

Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux ?

Is there an approach of psychoanalytical inspiration specifically adapted to anxiety disorders?

¿Existe un enfoque de inspiración psicoanalítica específicamente adaptado a los trastornos de ansiedad?

Existe alguma abordagem de inspiração psicanalítica especificamente adaptada aos transtornos de ansiedade?

Thierry Currat et Jean-Nicolas Despland

Volume 29, numéro 1, printemps 2004

Les troubles anxieux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/008822ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/008822ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Currat, T. & Despland, J.-N. (2004). Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux ? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 81–92. <https://doi.org/10.7202/008822ar>

Résumé de l'article

Les approches psychanalytiques arrivent en deuxième ligne dans les recommandations actuelles concernant la prise en charge des troubles anxieux. Ce constat est justifié par le manque d'études contrôlées pour ces traitements, ainsi qu'en raison d'une adaptation plus tardive de la psychanalyse aux tendances contemporaines de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur le symptôme. Un tel exemple d'adaptation est le développement récent d'une psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble panique (PFPP) (Milrod et al., 1997). Cette psychothérapie paraît efficace (Milrod, 2001). Elle ne l'est probablement pas plus, ni moins, que d'autres approches psychothérapeutiques, si l'on se réfère aux résultats de la recherche empirique à propos de l'efficacité comparative des psychothérapies. La question posée par le titre de cet article est peut-être moins au cœur du débat que ne l'est celle de la nature des ingrédients actifs du processus psychothérapeutique.



Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux ?

Thierry Currat*

Jean-Nicolas Despland**

Les approches psychanalytiques arrivent en deuxième ligne dans les recommandations actuelles concernant la prise en charge des troubles anxieux. Ce constat est justifié par le manque d'études contrôlées pour ces traitements, ainsi qu'en raison d'une adaptation plus tardive de la psychanalyse aux tendances contemporaines de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur le symptôme. Un tel exemple d'adaptation est le développement récent d'une psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble panique (PFPP) (Milrod et al., 1997). Cette psychothérapie paraît efficace (Milrod, 2001). Elle ne l'est probablement pas plus, ni moins, que d'autres approches psychothérapeutiques, si l'on se réfère aux résultats de la recherche empirique à propos de l'efficacité comparative des psychothérapies. La question posée par le titre de cet article est peut-être moins au cœur du débat que ne l'est celle de la nature des ingrédients actifs du processus psychothérapeutique.

Les recommandations concernant la prise en charge des troubles psychiatriques s'appuient de plus en plus sur les résultats d'études contrôlées et de méta-analyses. Dans le champ des troubles anxieux sont préconisés les traitements pharmacologiques ou les approches psychothérapeutiques cognitives et comportementales. Les approches d'inspiration psychanalytiques devraient plutôt être réservées aux troubles qui ont mal répondu aux traitements de premier choix ou qui s'accompagnent de comorbidités ou de facteurs de stress environnementaux ou psychosociaux. L'association faïtière des psychiatres américains a par exemple publié de telles recommandations pour le traitement du trouble panique (American Psychiatric Association, 1998).

Cette place en deuxième ligne des psychothérapies psychanalytiques est d'ordinaire justifiée par le manque d'études contrôlées pour ces traitements. Mais il est aussi souvent souligné que l'approche psychanalytique ne se centre pas sur les symptômes en tant que tel pour

* MD, Centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique, Lausanne, Suisse.

** MD, professeur associé, Institut universitaire de psychothérapie, Lausanne, Suisse.

définir une problématique clinique, pour déterminer la manière d'aborder le travail psychothérapeutique, pour définir ses objectifs ou pour évaluer les résultats du traitement. Les psychanalystes se focalisent plus volontiers sur la conflictualité intrapsychique, les mécanismes de défense ou la levée du refoulement. Or cette évolution aurait peut-être paru curieuse il y a une centaine d'années.

Psychanalyse, psychopathologie et DSM-IV

Dans les premiers textes de Freud, description clinique et réflexion psychopathologique vont de pair. Il décrit en 1895 un tableau clinique appelé névrose d'angoisse dont la description symptomatique recouvre assez étroitement les différentes entités répertoriées dans le chapitre des troubles anxieux du DSM-IV (Freud, 1895). En particulier, il dépeint minutieusement l'état de tension irritable typique de l'anxiété généralisée, les accès d'angoisse avec son cortège de symptômes somatiques caractéristiques du trouble panique, y compris le réveil nocturne dans l'effroi, ainsi que les différentes phobies spécifiques et phobies associées à la locomotion, ou agoraphobie.

