



SSPsa, Société Suisse de Psychanalyse

# Indication et Efficacité

Psychanalyse et méthodes  
psychanalytiques dans le domaine  
des soins médicaux

Édition suisse

Brochure informative  
de la



Deutsche  
Psychoanalytische  
Vereinigung

# Indication et Efficacité

## Psychanalyse et méthodes psychanalytiques dans le domaine des soins médicaux

Brochure informative

*Éditée par le*

*Comité de la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung  
(Branche de l'Association Psychanalytique Internationale, API) e.V.  
et le Comité de la Société Suisse de Psychanalyse (SSPsa), API*

*Conçue par des membres de la commission de recherche de la DPV:*

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Beutel,  
Prof. Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber,  
Avec la collaboration de Dipl.-Psych. Marcus Rasting*

*Rédaction: Dr. phil. Dipl.-Psych. Franziska Henningsen  
Dr. med. Rosemarie Kennel, Dipl.-Psych. Christa Leinendecker,  
Dipl.-Psych. Jürgen Doebert*

*Adaptation pour la Suisse: Dr. med. Henrike Schenkel  
et Ursula Walter, lic.phil.*

*Traduit de l'allemand par Bernard Krauss*

*Mise en page par Dorothee Leser-Junack, mail@dorotheeleser.ch*

*© Deutsche Psychoanalytische Vereinigung  
(Branche de l'Association Psychanalytique  
Internationale) e.V., Berlin 2001*

*Droits pour l'édition de la version suisse:  
Société Suisse de Psychanalyse (SSPsa), 2004*

*www.psychanalyse.ch*

*Distributeurs pour la Suisse:*

*Secrétariat central de la SSPsa: Harry P. Ammann, Tel. 031 95115 54,  
CH-3074 Muri-Bern, Thunstrasse 20, SGPSa-SSPsa@ammannpartner.ch  
CPRS Centre de Psychanalyse, Raymond de Saussure,  
rue Adrien-Lachenal 3, CH-1207 Genève,  
Tel.+Fax : 022 736 74 54, cprsaussure@geneva-link.ch*

## Qu'est-ce que la psychanalyse?

Dans son application clinique, la psychanalyse comprend le diagnostic et le traitement des maladies et des troubles trouvant leur origine dans les conflits psychiques inconscients, les déficiences du développement psychique, les expériences traumatiques ou les modes de relation précoces pathogènes. Angoisses, dépressions et compulsions sous leurs diverses formes, troubles des capacités relationnelles, affectives ou professionnelles, troubles de l'identité et du contact avec la réalité, de même que désordres somatiques d'origine psychiques, relèvent toutes des indications au traitement analytique.

Sur le plan du diagnostic et du traitement, la psychanalyse recourt à sa propre méthodologie spécifique, au centre de laquelle figure la relation thérapeute-patient. La situation analytique permet d'examiner cette relation – empreinte des expériences du passé – dans ses dimensions aussi bien conscientes qu'inconscientes, émotionnelles que cognitives, et de l'élaborer au cours d'un processus favorisant développement, prise de conscience et, par ce biais, la guérison. Les conditions du cadre – avant tout les séances fixes régulières, le cas échéant à fréquence hebdomadaire élevée, de même que l'abstinence et la neutralité du thérapeute – en constituent des éléments essentiels. Elles offrent au patient un espace pour ses associations libres, ses fantasmes ainsi que pour le déploiement de sa relation spécifique au thérapeute. Ces associations libres et le transfert incluent des éléments conscients mais également, avant tout, des éléments inconscients liés aux expériences précoces, et qui ne trouveront leur élucidation qu'au cours du travail analytique. L'action réciproque des échanges des deux protagonistes va permettre la reviviscence émotionnelle des scénarios inconscients constitutifs de la personnalité du patient ainsi que leur compréhension par l'analyste. L'activité interprétative ainsi que la relation thérapeutique en viennent ainsi à constituer les fondements d'une compréhension croissante entre patient et analyste. Un processus dynamique se trouve alors engagé, source de prises de conscience, d'enrichissement de la vie intérieure et de développement d'une meilleure connaissance de soi. Il conduit à la réintégration de parties de la personnalité ayant fait l'objet d'une fixation ou d'un clivage du fait de la maladie, à la réappropriation d'une continuité historique ainsi que d'une identité personnelle, et donc à la guérison ou à l'atténuation de la souffrance psychique. Etant donné qu'une affection psychique touche toujours la

personne dans sa totalité, le traitement psychanalytique ne vise pas uniquement la guérison symptomatique, mais également une modification de la structure de la personnalité, dans le sens d'un enrichissement de la vie interne et des capacités de pensée ainsi que d'une meilleure appréhension de la réalité. C'est ainsi seulement que l'on peut obtenir une guérison psychique durable. L'étiologie souvent extrêmement complexe d'une organisation psychique pathologique nécessite parfois le déploiement d'un processus thérapeutique de longue durée.

