

Psychothérapie psycho dynamique brève.

Processus en jeu

TOURKI Fatiha

RESUME Le crédit accordé aux psychothérapies psycho dynamiques revient en général au travail en profondeur, effectué grâce au suivi à long terme.

Nous tenterons ici de montrer l'intérêt que représente l'une des variantes de ces thérapies. Un intérêt qui réside essentiellement dans la réduction des délais de prise en charge, tout en s'adressant à la dynamique psychique.

La présentation du cas clinique de Samia s'inspire du modèle théorique de Gilliéron.

Notre objectif étant de mettre en évidence les processus spécifiques participant à la mise en place de la thérapie et imposés par les limites du temps.

Le travail thérapeutique consistera à dégager, au cours des premières rencontres avec la patiente, l'hypothèse psycho dynamique brève, appelée à circonscrire l'objectif thérapeutique et à poser l'indication.

Nous nous proposons également au cours de cet article d'interroger un des facteurs dynamiques qui entre en jeu dans ce type d'intervention brève ; à savoir le contre transfert.

Il s'agira alors de rappeler l'opportunité d'utilisation, sur le plan méthodologique, d'un outil d'évaluation du contre transfert et de sa mise à l'épreuve à partir du cas Samia .

Mots clés : hypothèse psycho dynamique – Brève – Contre transfert.

ملخص:

تعود مصدقيه العلاجات السكودينامية إلى العمل المعمق الذي يقوم به المحلل خلال تكفل نفسي طويل المدى نحاول في هذا المقال أن نبين مدى فعالية علاج مشتق من التحليل النفسي وهو يعمل في حدود زمن قصير.

ارتكازا على النمط النظري ل noiréilliG ومن خلال دراسة حالة سامية نريد تسليط الضوء على السياقات الخاصة التي تشترك في تعيين العلاج التحليلي النفسي القصير المدى . مع العلم أن اللقاءات الأولى هي التي تحدد الهدف العلاجي وتعمل على وضع التعينة.

أخيرا لقد قمنا بتقوم التحويل المضاد، اعتبارا أنه عامل أساسي في هذا النوع من العلاج

Introduction

L'intérêt de la prise en charge brève se retrouve dans le témoignage de beaucoup de praticiens en exercice de la

psychothérapie, en référence au nombre important de thérapies inachevées.

Le patient essoufflé s'arrête en cours de chemin, par lassitude : le trajet devenant trop long.

Qui devrait-t-on incriminer alors ? L'incompétence du thérapeute ou la résistance du patient

Il devient également courant d'entendre des sujets désirant entreprendre une psychothérapie se plaindre de son coût élevé.

Le problème financier est en effet posé notamment lorsqu'il s'agit d'une consultation se déroulant au sein d'une structure privée, dans le libéral.

Les prestations étant peu remboursées par les caisses sociales, une thérapie qui dure demande un investissement financier important.

Devant la complexité de la vie courante, la multitude de problèmes posés à l'individu et la recherche de solutions rapides, l'évolution de la demande est aujourd'hui tournée de plus en plus, de manière implicite ou explicite vers les thérapies brèves.

On retrouve en fait diverses formes de psychothérapies brèves issues des deux principaux courants : le courant psychanalytique et le courant comportemental.

Les psychothérapies analytiques brèves représentées par une variété d'Ecoles, surtout anglo-saxonnes se sont rapidement imposées dans le champ de la pratique clinique aux Etats Unis et dans le Royaume Unis, alors que leur histoire remonte à loin.

Naissance des psychothérapies courte durée

Les problèmes de délais pour une prise en charge psychothérapique, se sont posés très tôt.

Freud fut le premier à évoquer dans l'un de ses écrits « analyse terminée et analyse interminable » la nécessité d'abrégé l'analyse. « ...il serait souhaitable d'arriver à réduire la durée des cures analytiques. » (Freud, 1939, p16)

Une brèche initiale dans l'édifice de la cure type a été faite à propos du cas de « l'homme aux loups ». Les fortes résistances du patient dans une cure qui piétine amène Freud à se pencher sur les raisons de cette obstruction. C'est ainsi que les notions d'attitudes du thérapeute, neutralité notamment, et ses

répercussions sur le transfert et contre transfert ont été au centre des préoccupations. Le résultat fut l'introduction de réformes de la thérapie.

