyste de le ramener à la position de la première résistance encore et encore jusqu'à ce qu'il rassemble assez de courage pour l'affronter analytiquement" (Reich, 1933).

Dans une note de 1945, Reich ajoute :

"Il existe chez de nombreux patients une résistance qui apparaît sous la forme d'un discours compulsif. Cette compulsion n'est rien d'autre qu'une manifestation biologique d'un spasme chronique des muscles profonds du cou et de la gorge. Il existe un besoin de parler, sans tenir compte du contenu de ce qui est dit. Pendant les séances de végétothérapie, nous demandons à ces patients de rester silencieux. Après un certain temps, l'angoisse à la racine de ce symptôme compulsif apparaît. Le traitement consiste à se débarrasser de cette cuirasse musculaire de la gorge" (Reich, 1949 c).

2.3. ÉLABORATION CARACTÉRO-ANALYTIQUE À TRAVERS LE FOCUS ET L'ANALYSE DE LA "CIRCULATION TRIANGULAIRE"

(Ajouter la FIGURE TRIANGULAIRE ANALYTIQUE)

Le processus d'élaboration caractéro-analytique tourne autour de trois axes qui s'engrènent progressivement dans un mouvement circulaire. Comme nous pouvons le voir sur la figure, le premier axe est le "focus caractériel dans la réalité actuelle", le deuxième correspond au "focus caractériel dans la relation thérapeutique" et le troisième fait référence à "la recherche dans l'histoire du patient des origines du focus caractériel". Par conséquent, l'élément commun

¹ NdIT : la vidéo commerciale produite par X. Serrano pour la diffusion de la formation de la P.B.C.

entre ces trois axes est le focus caractériel, dont nous avons déjà expliqué la signification et la fonction. De fait, en prenant comme référence générique les situations se produisant chez les personnes qui présentent une structure de caractère névrotique (en sachant parfaitement bien que ces situations différeront des autres structures), nous recueillerons des informations sur les aspects biographiques du patient et sur son comportement dans la vie quotidienne, qui ont un rapport avec le focus. Cette recherche d'informations aura lieu pendant la première phase de la thérapie (les huit premières séances) et sera menée à l'aide d'outils psycho-corporels adéquats, en vue de comprendre la genèse de ces aspects et leur relation avec la manifestation actuelle du caractère du patient. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la précieuse suggestion de Reich que nous reproduisons ci-dessous, mais en concentrant la conduite du patient sur un aspect particulier et déstabilisant de sa structure, le focus caractériel :

“La manière de raconter les choses constitue un “matériel” aussi important pour l’interprétation que ce que raconte le patient. Nous entendons souvent les analystes se plaindre que l’analyse ne progresse pas, que le patient ne produit aucun “matériel”. Par matériel, l’on fait généralement référence au contenu des associations et des communications. Pourtant, la nature du silence du patient ou de ses répétitions stériles représente également un matériel qui doit être intégralement utilisé. Il n’existe pratiquement pas de situation où le patient ne produise aucun matériel, et nous ne devons nous en prendre qu’à nous même si nous ne pouvons pas utiliser le comportement du patient comme matériel” (Reich, 1933).

De cette manière, nous pourrions recueillir les informations et élaborer deux des trois axes du triangle. En ce qui concerne le troisième, portant sur la relation thérapeutique, nous pourrions l'élaborer lors de la deuxième phase du processus (de la huitième à la seizième séance environ), lorsque le patient commencera à adopter des attitudes de manière évidente et continue (y compris dans la manière de faire les actings, les exercices neuromusculaires) au sein de l'espace thérapeutique et envers le thérapeute. Ces attitudes sont le reflet du focus caractériel, elles peuvent donc être masochistes, phalliques, compulsives, hystériques, etc. W. Reich faisait référence à ces attitudes sous le nom de “résistances latentes”, et les considérait comme le référent principal de l'analyse caractérielle :

“Qu’est-ce qu’une “résistance latente”? Ce sont des attitudes du patient qui ne sont pas exprimées directement et immédiatement, comme par exemple le doute, la méfiance, le retard, le silence, l’obstination, l’apathie, etc., mais indirectement au cours de la performance analytique. Ainsi, une docilité exceptionnelle ou une complète absence de résistances manifestes indiquent une résistance passive cachée, et par la même, beaucoup plus dangereuse. Il est dans mon habitude d’aborder les résistances latentes aussitôt que je les perçois ; et je n’hésite pas à interrompre le flot de communications lorsque j’ai appris tout ce dont j’avais besoin pour les comprendre. En effet, j’ai appris d’expérience que l’effet thérapeutique des communications analytiques est perdu tant qu’il existe des résistances non dissolues.