En psychothérapie psychanalytique – contrairement à ce que l'on note pour d'autres méthodes thérapeutiques, les traitements psychopharmacologiques notamment – les facteurs d'efficacité ne peuvent être séparés de la subjectivité des personnes impliquées. Des facteurs dynamiques – relevant du processus – et subjectifs jouent ici un rôle central; la méthodologie couramment utilisée en recherche pharmacologique en vue d'établir la preuve de l'efficacité (reproductibilité des expériences, études en double aveugle, conditions placebo, assignation randomisée du traitement) ne peut de ce fait être appliquée ici, ou alors de façon restreinte seulement. Par conséquent, outre les données – actuellement bien identifiées, éprouvées et systématisées sur le plan théorique – tirées des observations et expériences de la science expérimentale, une approche intersubjective narrative joue un rôle essentiel dans la recherche en psychanalyse.

### **Applications de la psychanalyse et des méthodes psychothérapeutiques qui en sont issues**

Au cours de son histoire plus que centenaire, la psychanalyse a recueilli d'importantes connaissances sur les troubles psychiques et leur traitement. Grâce à la constante évolution de la théorie et de l'application de la psychanalyse, un large spectre de pratiques psychothérapeutiques a vu le jour, s'étendant des interventions brèves aux traitements intensifs de longue durée. Au sein de la pratique clinique, on distingue habituellement:

- La psychothérapie psychanalytique à fréquence réduite (1 à 2 séances hebdomadaire en face à face).
- La psychanalyse à fréquence intensive (en règle générale 3 à 4 séances hebdomadaires sur le divan).

A cela s'ajoutent d'autres formes de thérapies psychodynamiques:

- Les psychothérapies brèves ou focales (nombre de séances éventuellement déterminé par avance, p.ex. 12 séances au rythme d'une séance hebdomadaire).
- Les thérapies psychanalytiques de couple et de famille
- Les thérapies psychanalytiques de groupe

Pratiquées par des psychothérapeutes expérimentés au bénéfice d'une formation approfondie, ces méthodes sont appliquées de façon différenciée pour s'ajuster aux besoins des patients en fonction des tableaux pathologiques présentés, des particularités de personnalité, des conditions de vie sociales et matérielles ainsi qu'en fonction des perspectives de succès thérapeutique. Les résultats d'études scientifiques concernant l'indication et l'efficacité des différentes méthodes psychodynamiques confirment ces pratiques. (Les informations valables pour la Suisse en ce qui concerne la question de la prise en charge financière par les assurances maladie figurent dans l'annexe de la page 16).

### **Thérapies brèves: indications et efficacité**

**Indications:** les *thérapies brèves* se sont avérées indiquées surtout en cas de problèmes circonscrits, ou lors de réactions aiguës à une surcharge psychique (p. ex. crises dues aux périodes de transition dans le développement; événements traumatiques et crises existentielles aiguës, suite à la perte d'un proche p. ex.) (Beutel, 2000).

**Efficacité:** les thérapies brèves requièrent elles aussi une compréhension approfondie des déterminations inconscientes de la pathologie actuelle, compréhension qui contribue à réduire les symptômes et favorise la guérison et le rétablissement. Concernant la rémission symptomatique, aucune différence n'a été globalement constatée en regard des *thérapies cognitivo-comportementales* de durée équivalente. Comparée aux *traitements psychopharmacologiques*, la psychothérapie se révèle mieux à même d'influencer les capacités des patients à maîtriser leur vie sur le long terme (Blatt et al., 2000).

Toutes les méthodes thérapeutiques brèves atteignent leurs limites lorsqu'on se trouve en présence de pathologies graves ou chroniques. L'étude NIMH, menée avec soin sur des psychothérapies ambulatoires d'une durée de 16 semaines (thérapies cognitivo-comportementales ou théra-

pies interpersonnelles), montre qu'après 18 mois une amélioration a été obtenue chez 24% seulement des patients gravement dépressifs (Blatt et al., 2000, Elkin, 1994). Dans l'ensemble, l'effet des psychothérapies décroît au fil du temps. On observe cela avant tout pour les thérapies de courte durée. Comme nous le mentionnerons plus loin, les patients sont par contre en mesure de développer encore au-delà du terme du traitement les effets d'une thérapie plus longue, ceci grâce aux modifications de personnalité obtenues.

### **Thérapies longues: indications et efficacité**

**Indications:** des traitements plus longs sont avant tout nécessaires lorsqu'une thérapie brève ne présente que peu de chances de succès durable, en raison de la gravité ou de la particularité des troubles présentés par le patient.