L'orthodoxie psychanalytique et la perspective d'aménagement de la technique n'ont pas alors cessé d'alimenter les débats. Ferenczi fut l'un des précurseurs lorsqu'il écrivit, par rapport à l'utilisation de la technique active. « Il s'agit de mettre les patients en état de mieux suivre la règle de la libre association à l'aide de certains artifices et d'arriver ainsi à provoquer ou accélérer l'investigation du matériel psychique inconscient ». (1974, p117).

Beaucoup de psychanalystes travaillent aujourd'hui avec les traitements abrégés, en essayant de maintenir les schèmes théoriques de la psychanalyse classique.

Pour les écoles françaises ce sont les Psychothérapies d'inspiration Psychanalytique PIP. Pour les anglo saxonnes, ce sont les psychothérapies psycho-dynamiques brèves PPB en tant que variante de la psychanalyse.

Notre travail s'appuie sur les fondements théoriques de l'une de ces formes de thérapie brève, celle de Gilliéron, dans sa phase de début qui fonde le diagnostic et l'indication.

Rappel théorique : l'Investigation Psycho dynamique brève de Gilliéron :

Dans la technique de Gilliéron (1996), l'investigation psycho dynamique brève est centrée sur les premiers entretiens de psychothérapie. Elle a pour objectif de mettre en évidence avec le patient, la nature du changement psychique recherché et les meilleurs moyens pour y parvenir. Ses premières conséquences sont de permettre au patient d'élaborer une demande de soins adaptée aux origines du conflit, de renforcer l'alliance thérapeutique et quelquefois de résoudre la crise qui a amené le patient à consulter (Lescourges et coll., 2000, p 648 à 655).

Pour éclairer d'abord la notion de crise, au cœur de la théorie de Gilliéron, et qui amène le sujet à consulter, disons que « La crise est définie comme la survenue d'un événement psychique, relationnel, social mais aussi somatique dont les

répercussions psychiques mettent en cause cette image que le sujet voudrait garder de lui-même...une promotion sociale, un deuil peuvent constituer autant de facteurs déclenchant une rupture d'étayage. » (Despland J.M, Michel L, De Roten Y. 2012, p 62 et 63)

La phase d'investigation précise l'indication de la psychothérapie brève et rend compte du potentiel d'engagement du patient à son égard. Elle abrite en son sein les critères d'admissibilité à la thérapie.

Son déroulement porte sur quatre phases (idem, p67)

1/ La demande explicite du patient. 2/ La thématique relationnelle conflictuelle centrale.

3/ L'organisation de la personnalité. 4/ l'interaction du transfert.

La demande peut être formulée par le patient de manière claire et patente ou bien demeurer obscure et latente. Une demande explicite optimise les chances de réussite de la thérapie et véhicule le désir de changement du patient. Elle engage également la compétence du thérapeute qui, par son écoute efficace aide à la déchiffrer voire à la formuler.

Le second point consiste à rechercher le nœud du conflit. Les éléments ici sont apportés par le discours du patient sur les événements qui l'ont poussé à consulter. Ce sont les facteurs constitutifs de la crise. Identifier « la thématique conflictuelle » est du ressort du thérapeute. C'est l'attitude empathique et l'alliance thérapeutique établies dès la première rencontre qui en sont les garants.

Pour ce qui est de l'organisation de la personnalité, le psychothérapeute s'intéresse aux défenses utilisées par le patient lors de la verbalisation des conflits et l'expression de sa souffrance. De même il sera attentif aux différentes formes de résistance qui se donneront à voir au cours de ces rencontres préliminaires.

Le transfert quant à lui se définit par rapport à l'état de crise vécu par le patient.

« Le patient va déplacer et agir dans la relation avec le psychothérapeute la thématique relationnelle conflictuelle révélée par la crise. » (Idem, p 71). Il s'agit en fait d'un transfert

assez spécifique dans la mesure où il s'éloigne d'une névrose de transfert classique. Là encore on en appelle à la vigilance du psychothérapeute et son art de naviguer entre les écueils d'un transfert trop chaud et les interprétations précoces, au risque de renforcer les défenses du patient.

Disons enfin que c'est la combinaison de l'ensemble de ces éléments d'investigation qui vont permettre au psychothérapeute de formuler une hypothèse interprétative psycho-dynamique.

Notre expérience de la psychothérapie brève nous a conduit au constat suivant : Une connaissance à l'avance de l'échéance de la thérapie et sa date fixée après les premiers entretiens exploratoires, auront pour effet de mobiliser toutes les potentialités du patient.