L'évaluation unilatérale, et par conséquent incorrecte, du matériel analytique et l'application inexacte et assez répandue de la thèse de Freud selon laquelle l'analyste doit procéder à partir d'une surface spécifique, conduit facilement à de catastrophiques malentendus ainsi qu'à des difficultés techniques. Pour commencer : qu'est-ce que l'on entend par "matériel analytique" ? Pour les professionnels, ce terme fait généralement référence aux communications du patient, à ses rêves, ses associations, ses actes manqués. En théorie, l'on sait très bien que le comportement du patient est important du point de vue analytique. Cependant, des expériences sans équivoque du Séminaire ont montré que le comportement du patient (manières, regard, langage, contenance, vêtements, poignée de main, etc.) n'est pas seulement largement sous-estimé en termes d'importance analytique, mais est également complètement négligé. Au Congrès d'Innsbruck, Ferenczi et moi, indépendamment l'un de l'autre, avons souligné l'importance thérapeutique de ces éléments ayant trait à la forme. A mesure que le temps passait, ils sont devenus pour moi le pivot central et le point de départ de l'analyse du caractère" (Reich, 1933).

Lorsque la moitié de cette deuxième phase est atteinte, l'élaboration caractéro-analytique triangulaire peut débuter (Serrano, 1992 a). Le thérapeute présente alors au patient la récurrence du focus caractériel dans ces trois axes, ainsi que la relation qu'ils entretiennent entre eux, dans le but de faciliter la prise de conscience ego-dystonique du focus caractériel. Il faut rester prudent, toutefois, de ne pas trop approfondir le sujet ni de permettre l'activation de dynamiques de transfert clairement régressives (qui, dans la terminologie reichienne, supposeraient une mobilisation excessive ou le démantèlement de la cuirasse neuromusculaire). En effet, ces réactions nous entraîneraient au-delà des limites de ce qui peut être traité dans une thérapie brève telle que la P.B.C.

Les rêves ou tout autre matériel onirique, tel que les fantasmes, les rêveries, etc., seront pris en compte au cours des trois phases. Ils seront cependant sélectionnés, "*en prêtant une attention particulière à l'attitude [du patient], à sa manière de raconter ses rêves, de commettre des actes manqués, de produire des associations et de s'exprimer*" (Reich, 1928). Ces éléments seront, en effet, utiles pour faciliter l'émergence de matériel ou "l'insight", et pour confirmer l'évolution du processus et les niveaux de résistance. En d'autres termes, ils constitueront un moyen permanent de diagnostic.

Prenons un exemple simple afin de mieux comprendre cet aspect clinique fondamental dans le processus de la P.B.C. :

Amelia est une femme de 30 ans, mariée, sans enfant, avec un travail satisfaisant, qui vient un jour consulter pour de violents maux de tête, des insomnies et des états d'irritabilité combinés à des moments dépressifs au cours desquels plus rien ne l'atteint. Elle explique ne pas connaître la cause de ces symptômes, dont elle n'a jamais souffert auparavant, ni aucun facteur stressant qui pourrait avoir une influence sur son état.

A partir des séances d'évaluation et de diagnostic initial, nous observons qu'elle présente une structure de caractère névrotique masochiste hystérique, avec une base anale réactive due à une oralité insatisfaite, mais avec une fixation essentiellement oedipienne. Nous formulons l'hypothèse qu'elle a commencé à soupçonner son mari de la tromper avec une autre femme en

s'appuyant sur une série de comportements et de "signes", mais qu'il lui est impossible d'admettre cette possibilité ni d'envisager un moyen d'aborder cette situation. Notons, par ailleurs, que les symptômes sont apparus lorsqu'elle a commencé à avoir des soupçons. Ce dernier point est particulièrement important car à l'âge de six ans, Amelia a été témoin des relations sexuelles de son père avec une connaissance de la famille, un jour où sa mère était en voyage. Elle garda le silence sur cet événement pendant des années et parvint même à l'oublier. Elle ne s'en souvint, et ne le raconta à sa mère, que lorsque ses parents entamèrent une procédure de divorce. Le père eut une conversation avec elle et confirma ce qui s'était passé, en expliquant que la femme qu'Amelia avait vue était effectivement la même femme avec qui il envisageait de vivre dans quelques mois.

Nous avons axé le focus caractériel sur la prédominance excessive du masochisme qui déstabilisait le système défensif d'Amelia, en réactivant les processus émotionnels réprimés qu'elle avait vécu dans son enfance, et qui la conduisaient ainsi à répéter le même comportement qu'à l'époque.