- ◆ Les problèmes profonds et chroniques, tels qu'on les trouve dans les cas de troubles de la personnalité ou de dépression sévère, nécessitent un traitement de plus longue durée. Certains patients ne sont pas en mesure d'établir une relation émotionnellement significative dans le cadre d'une durée temporelle limitée.
- ◆ De nombreux patients ne peuvent que difficilement supporter les exigences émotionnelles qu'implique un processus thérapeutique bref intensif et ne peuvent renoncer à la relation au moment de la terminaison (p. ex. troubles de la personnalité avec déficit du contrôle de l'impulsivité). Un terme prématuré peut être vécue comme la reviviscence traumatique de pertes précoces.
- ◆ Sur la base des recherches récentes portant sur les conduites d'attachement et de la recherche actuelle sur la mémoire, nous savons que des modèles relationnels et comportementaux essentiels sont engrammés inconsciemment (ce que l'on désigne par mémoire implicite) et ne sont que difficilement accessibles à un travail d'élaboration direct. Ces situations nécessitent des durées temporelles plus longues associées à des contacts intensifs avec le psychothérapeute, ceci en vue non seulement de permettre l'élaboration de la problématique, mais également de vivre des expériences nouvelles dans le cadre du traitement.

- ◆ Certains patients sévèrement atteints peuvent être stabilisés sans hospitalisation et sans médicaments, ou alors avec une médication réduite, ceci également en périodes de crise.

**Efficacité:** l'application thérapeutique de la psychanalyse s'est accompagnée dès ses débuts d'un effort de recherche. Les premières études catamnétiques ont été menées par Coriat en 1917. En 1930, Fenichel a présenté un compte rendu de résultats de l'Institut de psychanalyse de Berlin. Une série de recherches méthodologiquement mieux fondées, entre autres celles menées par les instituts psychanalytiques de Boston, Columbia et New-York ainsi que par la fondation Menninger (cf. Wallerstejn, 2001), ont fait suite à ces premières études.

### **Thérapies longues: état actuel de la recherche**

#### **Résultats comparatifs européens**

Au nombre des études européennes achevées portant sur l'efficacité du processus, nous trouvons notamment:

- Le projet catamnétique de Heidelberg (von Rad, Senf & Bräutigam, 1998)
- L'étude berlinoise sur la psychothérapie (Rudolf, Manz & Öri, 1994)
- L'étude de Stockholm (Sandell, Blomberg & Lazar, 1997)
- L'étude catamnétique de l'Association Psychanalytique Allemande (Leuzinger-Bohleber, Stuhr, u. a. 2001)

Des études prospectives sur l'efficacité de la psychothérapie et de la psychanalyse sont actuellement en cours à:

- Heidelberg (Rudolf et al., 2001) et
- Munich (Huber et al. 2001, vgl. Stuhr, Leuzinger-Bohleber & Beutel, 2001)
- Bâle (Küchenhoff et al., recherche en cours depuis 2003, pas encore de publication).

Ces études ont montré de façon concordante que la majorité des patients (60 à 90%) tirent un important profit de leur psychanalyse. Pour des durées de traitement plus longues, la plupart des études relèvent également de meilleurs résultats thérapeutiques (Crits-Christoph & Barber, 2000).

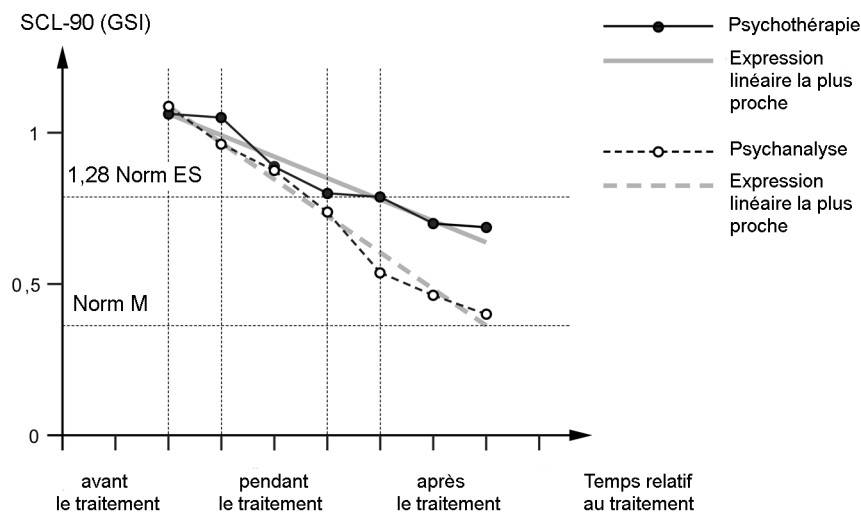


Fig. 1: Vulnérabilité symptomatologique avant, pendant et après une psychothérapie, respectivement une psychanalyse (M=valeur moyenne, ES=écart-type standard).