Par la suite, la psychanalyse s'appuie sur cette réflexion psychopathologique pour construire ce qui va devenir la métapsychologie et dans le domaine qui nous intéresse, une théorie générale de l'angoisse. La première théorie de l'angoisse voit s'opposer les névroses actuelles, provoquées par des problèmes que les patients rencontraient dans leur vie (sexuelle) de tous les jours, aux psychonévroses de transfert dont le déterminisme était imputé à des conflits sexuels d'origine infantile. Dans la deuxième théorie de l'angoisse, Freud renverse sa conception concernant la production des symptômes anxieux, en situant l'angoisse à la base du mécanisme de refoulement, et non comme une conséquence de celui-ci. De petites quantités d'affects anxieux, désignés sous l'appellation d'angoisse-signal, seraient produites en réaction à des idées ou à des désirs libidinaux ou agressifs inconscients, dans le but de mobiliser les défenses de l'appareil psychique, en particulier le refoulement, pour se protéger de ces idées ou de ces désirs menaçants (Freud, 1926).

Fort de ces développements psychopathologiques et métapsychologiques, les psychanalystes ont dans un premier temps beaucoup critiqué l'approche syndromique du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le terme de névrose reste présent dans le DSM-III (le vocable névrose dépressive, entre parenthèse, apparaissant comme synonyme de dysthymie), mais disparaît du DSM-III-R et du DSM-IV. Il n'y a plus de théorie de l'angoisse, mais uniquement une angoisse symptôme apparemment détachée de tout déterminisme psychique.

Passé cette phase critique, les psychanalystes ont redécouvert l'intérêt d'une approche plus directe des symptômes et des syndromes, qui n'exclut en rien une compréhension psychopathologique plus spécifique, psychodynamique, psychanalytique, voire métapsychologique. L'ouvrage clinique de Gabbard, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, en est un exemple reconnu (Gabbard, 2000). Après une présentation théorique des principes psychodynamiques et une description des divers types de psychothérapie, l'auteur décrit systématiquement avec un éclairage psychodynamique les différents troubles retenus dans le DSM-IV, dans une optique qui reste en même temps résolument médicale et qui intègre les données récentes de la littérature concernant le trouble décrit. Corrélativement, la psychopathologie psychanalytique apparaît toujours comme un outil utile et pertinent sur le plan clinique, comme l'exemple des mécanismes de défense le démontre bien (Despland et al., 2001a ; Despland et al., 2001b).

Psychothérapie psychanalytique des troubles spécifiques

L'évolution des classifications psychiatriques s'est fait parallèlement au développement de traitements centrés sur le symptôme, que ce soit sur le plan pharmacologique ou sur le plan psychothérapeutique, avec entre autres les traitements cognitifs et comportementaux. Cette dernière approche dispose de techniques psychothérapeutiques spécifiques et formalisées pour de nombreux troubles du DSM-IV, dont les troubles anxieux (Cottraux, 1998). Même si c'est avec retard, la psychanalyse s'est aussi adaptée aux tendances contemporaines de la psychopathologie et à une approche thérapeutique plus centrée sur une lecture syndromique des troubles psychiatriques.

Dans le cadre des troubles de la personnalité par exemple, Kernberg s'efforce depuis une trentaine d'années de cerner le mode de fonctionnement des sujets présentant un trouble de la personnalité borderline, à l'aide de critères structurels adaptés de la psychopathologie psychanalytique. Sur cette base, il a développé avec ses collaborateurs une psychothérapie spécifiquement adaptée aux organisations limites de la personnalité, tenant compte des particularités des symptômes comportementaux et émotionnels que présentent ces patients (Kernberg, 1995). L'investigation psychodynamique brève est un autre exemple d'adaptation : issue d'une réflexion sur les psychothérapies brèves et sur les critères dynamiques d'indication aux psychothérapies psychanalytiques, cette méthode de consultation thérapeutique a pour objectif de travailler en quatre séances sur les problèmes relationnels à l'origine de la consultation et sur le développement de l'alliance thérapeutique (Gilliéron, 1994 ; Currat et al., 2001).