Dans ce cas là, si nous décidions d'agir de manière inductive, nous lui montrerions la connexion évidente entre ces deux situations et nous lui expliquerions que ses symptômes en sont la conséquence. Néanmoins, nous préférons nous concentrer sur le focus caractériel afin d'aider Amelia à prendre seule conscience, progressivement, de la similitude entre la façon d'agir de son père et la manière avec laquelle elle agit actuellement avec son mari (contenir l'expression de ses émotions, de ses doutes et de ses peurs, et essayer de les ignorer, au point de ne pas les considérer comme des problèmes). Parallèlement, nous l'amenons à prendre conscience de sa tendance à contracter excessivement la zone de la mâchoire et du cou, ce qui entraîne une inhibition de la respiration. Cette inhibition est le reflet de ses tentatives d'étouffement de ses émotions à travers des mécanismes musculaires, mettant ainsi à jour la relation entre sa tension corporelle et ses maux de tête. Nous l'aidons également à réaliser le lien entre ses insomnies et son besoin d'être attentive à tout ce qu'il se passe, dont la conséquence directe se traduit par ses états d'irritabilité et de dépression.

Nous profitons aussi de sa réceptivité accrue et de sa prise de conscience de cette attitude caractérielle pour qu'elle réalise de quelle manière cette dernière se manifeste à d'autres endroits, comme par exemple au travail, où elle inhibe ses émotions dans le but d'éviter le contact avec les situations conflictuelles et ainsi le sentiment d'être victime de la situation. En d'autres termes, nous effectuons un travail caractéro-analytique centré sur un focus unique, son attitude masochiste, afin qu'elle puisse comprendre le lien logique entre l'exacerbation de cette attitude et ses symptômes.

Nous cherchons ainsi à ce qu'elle prenne conscience, au niveau psycho-corporel, des conséquences engendrées par ce comportement, du piège caractériel, du mal qu'elle s'inflige à travers cette attitude, qu'elle tendait, au départ, à justifier (conduite égo-syntonique), et donc du poids que cette attitude impose à sa dynamique vitale générale. De cette manière, elle sera capable de mieux consolider la tendance égo-syntonique envers cette attitude masochiste (et de la considérer de plus en plus comme un élément qui provoque de la souffrance, et qui représente, donc, l'authentique symptôme). Elle prendra peu à peu conscience que cette attitude s'exprime de manière similaire lors de

l'exécution des "actings" neuromusculaires et à certains moments de la relation avec son thérapeute (disponibilité excessive frisant l'adulation).

C'est à partir de là, au cours de la deuxième phase du processus, que l'élaboration triangulaire, s'articulant entre les trois axes du focus caractériel, peut commencer. Ces trois axes sont donc : sa conduite masochiste par rapport à son mari et dans le travail (vie actuelle) ; son attitude masochiste et de contention émotionnelle envers son père, qui se répète en de nombreuses occasions de la dynamique familiale (expérience historique) et le comportement principalement passif et soumis qu'elle emploie dans l'espace thérapeutique (relation thérapeutique).

Au cours de la troisième phase, nous nous concentrons sur la manière d'appliquer dans la vie quotidienne de la patiente tout ce que celle-ci a découvert. Les symptômes disparaissent peu à peu et la patiente améliore progressivement la gestion de ses capacités personnelles. De plus, elle gagne en estime d'elle-même puisque c'est elle qui va résoudre le problème. Elle se sent, en effet, capable de parler avec son mari et de résoudre la crise de son couple en l'affrontant directement (sur proposition du thérapeute et avec l'accord du mari, le couple a suivi quatre séances de thérapie de couple avec un autre collègue). Elle se sent également capable de neutraliser le facteur historique qui apparaît à travers cette attitude caractérielle masochiste que nous avons identifié comme faisant partie de son moi. C'est ainsi qu'elle a finalisé le processus en remplissant les objectifs fixés.

2.4. UTILISATION ET FONCTION DES "ACTINGS"

Les actings sont des "*mouvements expressifs neuromusculaires*" (Navarro, 1991) que le patient exécute durant une période de temps indiquée par le psychothérapeute. Le patient entre en contact avec ses sensations corporelles, et, tout en restant silencieux, laisse son esprit ouvert aux images qui apparaissent, en évitant la focalisation de la pensée. À la fin de l'acting, et en nous appuyant sur la technique analytique de "l'association libre", le patient commente les idées qui lui ont traversé l'esprit, les sensations corporelles qu'il a ressenties et l'état émotionnel dans lequel il se trouvait pendant cette période. Tous ces éléments sont utilisés comme matériel analytique, conjointement à ce que le psychothérapeute a vu et ressenti.