### L'étude de Stockholm

Dans une étude comparative récente, Sandell et collaborateurs (1997) ont pu montrer que l'on pouvait non seulement constater des changements significatifs (moins de maux, capacités accrues à mener sa vie) au moment du terme d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie des profondeurs, mais que ces effets se développaient encore par la suite. Comme le montre la figure, la vulnérabilité symptomatologique (mesurée au moyen de l'échelle standard SCL-90R) diminue avec l'accroissement de la durée de traitement et les améliorations symptomatologiques continuent de se produire également après la fin du traitement. Sandell et collaborateurs ont pu montrer, au moyen d'évaluations complémentaires, l'occurrence de cet effet pour les psychanalyses intensives à fréquence hebdomadaire élevée.

Au départ, l'intention était de comparer dans cette recherche un groupe de patients avec un groupe contrôle de sujets non-traités en attente de prise en charge. Il s'est avéré cependant que les patients auxquels on n'avait pas offert d'emblée un traitement de longue durée, avaient engagé de leur propre initiative d'autres traitements. Ces patients sont ceux qui ont présenté les plus mauvais résultats sur le long terme. Le projet catamnes-

tique de Heidelberg a montré des résultats analogues en ce qui concerne la persistance des effets de la psychanalyse. On a pu voir, tout particulièrement chez les patients présentant des troubles fonctionnels chroniques, des progrès se produire en cours de thérapie encore 3 ans après le début du traitement.

### Autres recherches internationales

Une série d'autres études atteste de l'efficacité des thérapies de longue durée. A l'occasion d'un congrès international consacré à l'efficacité des traitements psychanalytiques de longue durée (Stuhr et al., 2001), ce sont plus particulièrement les résultats de ces études qui ont été exposés (vgl. Christoph & Barber, 2000). Stevenson & Meares (1992) ont par exemple mis en évidence les bons résultats des traitements de longue durée pour les patients présentant des troubles de la personnalité borderline. Mentionnons ici le Consumer-Report d'une organisation américaine-US indépendante en tant qu'exemple type d'étude portant sur la satisfaction des patients quant à leur traitement; les résultats montrent que parmi les 3000 sujets sondés, ce sont surtout les patients ayant été en traitement sur une durée plus importante qui tirent le meilleur profit d'une psychothérapie (Seligman, 1995). Zepf et al. (2001) ont adapté ce questionnaire au contexte allemand, et l'ont appliqué à 1800 patients. Les résultats s'avèrent analogues: la psychanalyse a été nettement la mieux notée par les sujets parmi les trois méthodes thérapeutiques officiellement reconnues, ceci dans le contexte d'une satisfaction générale s'agissant des effets obtenus (Fondation Warentest 2002).

### L'étude catamnétique de l'Association Psychanalytique Allemande (DPV)

Dans une conjoncture marquée par la concurrence accrue sur le marché de la psychothérapie et la restriction des moyens dans le domaine de la santé publique, l'Association psychanalytique allemande (DPV) s'est soumise aux exigences d'une médecine fondée sur la preuve, à savoir d'attester du succès thérapeutique de la psychanalyse et de ses méthodes dérivées, non pas uniquement par l'exposé de cas isolés, mais également par des données statistiques portant sur des échantillonnages représentatifs. Cette étude présente un intérêt particulier du fait qu'elle a procédé à des catamnèses sur le long terme portant sur les effets durables

de la psychothérapie, protocole rarement utilisé jusque-là en raison des difficultés méthodologiques liées à la recherche en psychothérapie.

Cette recherche catamnestique présentée par Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger et Beutel (2001) est une étude critique de la méthode, combinant observations psychanalytiques qualitatives et procédures quantitatives. Cette étude montre de façon impressionnante, sur la base d'un échantillon représentatif, les changements qu'un traitement psychanalytique est en mesure de produire:

- Ont été pris en compte aussi bien des processus inconscients que des données objectives (p. ex. celles des caisses maladie), des réponses à un questionnaire et des évaluations conscientes.
- Les exigences relevant d'une recherche scientifique ont été remplies.
- La recherche a été menée dans des conditions naturelles, ce qui évite les inconvénients liés à la constitution de groupes contrôles monosymptomatiques.
- Les effets à long terme des psychothérapies ont été recueillis.
- Le traitement antérieur des patients n'a pas été parasité après-coup.
- Le point de vue du patient sur le processus aussi bien que celui du psychothérapeute ont été pris en compte dans l'étude.
- La confidentialité pour les patients concernés a été préservée.
- Les questions éthiques soulevées par l'examen de processus psychiques intimes ont fait l'objet d'une discussion approfondie.
- De nombreuses questions méthodologiques relatives à la recherche en psychothérapie ont fait l'objet d'un travail d'élaboration qui a permis d'aboutir à des solutions constructives.