De telles adaptations ont également vu le jour dans le domaine des troubles anxieux, par exemple la thérapie dynamique pour l'état de stress post-traumatique (Gaston, 1995) et la psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble panique, *Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy* (PFPP) (Milrod et al., 1997 ; Busch et al., 1999).

Psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble panique

Cette psychothérapie est formalisée en 24 séances qui s'étendent sur une période de 12 à 14 semaines, à raison de deux séances par semaine. Elle a été développée par des psychiatres enseignant dans le Département psychiatrique de l'université Cornell, dans l'état de New York, tous membres de divers instituts psychanalytiques de formation et de recherche situés dans ce même état.

La PFPP a fait l'objet d'un manuel en 1997 (Milrod et al., 1997). Il est destiné à des cliniciens qualifiés, médecins, psychologues ou assistants sociaux, qui ont atteint au moins la moitié de leur formation à la psychothérapie, selon les programmes reconnus des associations professionnelles respectives. Une supervision est préconisée auprès d'un psychanalyste formé, afin d'optimiser la pratique, que ce soit à des fins cliniques ou de recherche.

L'ouvrage est uniquement disponible en anglais. Il est relativement concis (108 pages) et est constitué de 12 chapitres, dont le parcours ci-après permet d'illustrer la manière dont la psychanalyse a réinvesti le champ de la psychiatrie contemporaine.

On y trouve globalement un catalogue des différents facteurs psychologiques considérés comme communs aux sujets présentant un trouble panique, ainsi qu'une description de la manière de prendre en compte ces facteurs dans une psychothérapie psychanalytique. Le transfert est en particulier considéré comme un outil central de compréhension et d'action thérapeutique.

Après une brève introduction faisant état des conceptions actuelles concernant le trouble panique et sa prise en charge, les auteurs constatent à l'appui d'une revue de la littérature qu'il existe une vulnérabilité aux attaques de panique, puis aux rechutes après une rémission, qui peut être reliée à certains facteurs psychologiques et stressors psychosociaux, mal pris en compte par les approches biologiques ou cognitives et comportementales.

Une formulation psychodynamique du trouble est proposée à l'appui d'une étude exploratoire de ces facteurs dans une petite cohorte de patients investigués de manière dynamique et enregistrés sur vidéo

(Busch et al., 1991). Cette formulation est dynamique et doit s'ajuster à l'originalité de chaque individu. Elle a été enrichie lors d'élaborations ultérieures (Busch et al., 1999). En résumé, une place centrale est accordée, dans le déclenchement du trouble panique puis dans son maintien, à des angoisses de séparation d'une part, et à un problème de reconnaissance de la colère et d'expression de celle-ci d'autre part. Les individus vulnérables seraient confrontés tôt dans l'enfance à des sentiments pénibles de devoir dépendre de parents vécus comme inadéquats. Cette dépendance menaçante pour la sécurité du sujet se développerait sur la base d'une crainte excessive du bébé face à l'inconnu ou en lien à des expériences traumatiques de pertes ou d'abandon. Des sentiments de colère émergeraient contre ces parents perçus comme insuffisants ou rejetant, ce qui engendrerait des affects anxieux. Le maintien de la relation serait encore davantage compromis, le sentiment de dépendance accru, et le cycle pourrait recommencer. A l'âge adulte, ce processus se répéterait à l'occasion de désirs d'autonomisation ou d'expériences de séparation, et l'attaque de panique surviendrait dès le moment où le système défensif est débordé.

Les différentes phases de la PFPP sont ensuite décrites, la durée de chacune d'entre elles étant fonction tant de l'évolution symptomatique et du processus que de l'objectif du traitement. Celui-ci vise en effet en premier lieu la résolution de la symptomatologie anxieuse aiguë, ceci sur une période de trois mois. Le modèle est conçu pour que la psychothérapie puisse être allongée à 9-12 mois s'il s'agit de diminuer la vulnérabilité à une rechute, voire plus longtemps encore en cas de comorbidité marquée sur l'axe II du DSM-IV. Trois phases sont distinguées :

1. La première, centrée sur la symptomatologie panique, vise à mettre en évidence la signification inconsciente des symptômes, au moyen d'une investigation du contexte dans lequel les symptômes sont apparus et des sentiments qui prévalaient à ce moment, d'une recherche de la signification personnelle donnée aux symptômes, et enfin d'une exploration des sentiments et du contenu des épisodes d'attaque de panique à proprement dit. Le thérapeute peut alors progressivement formuler à son client diverses interprétations des conflits sous-tendant l'apparition du trouble.
2. La seconde phase du traitement vise à diminuer la vulnérabilité du sujet à la récurrence des attaques de panique. Le thérapeute approfondit avec son client l'exploration des conflits à même de déclencher une attaque de panique, à mesure qu'ils se réactualisent dans le transfert.