Comme nous l'avons mentionné auparavant, W. Reich a commencé à utiliser les actings dans la pratique de la végétothérapie caractéro-analytique, en vue de développer un déblocage progressif et minutieux des segments de la cuirasse musculaire. Ce déblocage, en association avec l'analyse caractérielle des défenses psychiques et corporelles, facilite le processus d'émergence des émotions et des souvenirs de notre vie infantile (réprimés et très souvent oubliés) comme de ceux produits par des situations traumatiques ultérieures. Il faut toutefois bien tenir compte du fait que ce processus ne peut se produire de manière ordonnée et fonctionnelle que s'il se déroule au sein d'un espace clinique, dans le cadre d'une relation thérapeutique. Ce contexte constitue le facteur clé dans l'émergence de l'inconscient et des affects réprimés grâce à l'utilisation des mécanismes transférentiels déjà décrits. Par conséquent, les actings forment un outil clinique qui doit être employé selon les paramètres cliniques que nous venons de mentionner. Utilisées dans des contextes autres,

ces techniques peuvent entraîner un relâchement de la tension musculaire et, par la suite, des réactions cathartiques (manifestations de tristesse, de rage, etc.), engendrées par la diminution soudaine des défenses musculaires de la structure, et accompagnées des changements neurophysiologiques et énergétiques qui en découlent (Serrano, 1984 b ; 1995 a ; Ortiz 1992). Cette situation peut se révéler dangereuse, car elle provoque un démantèlement de l'appareil défensif de la structure, et ce sans le processus d'élaboration ni le rythme nécessaire pour que le moi puisse intégrer de manière appropriée ces changements. Il existe alors un risque de crise de tétanie musculaire, d'états angoissés, de réactions maniaques, etc.

Comme nous l'avons énoncé plus haut, c'est Federico Navarro qui, sous l'auspice de Ola Raknes, a mis au point une méthodologie clinique permettant d'utiliser l'acting au sein d'un cadre clinique de thérapie en profondeur, et selon un format qui puisse s'appliquer de manière fonctionnelle à chaque patient. C'est en poursuivant cette ligne de travail post-Reichienne que nous avons adapté cette application en fonction des structures (Serrano, 1990 b).

Dans le cadre de cette systématique profonde, la répétition ordonnée de l'acting, séance après séance, dynamise les voies neurovégétatives et facilite, par la même occasion, l'émergence d'émotions "pures" qui permettent de rassouplir les couches profondes de la musculature, aux endroits où des zones de tension se sont installées. Chaque acting dure 15 à 20 minutes, ce qui est nécessaire et suffisant pour produire les effets neuromusculaires et abréactifs que nous recherchons. À travers ces derniers commence l'élaboration psychique de ce qui a été expérimenté, élaboration qui s'intègre peu à peu au processus clinique.

-----2929929

SHEMA CLINIQUE DE L'ACTING

L'acting constitue l'un des outils cliniques utilisés pendant les séances de P.B.C. où le patient est allongé sur le divan. Cependant, il existe trois éléments qui le différencient du cadre thérapeutique des thérapies approfondies :

- a) Le patient garde ses vêtements habituels.
- b) La durée du mouvement est de cinq à huit minutes. Ce mouvement peut être répété pendant trois séances au maximum.
- c) Deux ou trois actings sont généralement exécutés pendant la séance. Les séquences d'actings correspondent à différents segments ou à des zones musculaires fonctionnelles du corps. En effet, nous savons pertinemment que :

"Les segments de la cuirasse comprennent donc tous les groupes d'organes et de muscles en contact fonctionnel réciproque, qui peuvent s'induire mutuellement à participer au mouvement expressif" (Reich, 1933).

Prenons l'exemple d'une séquence possible : nous combinons un acting correspondant au segment oculaire (réaliser un mouvement pendulaire en bougeant complètement les yeux de droite à gauche plusieurs fois) avec un acting du segment cervical (laisser pendre la tête et le cou hors du divan, les jambes pliées et les pieds appuyés sur le divan). Nous utilisons enfin un acting se rapportant au segment thoracique (le patient, les bras tendus en l'air et les poings fermés, frappe le divan en accompagnant le coup du mot NON!).

Il est important de comprendre ces différences par rapport à la systématique employée dans la végétothérapie, qui, en définitive, sont liées au cadre, au "setting". En effet, cet outil clinique va remplir une fonction différente de celle de la végétothérapie, la thérapie approfondie dont est tirée la P.B.C.

La durée de l'acting représente le temps nécessaire pour que le stimulus neuromusculaire soit mineur et n'affecte que les voies sensorielles. Il atteint le système nerveux central, même s'il peut également affecter, de manière mécanique, le système limbique. Le patient entre alors en contact avec un état émotionnel, mais toujours de façon ponctuelle et superficielle. Cette action s'inscrit dans la logique de la systématique et des objectifs cliniques car elle augmente la perception, et, par conséquent, la réceptivité et la compréhension, des événements qui ont lieu au cours du processus analytique. Ce relâchement de la tension musculaire périphérique, qui est associée aux dynamiques de détresse du patient, améliore, en dernier ressort, la capacité d'insight de ce dernier, sans pour autant dynamiser les voies neurovégétatives-limbiques. Il ne déstructure donc pas le système défensif, puisque son utilisation diffère de celle utilisée dans le cadre clinique approfondi de la végétothérapie.