Le cadre de la thérapie limité temporellement encourage le patient à déployer ses efforts d'association et de verbalisation. Il est alors possible d'obtenir d'importants changements dans un temps relativement bref.

Notons cependant que notre pratique de la thérapie brève inspirée du modèle conceptuel de Gilliéron trace la voie à la technique, mais nous laisse une large manœuvre d'utilisation, fonction de nos capacités propres et du contexte culturel local.

A travers le cas de Samia, nous tenterons de rendre compte de l'investigation psycho dynamique qui a permis la mise en place d'une indication de la thérapie brève. Nous compléterons par quelques commentaires portant sur le suivi de la thérapie

Investigation Psycho dynamique brève : le cas Samia

Lorsque Samia 29 ans vient me voir, elle était en situation de crise, après à une rupture sentimentale. Le physique agréable et habillée de façon très soignée, elle se présente comme cadre, architecte exerçant dans un bureau d'études à Alger.

Ses plaintes physiques remontent à plus d'un mois, de sévères migraines, des insomnies régulières, et des difficultés de concentration. Sans compter les angoisses qui surviennent particulièrement le soir au coucher.

Elle est actuellement en congé car elle avoue ne plus supporter cette ambiance qui règne à son travail et qu'elle qualifie « d'hypocrite et fausse, comme celle où j'étais avant ».

Elle aurait d'ailleurs connu de fréquentes frictions, ces derniers temps, avec son supérieur hiérarchique, qui lui reproche de négliger le travail, d'être absente aux réunions.

« Mais je ne me laisse pas faire » tient-elle à préciser fermement.

J'ai appris de même qu'elle avait quitté un précédent emploi. Elle ne donne pas de détails pour le moment à ce sujet.

On pouvait percevoir une certaine souffrance, qu'elle tenait à cacher.

Détournant le regard en retenant ses larmes. Elle ne voulait pas se poser en victime quand elle m'apprit qu'elle n'était pas à sa première déception.

« C'est le quatrième que je connais, les hommes sont tous pareils, très gentils au début, ensuite tu découvres leur vrai visage ».

Elle semblait bouleversée, et en état de crise, engendrée par une accumulation de situations qu'elle ne parvenait plus à gérer. L'appareil psychique n'étant plus en mesure de contenir le trop plein d'excitations. La seule voie d'écoulement libératrice qui lui restait était probablement celle de la parole.

Mon attitude d'écoute empathique allait l'encourager à poursuivre son discours.

La qualité de la relation au thérapeute, constitue un élément clé dans toute forme de psychothérapie. Dans l'approche brève l'alliance avec le thérapeute se forge dès les premières rencontres et détermine fondamentalement la réponse du patient à la thérapie.

« Le thérapeute est en mesure d'aider le patient à former une alliance thérapeutique en lui assurant le soutien nécessaire. »
(Gilliéron E, 1997, p63)

Samia ne trouve alors aucune difficulté à parler d'elle, de sa famille. J'ai appris qu'elle avait été élevée par sa grand-mère paternelle jusqu'à l'âge de quatre ans, à cause des mésententes et séparations fréquentes entre le père et la mère. Elle évoque à ce propos quelques souvenirs du père. Très gentil, affirme-t-elle hochant la tête comme pour ramener vers elle des souvenirs lointains... il lui distribuait des bonbons et il ne voulait pas que

la maman la punisse. C'est encore lui qui l'a inscrite juste à sa rentrée à l'école, au sport : « D'ailleurs depuis je n'ai pas arrêté, puisque je pratique jusqu'à présent la natation, sauf ces derniers mois »

A la mort du père, elle venait d'avoir dix ans. Au fur et à mesure l'histoire singulière se précisera davantage, par les détails fournis sur la constellation familiale : une forte rivalité installée depuis l'enfance entre les deux sœurs plus âgées, une relation désignée comme « normale » avec le frère aîné de la famille.

Samia m'informe que c'est elle qui s'occupe maintenant de sa mère malade, et d'ajouter

« mes deux sœurs sont mariées, chacune pour soi c'était pourtant elles les préférées de ma mère, quand j'y pense je n'ai plus envie de m'occuper d'elle » Elle voulait dire sa mère.