Le protocole choisi était le suivant: un échantillon (n= 401) représentatif de tous les traitements de longue durée menés par des psychanalystes expérimentés de la DPV (au minimum 5 ans après l'achèvement de leur formation psychanalytique) a été retenu. Des traitements de longue durée (c.-à-d. plus d'une année), qui avaient pris fin entre 1990 et 1993, ont été réexaminés au moins 6 ans après la fin du traitement. En plus des patients, les ex-thérapeutes concernés ont également été interviewés et les appréciations d'experts indépendants ainsi que des données provenant des caisses maladies ont été récoltées.

### Extraits des résultats:

- Plus de 70% des patients se montrent satisfaits de leur traitement et constatent une amélioration de leur état, amélioration encore stable 6 ans après la fin du traitement.
- Plus de 70% font état d'une amélioration de leurs capacités à faire face aux événements de leur vie, d'une amélioration de l'estime de soi, de l'humeur, de la satisfaction existentielle ainsi que des capacités productives.
- On constate une nette diminution des consultations médicales ambulatoires, des incapacités de travail pour raison de maladie, des journées d'hospitalisation et de la consommation de médicaments, ceci pendant et après le traitement, diminution encore stable 6 ans après la fin du traitement.
- Les sujets de cette étude sont des patients dont les troubles et les traumatismes sont plus sévères que la moyenne (troubles de la personnalité narcissiques et borderlines, psychoses, pathologies polymorphes graves, dépressions, troubles compulsifs et pathologies du caractère).

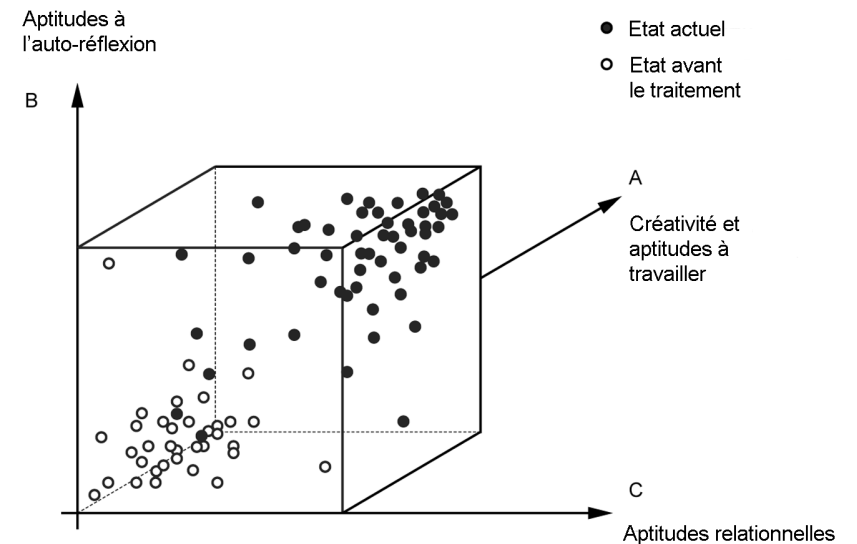


Fig. 2: Evaluation des aptitudes relationnelles, auto-réflexives, ainsi qu'à créer et travailler, chez des patients ayant suivi une psychanalyse.

– La figure 2 présente en trois dimensions les changements observés chez les patients qui avaient été suivis en psychanalyse: capacités auto-réflexives, créativité, aptitude à travailler ainsi que capacités relationnelles. Les appréciations ont été établies par des examinateurs indépendants sur la base d'un abondant matériel d'interview et font état d'effets positifs.

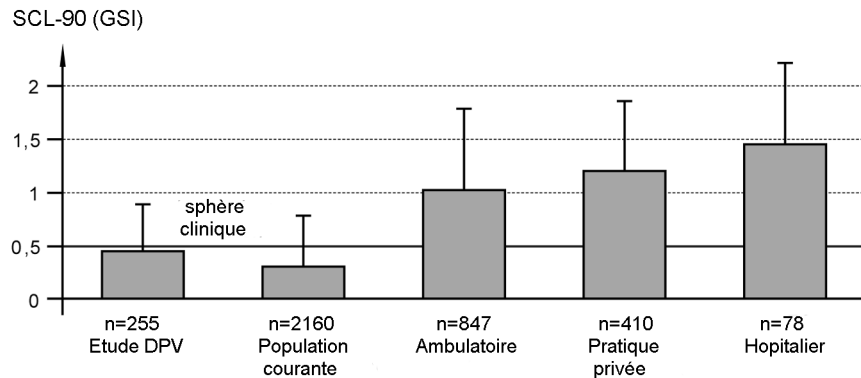


Fig. 3: Vulnérabilité symptomatologique actuelle: sujets de l'étude catamnastique (DPV) comparés à d'autres sujets (sont représentés: les valeurs moyennes et les écarts-types standards).