Par ailleurs, la manière séquentielle de réaliser les actings facilite aussi ces réactions, tout en leur permettant de renforcer, au niveau somatique, la dynamique caractéro-analytique alors en action. Dans la deuxième phase du processus d'Amelia, par exemple, lors de l'élaboration triangulaire du focus caractériel masochiste, cette séquence, en plus de remplir la fonction décrite ci-dessus, a permis de lui faire prendre conscience, au niveau corporel, de son état d'alerte permanent, grâce à l'acting oculaire pendulaire. Elle l'a également amenée à réaliser la difficulté qu'elle éprouvait à se relaxer, à cesser de tout contrôler (lorsque elle se sent "étrange" ou angoissée, le cou pendant hors du divan) et sa peur des conflits, qui limitent son expression émotionnelle et la revendication de ses désirs (lorsque elle se sent sans force pour frapper ou envahie par la tristesse au lieu de l'agressivité). À partir de la libre association utilisée pendant et après l'acting, la patiente a progressivement pris conscience de ces éléments, qui coïncident avec ce que nous avons élaboré corticalement dans l'espace de "face-à-face".

C'est pourquoi j'affirme que l'utilisation des actings dans la P.B.C. dépend du travail caractéro-analytique, de leur capacité à faciliter l'insight, d'où leur utilisation séquentielle. Le psychothérapeute se sert ainsi de la manière propre à chaque patient d'exécuter les actings comme de matériel analytique, qui permet bien souvent de révéler ou d'assouplir une résistance caractérielle. Cette manière reflète, par ailleurs, d'autres résistances que le patient utilise dans sa vie réelle, tout en en étant généralement inconscient. Prenons l'exemple suivant : une personne qui exécute l'acting consistant à dire MOI! en abaissant les poings, peut avoir l'impression de le prononcer avec beaucoup de force. Cette personne a vraiment l'impression de parler très fort, et pourtant le psychothérapeute ne l'entend pratiquement pas. Cela représente un élément important, car en lui faisant comprendre les implications, dans sa vie réelle, du contraste entre ce que les autres perçoivent et ce qu'elle pense qu'ils perçoivent, elle pourra comprendre un grand nombre de processus sociaux et affectifs. Cette personne pourra alors les modifier en effectuant des changements légers mais nécessaires. Parallèlement, elle comprendra peu à peu de quelle manière ce point s'inscrit dans une logique historique causale, ce qui facilitera l'élaboration du triangle focal caractériel.

Enfin, il est important de souligner que cette manière de réaliser les actings, où le patient garde ses vêtements habituels, permet d'éviter la dynamique régressive symbolique qui est stimulée dans la pratique de la végétothérapie – au cours de laquelle le patient est allongé plus longtemps sur le divan, dans une atmosphère relaxée, le corps visible. Il faut également tenir compte du fait que l'élaboration des associations, tout comme l'analyse caractérielle de l'acting et ses corrélations avec la dynamique du processus, se réalisent, de préférence, autour de la classique "table thérapeutique", en "face à face".

2.5. AUTRES OUTILS CONVERGENTS

Nous accompagnons l'utilisation des actings par celle d'outils cliniques tirés d'autres modèles psychothérapeutiques, que nous intégrons toujours à une logique structurale cohérente, en respectant le rythme et les nécessités réelles du processus clinique. Par exemple, nous utilisons "l'intention paradoxale", les visualisations corporelles et, ponctuellement, des doses minimales de psychotropes dans le cas des structures psychotiques et borderline. Au contraire, avec la structure de caractère névrotique, nous pouvons utiliser comme outils convergents l'acupuncture, la phytothérapie, le régime alimentaire et l'homéopathie. Ponctuellement, en particulier dans les cas de deuils et de séparations, nous utilisons la technique gestaltiste de la "chaise vide".

Il est bien qu'un autre spécialiste gère certaines de ces techniques, dans le cadre d'un travail interdisciplinaire où les besoins du patient priment sur les particularités des modèles cliniques et les intérêts des professionnels de la santé. Par ailleurs, il faut prendre en compte l'importance que revêt, pour beaucoup de patients, la combinaison du travail individuel à quelques séances de groupe (six à huit séances de deux heures, à 15 jours d'intervalle l'une de l'autre). Ces séances sont réalisées lors de la phase finale de la P.B.C. et permettent d'aborder des aspects spécifiques de la dynamique sociale : problèmes de communication, la peur du jugement de l'autre, la censure, le sentiment que l'autre représente une menace, la tendance à "imaginer" la réalité de l'autre sans y accéder directement, etc.

Il existe également certaines variables de la vie actuelle des patients que nous devons considérer afin de mieux comprendre leurs processus. W. Reich insistait toujours sur le fait que les symptômes qui surgissent sont le résultat de toutes les dynamiques passées et de certaines variables de la vie présente du patient. C'est pourquoi une vie sexuelle suffisamment satisfaisante, c'est-à-dire une relation affective, peut compenser les carences affectives du passé, évitant ainsi l'émergence des symptômes. Il est possible, en revanche, que la crise se produise lorsque cette relation affective prend fin.