Selon Freud (1921) à propos de l'ambivalence des sentiments « presque tout rapport affectif intime contient un fond de sentiments négatifs et hostiles » (1981, p162)

Je pouvais me rendre compte, jusque là de la capacité de ma patiente à reproduire un matériel du passé. A partir de l'ensemble de ces données allait apparaître une esquisse de son histoire dynamique. Il était alors temps de circonscrire la problématique imposée par les délais brefs de la thérapie.

Les premiers éléments de la clinique révèlent une problématique œdipienne marquée par le phénomène de la répétition.

On sait que la répétition des comportements assure un certain équilibre du fonctionnement psychique, dans la mesure où c'est grâce à une certaine constance de ce fonctionnement que l'homéostasie psychique se met en place. Cependant si elle venait à s'installer comme mode de fonctionnement la répétition va paralyser toute activité de l'appareil psychique.

On peut dire alors qu'à l'acmé de la répétition se situent l'état de crise, et le désir de changement.

« Car il faut bien admettre qu'il existe effectivement dans la vie psychique une compulsion de répétition qui se place au dessus du principe de plaisir. » Freud S (1921, 1981, p63)

Le désir de changement a été formulé à travers une demande d'aide clairement exprimée par ma patiente. D'autres processus vont offrir les conditions nécessaires à la réalisation de la thérapie.

Pour cela travailler dans des délais brefs c'est procéder, en effet rapidement à la mise en place d'une hypothèse psycho diagnostique.

Les éléments de « la clinique à main nue » chez Samia nous ont mis face à une organisation marquée par le conflit oedipien, avec prévalence de traits narcissiques. Ce qui sera confirmé plus tard par la clinique armée (Rorschach *TAT*).

La capacité de mentalisation était assez satisfaisante. Les résistances n'étaient point rigides. Il fallait procéder à une confrontation avec le matériel psychique recueilli, en proposant des interprétations précoces. Processus appelé à tester l'insight. Cette mise à l'épreuve de la capacité à prendre conscience de ses affects et émois dès les premiers entretiens constitue l'un des fondements de la thérapie.

Je me contente alors de la confronter à l'évidence des pertes successives qu'elle avait subies, depuis la perte du père. Pertes amoureuses notamment et perte d'un emploi précédent et menace de perte de l'emploi actuel.

Ce lien établi entre le passé et le présent fut assez bien accepté par Samia. Sa disponibilité à cet égard la désigne comme une bonne candidate à cette forme de thérapie.

Le rôle thérapeutique de l'insight en début de thérapie est de rapprocher le patient de sa problématique. Le cadre temporel fut vite mis en place : une séance hebdomadaire, la thérapie prenant fin dans 10 mois.

C'était là quelques éléments ayant participé à l'investigation psycho dynamique. D'autres processus vont intervenir au cours de la prise en charge effective, nous ne pouvons en donner ici, qu'un aperçu. Il s'agit, en l'occurrence, des résistances assez spécifiques dans la mesure où elles se trouvent liées à l'abréviation temporelle. C'est ainsi le désir de ma patiente d'augmenter le nombre de séances. Ces manipulations du cadre sont également en relation avec le transfert.

A ce propos l'on peut dire que l'échéance brève, ne laisse point l'opportunité au transfert de s'enflammer. Tout se passe comme si le patient est constamment rappelé à l'ordre, par le terme de la thérapie qu'il connaît à l'avance. La rupture annoncée tempère la relation et l'empêche de s'embraser. L'activité interprétative ponctuelle, qu'il s'agisse des processus du transfert ou de celles des résistances, barre le chemin à tout enlèvement dans la régression. (Gilliéron, 2004)

Pour ce qui est de Samia il était important d'aborder sans cesse l'interprétation sans créer une blessure narcissique, et en même temps permettre l'ancrage dans la réalité. Cela n'est pas aller sans quelques soubresauts à travers un transfert qui a chuté vers son pôle négatif durant deux séances.

Pourtant se servir du cadre thérapeutique s'est avéré une démarche fructueuse. L'écoulement du temps est à mettre au service de la progression de la thérapie.

Il est arrivé ici, à ma patiente de procéder au décompte des séances. Elle disait par exemple « Il me reste 10 séances, je crois ? » C'était là le signe annonciateur, d'un engagement plus important qui allait se donner à voir au cours de la séance suivante.

Evaluation du contre transfert.

C'est ainsi que devant des séances clés de la thérapie, nous avons ressenti le besoin de faire appel à certains outils d'évaluation ponctuelle. L'objectif étant de faire le point sur la qualité de la relation thérapeutique qui nous lie à la patiente et son impact sur les processus engagés dans la thérapie.