Le questionnaire standardisé, portant sur le degré de vulnérabilité symptomatologique actuelle (SCL-90) chez les patients examinés sur le plan catamnastique, permet également d'attester la persistance des résultats des thérapies de longue durée en comparaison avec d'autres échantillons. Comme le montre la figure, les participants à cette étude catamnastique sont en moyenne nettement moins vulnérables que ceux d'échantillons de patients comparables (consultation psychosomatique, pratique privée, patients psychosomatiques hospitalisés), ceci même plus de 6 ans après la fin de la prise en charge. Sur le plan de la vulnérabilité symptomatologique et de la satisfaction existentielle, ils ont atteint le niveau de la population générale. Ces résultats témoignent non seulement d'une sensible amélioration symptomatologique, mais également d'une grande stabilité des effets produits par le traitement.

## Point de vue économique

Les troubles psychiques et psychosomatiques comptent parmi les causes les plus fréquentes d'incapacité de travail et d'invalidité précoce (VDR, 1999; BSV, 1998). Une étude de Dürssen et Jorswick (1965) menée auprès des assurés AOK a contribué à l'intégration de la psychothérapie dans le système de prise en charge par les caisses maladie en RFA. Sur la base de données provenant des caisses maladie les auteurs ont recensé, pour 125 patients, le nombre d'hospitalisations 5 ans avant et 5 ans après un traitement psychothérapeutique d'une durée de 50 heures fondé sur la psychologie des profondeurs et ont comparé ces données avec celles d'un groupe de névrosés non traités en attente de prise en charge ainsi qu'avec celles d'un groupe d'assurés AOK ordinaires (100 sujets pour chaque groupe). Le nombre de jours d'hospitalisation par an des patients étudiés s'élevait en moyenne à 26 jours avant le début du traitement, de même pour le groupe contrôle non traité, en regard de 10 jours pour les assurés AOK en général. Après le traitement, les séjours hospitaliers se sont réduits à 6 jours, donc sensiblement moins que pour les assurés AOK durant la même année (12 jours); pour les patients névrotiques de la liste d'attente, ils restèrent élevés de façon inchangée. Ces résultats se sont avérés si convaincants pour la caisse maladie sur le plan des économies de coûts générées par la psychothérapie, que les psychothérapies analytiques ont été introduites dans les prestations obligatoires des caisses maladie reconnues par la loi. Des résultats analogues pour la psychothérapie analytique ont été récemment obtenus par Keller et al. (2001).

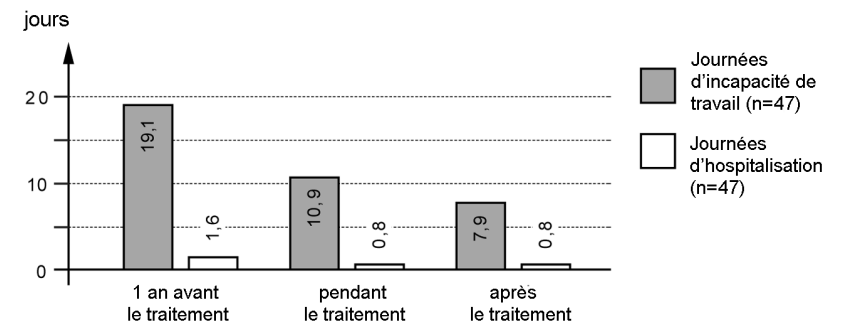


Fig. 4: Incapacités de travail et séjours hospitaliers avant, pendant et après une psychothérapie (données fournies par les caisses maladie).

Des données touchant aux aspects économiques dans le domaine sanitaire relatifs aux thérapies de longue durée sont actuellement recueillies en Allemagne, en coopération avec les caisses maladie. Les résultats obtenus jusqu'ici par l'étude catamnétique des traitements psychanalytiques de longue durée confirment les économies de coûts que permettent de réaliser les psychothérapies de longue durée relativement aux incapacités de travail et aux jours d'hospitalisation; ils établissent que ces économies peuvent être attestées même plus de 6 ans encore après la fin du traitement.

## Conclusions

La psychanalyse, sous ses diverses formes d'application clinique, joue un rôle central dans le domaine des prises en charge médicales ambulatoires et hospitalières. Elle dispose de formes différenciées de traitements en fonction des divers types de troubles, allant des thérapies brèves et interventions de crise jusqu'aux thérapies intensives de longue durée, en passant par les thérapies de couple, de famille et de groupe. L'efficacité de ces méthodes de traitement ainsi que leurs indications ont pu être attestées par toute une série d'études. Il existe des études d'efficacité très fouillées – nous ne les avons pas présentées dans le cadre de cette brochure – concernant les traitements d'orientation psychanalytique en milieu semi-hospitalier (Bateman & Fonagy, 1999) et hospitalier (Strauss & Meyer, 1994).