Je citerai cinq variables qui méritent, selon moi, une attention particulière :

1. La dynamique sexuelle du patient, moins du point de vue de la quantité que de la qualité. Le thérapeute vise à connaître la capacité de plaisir du patient et, par conséquent, son niveau de "stase sexuelle" (Reich, 1927).

2. Il est également nécessaire de prendre en considération le type de régime alimentaire du patient. Il ne faut pas oublier que certaines habitudes et façons liées à l'alimentation sont influencées par des dynamiques psychiques pulsionnelles et inconscientes, qui sont donc en relation avec la structure et la caractérialité du sujet.

Il nous intéressera donc de savoir non seulement comment le patient mange, mais aussi ce qu'il mange, par exemple s'il préfère manger beaucoup d'aliments sucrés ou des aliments salés. Nous savons que le sucre joue un rôle particulier chez une personne dépressive, et en joue un autre chez un individu maniaque. Si une personne a tendance à être hyperactive ou à montrer des symptômes maniaques, et traverse une période pendant laquelle elle ingère une grande quantité d'aliments sucrés, cela signifie qu'un élément dépressif est en train d'émerger ou que cette personne est très insatisfaite au niveau sexuel. En revanche, chez une personne présentant un état dépressif, le fait de manger sucré ne nous indique rien sur sa situation actuelle, mais souligne plutôt son économie énergétique de base. En ce qui concerne la nourriture salée, nous savons que le sel est hypocalorique et facilite la rétention des liquides. Il est donc intéressant de voir comment un caractère hystérique a parfois besoin d'ingérer des aliments contenant une forte quantité de sel pendant une période donnée. Ce comportement nous indique que la personne hystérique traverse une période de trop grande dispersion, et son organisme lui suggère d'avaler du sel pour maintenir son équilibre.

Certains traits psychiques et caractériels peuvent même être influencés par une modification du régime alimentaire. Si nous voulons, par exemple, assouplir un trait masochiste, nous pouvons conseiller au patient de baisser le niveau d'aliments caloriques de type "sandwiches" et graisses. Le patient se sentira plus léger, plus optimiste, et modifiera son image corporelle introjectée. En réalité, cette dernière ne change pas ; mais le patient se sentira différent.

Par conséquent, il est important de garder à l'esprit que certains patients, à certains moments, ont besoin d'un régime calorique particulier (par exemple lorsqu'un individu se trouve dans un état dépressif ou psychotique), et qu'il est nécessaire, chez d'autres patients, de le modifier. Certains patients, en allant à l'encontre de leur auto-régulation, nous indiquent le niveau d'altération de leur capacité de contact et de la perception instinctive qu'ils ont d'eux-mêmes.

3. L'exercice physique, le mouvement corporel, représentent des moyens préventifs incontestables, tant au niveau des réactions physiologiques (en particulier, les réponses hormonales qui stimulent les sensations du plaisir) qu'au niveau de l'activation respiratoire. Néanmoins, leur sens et la manière de les appliquer dépendront, comme il est toujours le cas, de la structure du patient. Dans le cas de personnes dont la structure est névrotique, par exemple, et en particulier avec les caractères hystériques et phalliques, l'exercice physique facilite le relâchement de la tension superficielle, et constitue un important mécanisme compensatoire de la névrose. En ce qui concerne les personnes avec une structure borderline, parfois accompagnée d'une couverture phallique, la pratique physique est associée à la nécessité que ressentent ces individus, pour pouvoir "s'aimer", d'avoir un corps qui réponde au modèle culturel établi. Indirectement, cela leur permet aussi d'être sûrs de plaire à l'autre. Parallèlement, l'activité physique permet "d'envelopper" le

noyau faible du moi dans une masse corporelle "puissante". C'est pourquoi ces personnes préfèrent des activités qui stimulent la musculature. Les personnes avec une structure psychotique ressentent le mouvement corporel et le contact avec la nature comme des aliments énergétiques, qui leur fournissent très souvent une sensation de bien-être, et qui facilitent la stabilité émotionnelle et un meilleur contact intérieur.

4. Dormir constitue une autre mesure préventive fondamentale. Les changements brusques dans le rythme du sommeil provoquent, à la longue, une perte de la capacité de contact, un abrutissement de la conscience et une diminution de la sensibilité - situation dangereuse, en particulier pour les structures nucléaires et psychotiques. Par conséquent, il est très important d'aider ces structures, et spécifiquement les structures nucléaires et psychotiques, à prendre conscience de l'importance de la régulation de leur rythme de veille et de sommeil. Cette prise de conscience forme, en effet, un moyen préventif et facilitateur au sein du processus psychothérapeutique.