Nous nous sommes alors penchées sur la qualité du contre transfert, son évolution tout au long de la thérapie dans un but de contrôle et d'ajustement de notre relation avec la patiente.

Cependant la thérapie étant en cours nous nous sommes abstenues d'évaluer méthodologiquement la relation de transfert de la patiente au risque d'engendrer un biais dans cette relation. Un questionnement assez direct adressé à la patiente pouvait venir interférer avec le processus thérapeutique déployé.

Nous avons choisi le questionnaire de contre transfert que nous avons utilisé au cours d'une recherche sur l'évaluation des psychothérapies (Equipe, Alger 2009) dont voici la présentation :

Présentation de l'outil de travail

Le Questionnaire de Contre Transfert : Bradley R, Kegley Heim A, Westen D (2005). Il est constitué de 79 items pour évaluer huit facteurs qui désignent des traits de troubles de personnalité, selon la classification mondiale du Manuel Diagnostique et Thérapeutique (DMS IV)

Le premier facteur (Hostile / Maltraitant)

Il représente la valeur des réponses sur les items indiquant un désir d'éviter, ou de fuir le patient, ainsi que les sentiments négatifs forts, y compris l'effroi, la répulsion et le sentiment de mépris. (Coefficient de fiabilité $\alpha=0,90$)

Le deuxième facteur (Peu aidant/ Inadéquat)

Il représente la valeur des réponses sur les items décrivant les sentiments d'inadéquation, d'incompétence, de désespoir et d'inquiétude. (Coefficient de fiabilité $\alpha=0,86$)

Le troisième facteur (Positif /Satisfaisant)

Il représente la valeur des réponses sur les items indiquant l'expérience d'une alliance de travail positive, et rapport proche avec le patient. (Coefficient de fiabilité $\alpha =0,86$)

Le quatrième facteur (Protection Parentale)

Il représente la valeur des réponses sur les items indiquant un désir de protéger et élever le patient d'une façon parentale, au delà des sentiments positifs normaux vers le patient.

(Coefficient de fiabilité $\alpha =0,80$)

Le cinquième facteur (Envahi/Désorganisé)

Il représente la valeur des réponses sur les items indiquant les sentiments d'être inapprécié, écarté ou dévalorisé par le patient en excluant l'hypothèse d'une rivalité. (Coefficient de fiabilité $\alpha =0,83$)

Le sixième facteur (Spécial /Sur impliqué)

Il représente la valeur des réponses sur les items indiquant une relation thérapeutique spéciale et le problème de maintien des frontières, y compris l'auto révélation, le respect de la durée des

séances et le sentiment de culpabilité, de responsable, ou une préoccupation excessive.

(Coefficient de fiabilité alpha =0,75)

Le septième facteur (sexualisé)

Il représente la valeur des réponses sur les items indiquant les sentiments sexuels vers le patient ou les expériences de tension sexuelle. (Coefficient de fiabilité alpha =0,77)

Le huitième facteur (désengagé)

Il représente la valeur des réponses sur les items indiquant le sentiment d'être distrait, retiré, ou ennuyé pendant les séances. (Coefficient de fiabilité alpha = 0,83).

Résultats du questionnaire du contre transfert.

Voici les résultats du questionnaire d'auto-évaluation du contre transfert relatifs à notre patiente Samia.

Moyenne des Facteurs du Contre Transfert			
Le cas Samia			
Facteurs du			
Contre Transfert	1° Temps	2° Temps	3° Temps
Hostile / Maltraitant	1,4	2,8	1,2
Peu Aidant Inadéquat	1,5	2,25	1,12
Positif / Satisfaisant	3,33	2,6	4,44
Protection Parentale	3,6	3,5	3,6
Envahi / Désorganisé	1,27	2,54	1,18
Spécial /Sur impliqué	1,2	1,6	1
Sexualisé	1	1	1
Désengagé	1	1,5	1

Les Pourcentages des Facteurs du Contre Transfert

Le cas Samia			
Facteurs du			
Contre Transfert	1° Temps	2° Temps	3° Temps
Hostile / Maltraitant	28%	56%	24%
Peu Aidant Inadéquat	18%	28%	14%
Positif / Satisfaisant	38%	30%	50%
Protection Parentale	72%	64%	72%
Envahi / Désorganisé	12%	23%	11%
Spécial / Sur impliqué	24%	32%	20%
Sexualisé	25%	25%	25%
Désengagé	17%	25%	17%