Les effets mesurables vont de la diminution des symptômes jusqu'au rétablissement des aptitudes à travailler, à éprouver du plaisir et à établir des relations. Ceci va de pair avec une satisfaction existentielle accrue ainsi qu'avec une meilleure santé psychique et somatique, selon la définition de l'OMS, englobant bien-être psychique corporel et social.

Etant donné que l'efficacité de la psychothérapie est démontrée aussi bien quant à la diminution des symptômes psychiques que quant à la réduction des coûts de la santé, ce sont dorénavant les questions relatives au ciblage des indications pour les méthodes spécifiques ainsi qu'au processus de changement qui apparaissent au premier plan. L'intense activité de recherche internationale dans le domaine de la psychothérapie psychanalytique se trouve recensée dans l'Open Door Review de Fonagy et al. (2001), accessible sur Internet; elle cite plus de 40 recherches actuellement en cours ou achevées. (Environ un tiers de toutes les recherches

les plus récentes sont ainsi consacrées au processus thérapeutique et à la corrélation, pour les psychothérapies psychanalytiques, entre processus et résultats).

Des catamnèses à longue échéance sont nécessaires si l'on se propose d'examiner les effets à long terme de la psychothérapie. L'étude catamnétique représentative mentionnée plus haut et portant sur les traitements psychanalytiques de longue durée, vise de par son protocole multimodal à saisir les multiples effets à long terme; elle prend en compte les expériences et données des ex-patients, de leurs analystes, d'experts psychanalystes et non-psychanalystes, les données issues des caisses maladie ainsi que de certains questionnaires d'utilisation courante dans la recherche en psychothérapie. En vue de conforter ces résultats et de confirmer les hypothèses qui en sont issues, il est souhaitable que d'autres recherches de type prospectif soient menées. Du fait de l'importance des moyens qu'elles requièrent, il est nécessaire qu'elles puissent bénéficier de subventions financières.

Le développement des méthodes de recherche en vue d'étudier les processus thérapeutiques interactionnels complexes se poursuit. Des impulsions viennent entre autres du développement de concepts de traitement spécifiques (p. ex. pour les pathologies borderlines), du dialogue entre la recherche sur la mémoire et la recherche sur les liens entre processus et résultats thérapeutiques, de la recherche clinique portant sur les affects et de la recherche portant sur l'attachement. Cette dernière (Fonagy, 1999) a par exemple montré que la transmission intergénérationnelle de modalités d'attachement et relationnelles pathogènes pouvait être interrompue.

La psychanalyse s'attache à l'étude d'états internes complexes, tels qu'ils se développent au cours des expériences émotionnelles de l'enfance. En l'état actuel de la recherche, nous touchons ici aux limites de ce qui est mesurable. Il serait réducteur d'assimiler faible vulnérabilité psychopathologique et bien être, ou encore santé psychique et "qualité de vie", sens existentiel, ou valeur éthique d'un mode de vie. Le développement de critères significatifs en vue de l'évaluation des psychothérapies doit en dernier ressort se fonder sur l'être humain en tant que sujet, sur ses aptitudes à mener une réflexion responsable sur lui-même, ainsi que sur ses facultés à mener sa vie et ses relations de manière autonome.