5. Enfin, il est également important de souligner l'importance que revêt le développement de la créativité. Les personnes de structure psychotique détiennent tout particulièrement une importante créativité émergente. Elles sont en contact avec l'élément énergétique, et refusent parfois de laisser surgir cette capacité pourtant nécessaire et spécifique à leur structure. Bien souvent, ce que nous n'avons pas réussi à obtenir en vingt séances, nous l'obtenons avec un dessin, une figurine d'argile grossièrement modelée ou une poésie.

Conclusion

Ainsi donc, la caractéristique fondamentale de la systématique de la P.B.C. repose sur les différentes manières d'aborder la personne en fonction de sa structure. En nous appuyant sur certains objectifs cliniques structuraux spécifiques, nous appliquons un cadre, une relation thérapeutique et des outils cliniques (cohérents et appropriés à chacune des trois structures humaines) au schéma général classique des thérapies focales. Cette approche fait partie de la pratique clinique de la psychothérapie caractéro-analytique et s'inscrit dans la logique du modèle épistémologique et structurel à partir duquel nous avons bâti la thérapie, puis la pratique, de la P.B.C., c'est-à-dire la végétothérapie caractéro-analytique.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER, F. (1968) "Contribuciones psicoanalíticas a la psicoterapia breve". In L. Wolberg and al., "Psicoterapia breve", Gredos: Madrid.
- ALEXANDER, F. Y FRENCH, T. (1946) "Terapéutica psicoanalítica". Buenos Aires: Paidós. 1965.
- BALINT, M. (1957) "El médico, el paciente y la enfermedad". Buenos Aires: Edito. Libros Básicos, 1986.
- BALINT, M. (1972) "Psicoterapia focal". Buenos Aires: Gedisa, 1986.

- BELLACK L., SIEGEL H. (1983) "Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia". México: Manuel Moderno, 1986.
- BELLACK L., SMALL L. (1970) "Psicoterapia breve y de emergencia". México: Edito Pax.
- BRAIER, E. (1984) "Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica". Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.
- CODERCH, J. (1987) "Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica". Barcelona: Herder, 1988.
- DAVANLOO, H. (1992) "Psicoterapia breve". Madrid: Edito. Dorsi.
- ETCHEGOYEN, H. (1986) "Fundamento de la técnica psicoanalítica". Buenos Aires: Amorrortu, 1987.
- FERENCZI, S. (1918) "Dificultades técnicas de un análisis de histeria". In: F. J. Aguirre (Ed). Obras completas, tomo III. Madrid: Ed. Espasa Calpe, 1982.
- FRANKL, V. (1987) "Teoría y terapia de las neurosis: Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial". Barcelona: Edito. Herder, 1992.
- FREUD, S. (1905) "Psicoterapia". In: Obras completas, tomo 1. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- (1905) "On psychotherapy". In: James Strachey (Ed.). "Complete Psychological Works". Standard Edition. Vol. 7. London: Hogarth Press, 1953. pp 257-268.
- (1918) "Los caminos de la terapia psicoanalítica". Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- GARCIA ARROYO, J.M. (1994) "El locus de intervención en psicoterapia dinámica breve". Apuntes de psicología, nº 40 Colegio Psicólogos de Andalucía.
- GILLIERON, E. (1983) "Les psychothérapies brèves". Paris: Edito. PUF.
- GREENSON, R. (1967) "Técnica y práctica del psicoanálisis". México: Siglo XXI, 1976.
- KESSELMAN, H. (1970) "Psicoterapia breve". Buenos Aires: Edito. Kargieman.
- MALAN, D. (1963) "A Study of Brief Psychotherapy". London: Tavistock. Published by the Latin American Publishing Centre, in Buenos Aires, in 1974, under the title: "La psicoterapia breve".
- (1979) "Psicoterapia individual". Buenos Aires: Edito. Paidós, 1983.
- NAVARRO, F. (1988) "La sistemática Reichiana de la patología y la clínica médica: La somatosicodinámica". Publicaciones Orgón de la Escuela Española de Terapia Reichiana Valencia.
- (1991) "La Vegetoterapia Caracteroanalítica". *Energía, Carácter y Sociedad*. 1991. Vol. 9 (1). Publicaciones Orgón. Valencia.
- (1992) "Metodología de la Vegetoterapia caracteroanalítica". Publicaciones Orgón.
- PEREZ-SANCHEZ, A. (1994) "La Transferencia en psicoterapia breve. Una fobia". *Revista catalana de psicoanálisis*. Vol. 6 (1).
- PINKUS, L. (1978) "Teoría de la psicoterapia analítica breve" Barcelona: Edito. Gedisa, 1984
- RAKNES, O. (1950) "Un tratamiento breve con Orgonoterapia". *Orgone Energy Bulletin*. Vol.2 (1). Published in *Energía, Carácter y Sociedad*. 1985. Vol. 3 (1), Publicaciones Orgón. Valencia.
- REICH, W. (1927) "Zur technik der deutung und der widerstandsanalyse" (Sobre la técnica del análisis del carácter), in I.Z.P. XIII, included in the book "El