Courbes du contre transfert sur les 3 temps de la thérapie

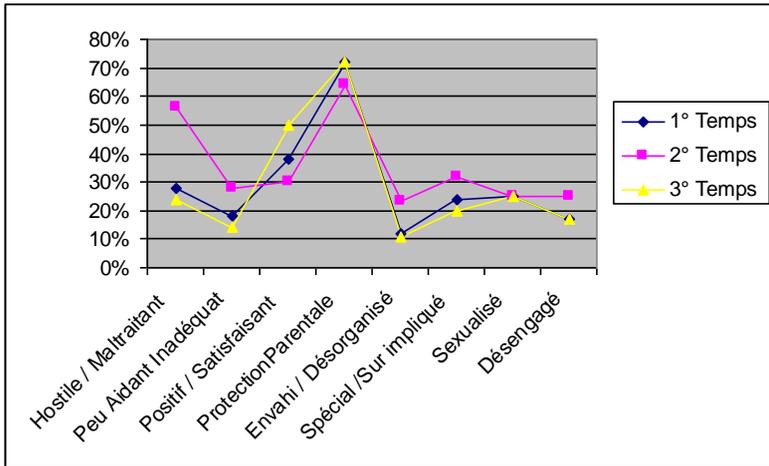
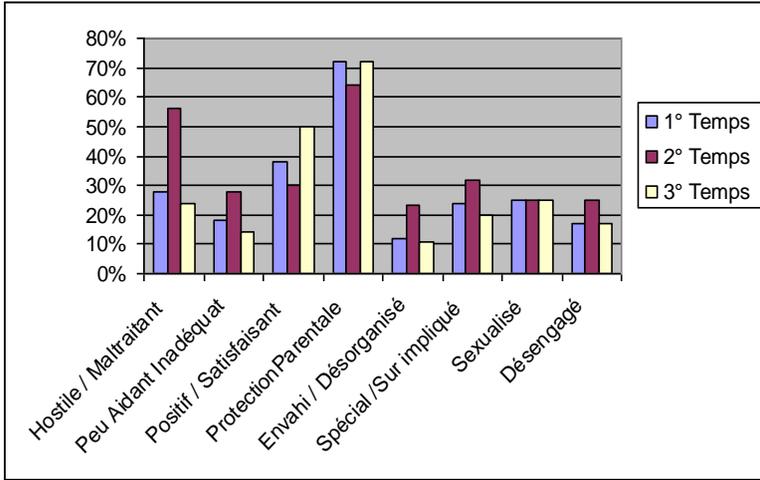


Diagramme du contre transfert sur les 3 temps de la thérapie



Avant de procéder à l'analyse des résultats nous tenons à rappeler, que notre but ici a été d'abord de mettre en évidence les éléments ayant participé à l'investigation psychodynamique afin de déterminer son rôle dans l'indication d'une thérapie brève.

Sachant que la prise en charge effective de la patiente pourrait, à elle seule, faire l'objet d'un article, vue la richesse et la complexité du matériel psychique recueilli et soumis à l'analyse. De même nous avons tenté d'apporter un éclairage sur l'opportunité d'une évaluation ponctuelle par rapport à un outil central de la thérapie, en l'occurrence, le contre transfert face au transfert.

Loin d'être exhaustifs, les résultats consignés ici se rapportent à des moments de la thérapie appelés à répondre à l'objectif de quantification et souligner l'intérêt du questionnaire du contre transfert.

Dans un souci de clarté, nous tenterons cependant, de dévoiler quelques aspects de la clinique

Analyse et Discussion.

On peut dire alors que les résultats donnés par le questionnaire renvoient à une thérapie qui s'engage sous l'auspice d'un contre transfert assez satisfaisant, à 38%, dans sa dimension relationnelle que corrobore une attitude parentale très favorable de la part du thérapeute à 72%.

Ceci est dû à la qualité de la relation thérapeutique, empreinte d'écoute bienveillante, d'empathie et de relances appropriées de notre part. Ce qui a dirigé au départ, la patiente vers un transfert positif satisfaisant.

Nous avons pu ainsi présenter les premières interprétations d'essais en provoquant l'insight, propre à tester la capacité de la patiente à s'engager dans la thérapie.