## Bibliographie

- BATEMAN, A., FONAGY, P. (1999) *The effectiveness of partial hospitalization of borderline personality disorder: A randomized controlled trial*. American Journal of Psychiatry 156: 1563-1569
- BEUTEL, M. (2000) *Psychodynamische Kurztherapien*. Psychotherapeut 45: 203-213
- BLATT, S., ZUROFF, D., BONDIE, C., SANISLOW, C. (2000) *Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of Depression: further analysis of data from the NIMH TDCRP Psychotherapy Research 10*: 215-234
- BSV (1998), Bundesamt für Sozialversicherungen, Sektion Statistik, Donini, F. u. Eschmann N. Anstieg der IV-Rentenbezüger: Erklärungsansätze. In: Soziale Sicherheit, 4/1998
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E. & KERNBERG, O. F. (2000) *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Manual zur Psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart
- CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P. (2000) *Long-term psychotherapy*. In: SNYDER C. R. Ingram, R. E. (Eds) Handbook of psychological change. John Wiley, New York, S. 455-473
- DÜHRSSSEN A., JORSWIECK E., (1965) *Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung*. Nervenarzt 36: 166-169
- ELKIN, 1. (1994) *The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are now*. In: BERGIN, A. E. & GARFIELD S. L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., 114-135) New York: Wiley
- FENICHEL O. (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: RADO, S., FENICHEL, O. & MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, C. (Eds.), *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt* (13-19). Int Psychoanal Verlag
- FONAGY, P. (1998) *An attachment theory approach to treatment of the difficult patient*. Bulletin of the Menninger Clinic 62: 147-69
- FONAGY, P. (1999): *The implication of contemporary neuroscience, psychology and the "cognitive revolution" for psychoanalysis*. International Psychoanalysis, Vol. 8, 2
- FONAGY, P., KÄCHELE H., KRAUSE, R., JONES, E. & PERRON, R. (2001) *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. International Psychoanalytic Association (www.ipa.org)
- HESSEL, A., SCHUMACHER, J., GEYER, M., BRÄHLER E. (2001) *Symptom-Checkliste SCL90R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe*. Diagnostica 47: 27-39
- HUBER, D., KLUG, G. & VON RAD, M. (2001). *Die Münchner Psychotherapiestudie. Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien*. In: STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M.: *Langzeit-Psychotherapie Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 260-270
- KELLER, W., G., DILG, R., ROHNER, R., STUHT, H. (2001), *Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Aspekte ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie*. In: STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M.: *Langzeit-Psychotherapie Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 343-355
- KANDEL, E. R. (1999): *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. American Journal of Psychiatry 156: 505-524
- LEUZINGER-BOHLEBER, M., STUHR, U., RÜGER, B., BEUTEL, M. (2001) *Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien eine multiperspektivische, repräsentative Katamnestiche Studie*. Psyche 55: 193-276
- RAD VON, M., SENF W., BRÄUTIGAM, W. (1998) *Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnesticheprojektes*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48: 88-100
- RUDOLF, G., MANZ, R., ORI, C. (1994). *Ergebnisse psychoanalytischer Therapien*. Zsch Psychosom Med 40: 25-40
- RUDOLF, G., GRANDE, T. & DILG R. (2001) *Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien, (PAL)*. In: STUHR U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M. *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 238-259
- SANDELL, R., BLOMBERG J. & LAZAR A. (1997) *When reality doesn't fit the blueprint: Doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program* Psychotherapy. Research 7: 333-344
- SANDELL, R., BLOMBERG, J., LAZAR, A. u.a. (2001) *Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien*. Aus der Forschung des Stockholmer Projekts. Psyche 55: 277-310
- SCHEIDT, C. E., SEIDENGLANZ, K., DIETERLE, W., HARTMANN, A., BOWE, N., HILLENBRAND, D., SCUDLEK, G., STRASSER, F., STRASSER, P., WIRSCHING, M. (1999) *Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie*. Psychotherapeut 44: 83-93
- SELIGMAN, M. (1995). *The Effectiveness of Psychotherapy*. American Psychologist 50: 965-974
- STEVENSON, J., MEARES, R. (1992) *An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorders*. American Journal of Psychiatry 149: 358-362
- STIFTUNG WARENTEST (2002) *Mehr Lebensfreude*. Test 2: 91-95
- STRAUSS, B., MAYER, A. E. (1994) *Psychoanalytische Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart
- STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M. (2001) *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel
- WALLERSTEIN, RS. (2001) *Die Generationen der Psychotherapieforschung – Ein Überblick*. In: STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M.: *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 38-60
- ZEPF, S., MARX, A., MENGELE, U. (2001) *Die ambulante Versorgungssituation der Erwachsenen im Saarland*. Psychotherapeut 46: 75-81
- VDR-Statistik (1999) *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger*, Frankfurt a. M.

### Annexe: prise en charge des coûts par les caisses maladie. Données pour la Suisse (2004)

Les prestations des caisses maladie ne sont en principe accordées que pour les souffrances relevant d'une maladie. Lorsqu'on se trouve en présence de souffrances de ce type, les prestations obligatoires de l'assurance de base pour la psychothérapie sont réglées par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) du 19.9.1995. Cette ordonnance ne s'applique que si le traitement est administré par un psychiatre (formation de base en médecine) ou par un psychologue non-médecin reconnu – au bénéfice d'une formation de base en psychologie la plupart du temps – travaillant dans un rapport de délégation avec un médecin spécialiste. Cette ordonnance limite les prestations pour la psychothérapie, ce qui implique le cas échéant une participation personnelle du patient. Sous réserve d'exceptions dûment fondées, sont prises en charge durant les trois premières années, au maximum: deux séances hebdomadaires d'une heure; durant les trois années suivantes: une séance hebdomadaire d'une heure; par la suite une séance d'une heure à quinzaine. Lorsque le traitement est conduit par un psychologue non-médecin exerçant en pratique privée, les caisses maladie accordent des prestations volontaires relevant des assurances complémentaires, prestations variables selon les caisses.