- análisis del carácter" (chapter IV), published by the Orgone Institute Press in 1949 and by Paidós in Spanish, 1980 (second ed.).
- (1927 b) "Die fuktion des orgasmus". Leipzig. Published by Mac Graw Hill Kyerson Ltd in 1979.
- (1934) "Uber kindliche phobie und charkterbildung". (Fobia infantil y formación del carácter) I.Z.P. XVI. Included in the chapter IX of "Análisis del Carácter", Paidós Ed.
- (1936) "Análisis del carácter" (first ed.). Appears under the same title in Spanish in 1976, but corresponds to the translation of the third edition edited by Reich and published by the Orgone Institute Press in 1949.
- (1936 b) "Psicología de Masas del fascismo". (First part of the book published by Bruguera Ed., in Spanish, in 1984.
- (1942) "The discovery of the orgone" vol.1 "The function of the orgasm" (El descubrimiento del orgón. Vol.1: La función del orgasmo). Orgone Institute P ress, N.Y.1942. "La función del orgasmo". Edit. Paidós, 1977.
- (1945) "Character Analysis". 3rd Ed. Translated from German by Carfagno, V.R. New York: Farrar, Straus and Giroux. 545 p.
- SANCHEZ BARRANCO, A. (1987) Psicoterapia breve: criterios de selección y aspectos técnicos. Apuntes de Psicología, 20-21, 25-30.
- (1989) Psicoterapia dinámica breve. Sevilla: Universidad de Sevilla. (Aula abierta de psicología social).
- (1995) Psicoterapia dinámica breve: Introducción teórica y técnica. Sevilla. Repiso libros.
- SCHNEIDER, P. (1976) "Propedéutica de la Psicoterapia". Valencia: Nau, 1983.
- SERRANO, X. (1983) "La psicoterapia desde la perspectiva de la teoría orgonterapéutica." *Energía, Carácter y Sociedad*. Vol 2 (2). Publicaciones Orgon. Valencia.
- (1990) "Diagnóstico Inicial Diferencial en la Orgonterapia desde una perspectiva post-reichiana". *Energía, Carácter y Sociedad*. Vol. 8 (2).
- (1991) "Dogma versus Paradigma pluridisciplinario". *Energía, Carácter y Sociedad*. Vol. 9 (2).
- (1991) "Aportaciones a la Sexología moderna de la clínica postreichiana". IV Congreso Estatal de Sexología.
- (1992) "Psicoterapia breve de orientación caracterooanalítica". *Energía, Carácter y Sociedad*. Vol. 10 (1, 2). Publicaciones Orgón. Valencia.
- (1994) "Un modelo de psicoterapia corporal. La orgonterapia desde una perspectiva post-reichiana". Chapter VII of the book "Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones", by M. Garido y J. García as compilers. Valencia: Edit. Promolibro.
- (1995) "Introducción a la psicoterapia breve caracterooanalítica (P.B.C.)". Video by the author presented in the Vth International Congress of Somatotherapy in October, 1995, in S. Francisco (California).
- (1995 b) "La psicoterapia breve caracterooanalítica". Text presented in the Vth International Congress of Somatotherapy in S. Francisco.
- (1997 e) "Wilhelm Reich, 100 años" with coll. Publicaciones Orgón. Valencia
- (2001) "Al alba del siglo XXI. Ensayos ecológicos postreichianos". Publicaciones Orgón. Valencia
- (2003) "Análisis psicosocial del amor y el desamor". Publicaciones Orgón. Colección monografías. Valencia

- (2004 a) "In memoriam. Federico Navarro, pionero del movimiento postreichiano: Un maestro de la vida". *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*. 2004. Jan-March (89). pp187-201.
- (2004 b) "Los trastornos de personalidad desde la psicoterapia caracteranalítica". *Informació Psicológica*, Colegio oficial de psicólogos de la C. Valenciana. 2004. April (84). pp 56-65. Valencia.
- (2004 c) "Conflictos de pareja y conflictos sexuales". *Informació psicológica*. (85-86). pp 32-38. Valencia.
- (2004 d) "El encuadre en la vegetoterapia caracteranalítica". *Energía, carácter y sociedad*. Vol.23 . pp 69-75. Publicaciones orgón, Valencia.
- SIFNEOS, P.E. (1992) "Psicoterapia breve con provocación de angustia". Buenos Aires: Edit. Amorrortu, 1993.
- WATZLAWICK, P. (1967) "Teoría de la comunicación humana". Barcelona: Edit. Herder, 1989.
- WOLBERG, L. and al. (1965) "Psicoterapia breve". Madrid: Gredos, 1968.