Le climat de confiance joint et son désir de changement, ont été à même d'induire des attentes positives et accroître sa motivation.

Cette attitude "contenante" ne nous a pas quittés tout au long de la thérapie, allant jusqu'à une relative sur implication de la relation avec la patiente 24%.

Alors que les valeurs qui signent le "désengagement ou la désorganisation" restent faibles : 17% et 12%

C'est l'abandon de l'attitude parentale gratifiante de notre part, au moment de la manipulation du cadre par la patiente qui fit basculer le contre transfert vers son pôle négatif au cours de cette 2^e étape. On retrouve ce contre transfert à 56% dans sa dimension hostile

A la vingtième séance la patiente nous demande en effet d'augmenter le nombre de séances, estimant nos rencontres beaucoup trop espacées.

Vécue comme particulièrement frustrante, notre tentative de maintenir le cadre d'une part et d'apporter les éléments d'interprétations à ce sujet, se sont heurtés d'abord aux résistances de la patiente.

Il s'en est suivi un glissement d'un transfert ambivalent de la patiente, vers un transfert franchement négatif qui s'est maintenu sur deux séances.

Pour notre part et face à cette situation, il s'agissait de gérer le contre transfert, c'est-à-dire nos propres réactions émotionnelles. Mais à l'intérieur de ce contre transfert négatif c'est notre attitude d'inquiétude qui a prévalu. Elle a été estimée à 28% par les chiffres du questionnaire.

C'est alors que nous nous sommes posé la question que chaque thérapeute se pose dans une telle situation. N'avons-nous pas précipité le moment de l'interprétation des résistances ?

C'est pourtant la flexibilité des résistances de la patiente, testées au préalable au cours de l'investigation, qui lui a permis de dépasser cette phase.

Le troisième temps de la thérapie, indiqué sur la courbe et sur le diagramme du contre transfert, témoigne de l'évolution positive du cours de la thérapie, attestée par des chiffres en faveur d'une relation thérapeutique satisfaisante. Une période de la thérapie qui a vu l'émergence d'un riche matériel clinique, particulièrement important.

Un tournant de la thérapie où l'attitude positive du thérapeute connaît une stabilité en écho avec un transfert adéquat, fructueux sur le plan du travail clinique.

C'était là un aperçu de l'utilisation de l'outil de ce questionnaire, qui permet une lecture objectivant de la relation contre transférentielle et les réajustements qui s'imposent en rapport avec le processus thérapeutique.

Nous ne terminerons pas cet exposé sans attirer l'attention sur l'intérêt de tels outils d'évaluation ponctuelle et de leur utilisation par le psychothérapeute. Leur impact sur les différents processus mis en jeu au cours d'une psychothérapie est indéniable. Leur contribution avérée à une collaboration fructueuse patient-thérapeute, au service d'un dénouement positif de la thérapie.

BIBLIOGRAPHIE :

1. BRADLEY R, KEGLEY H, WESTEN D (2005). *Questionnaire du Contre-transfert.*
2. DESPLAND J.M, MICHEL L, DE ROTEN Y. (2012). *Interventions Psycho dynamiques brèves : un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte.* Elsevier Masson, Paris.
3. FERENCZI S (1974) « Œuvres complètes III » Paris.
4. FREUD S (1921,1981) « Psychologie des foules » in *Essais de Psychanalyse.* Payot, Paris.
5. FREUD S (1921,1981) « Au-delà du principe du plaisir » in *Essais de Psychanalyse.* Payot, Paris.

6. *FREUD S (1939) «Analyse terminée et analyse interminable » in Revue Française de Psychanalyse, XI 1939 N° 1 Traduit par Anne BERMAN.*
7. *GILLIERRON E (1997) « Manuel de Psychothérapies brèves » Dunod, Paris*
8. *GILLIERRON E (2004) « Manuel de Psychothérapies brèves » Dunod, Paris*
9. *Laboratoire d'Anthropologie Psychanalytique et de Psychopathologie : Intitulé du Projet : Fonctionnement Mental et Évaluation des Psychothérapies dans les passages à l'acte (2009) Code :*
10. *LESCOURGUES L, BIRMES PH, STERCK G, GILLIERON E, SCHMITT L. Interventions Psycho dynamiques brèves et dépression en milieu hospitalier. Ann Med Psychol 2000,158 : 648-655.*

L'Analyse bibliométrique de la recherche agronomique algérienne.