3. La dernière partie est réservée à une élaboration de la séparation, thématique conflictuelle centrale chez ces sujets. La limitation temporelle du traitement permet un travail fécond de cette thématique.

Le manuel se poursuit par une description plus détaillée de ces phases. Les manières d'explorer les thématiques conflictuelles sous-jacentes aux symptômes sont commentées et certaines questions techniques spécifiques au modèle psychanalytique sont exposées, le tout à l'aide de nombreuses vignettes cliniques. Un chapitre est ainsi consacré à l'évaluation initiale du patient et au travail psychothérapique des premières séances. Quelques objectifs et écueils des débuts de prise en charge sont abordés, comme par exemple le développement de l'alliance thérapeutique, la motivation et la capacité du patient à s'engager dans un processus psychodynamique, ou la résistance au traitement liée à l'humiliation de présenter des symptômes incontrôlables.

Un autre chapitre traite des mécanismes de défense les plus souvent à l'œuvre dans ces tableaux symptomatiques, soit en particulier la formation réactionnelle, l'annulation rétroactive, la somatisation et l'externalisation. Les deux premières défenses permettent aux sujets de maintenir inconscients, ou moins vifs, leurs sentiments de rage ou d'hostilité vis-à-vis des proches dont ils se sentent dépendants, respectivement en attribuant un sens diamétralement opposé à l'affect inacceptable, ou en contredisant l'affect en question par l'expression simultanée de son contraire : je suis en colère contre mes parents, enfin, pas vraiment en colère. Par des mécanismes différents, les deux autres défenses permettent également d'éviter des émotions ou des conflits inacceptables, par l'intermédiaire d'une focalisation sur le corps (somatization) ou sur les problèmes d'autrui (externalisation).

La question du transfert est au cœur de la théorie et de la pratique psychanalytique. Un chapitre du manuel est consacré à ce phénomène universel, mais qui se signale particulièrement dans un cadre analytique, d'actualisation sur autrui de désirs inconscients issus de la vie infantile. Ces affects de colère et ces conflits liés à l'autonomisation ou à la séparation, qui sont vécus par les sujets avec leurs proches dans le quotidien, facteurs centraux à l'origine du déclenchement des attaques de panique, tendent à se répéter dans la relation au thérapeute, ceci tout particulièrement à la faveur des aléas du traitement et de sa fin annoncée, séparation à venir. L'élaboration de ces phénomènes transférentiels, qui peuvent s'accompagner de manifestations anxieuses paroxystiques, permet au sujet de mieux comprendre ses fantasmes et ses conflits, de les relier à ses symptômes, ce qui a des effets thérapeutiques et diminue la vul-

néabilité à la rechute. Différents exemples cliniques éclairent ce processus thérapeutique, avec une focalisation sur la manière d'élaborer avec le client la fin du traitement.

Il est utile de signaler le pragmatisme de cet instrument thérapeutique, qui s'offre à bon nombre de situations auxquelles le modèle classique de la cure psychanalytique, voire même de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, ne sauraient peut-être répondre. L'adaptation du cadre thérapeutique aux symptômes phobiques susceptibles d'empêcher l'accès au traitement est de la sorte discutée, ou la manière de prendre en compte les objets contra-phobiques. Dans une vignette clinique, les parents d'un sujet atteint de trouble panique sont admis aux séances pendant plusieurs mois, avec toutes les adaptations techniques requises dans un tel contexte, avant que celui-ci ne puisse venir poursuivre seul sa thérapie. Certaines variations à amener en présence de sujets présentant une co-morbidité de trouble de la personnalité borderline ou narcissiques sont également présentées. Il est sinon précisé que cette psychothérapie n'est pas adaptée en cas de trouble psychotique associé.

Pour terminer le survol de ce manuel, mentionnons encore la possibilité d'associer à la PFPP d'autres approches thérapeutiques. Dans une vignette clinique, un thérapeute propose par exemple à sa cliente une technique d'exposition dans un ascenseur, avant de reprendre la scène en séance et d'y interpréter certains phénomènes de nature transférentielle. Si un traitement pharmacologique n'est pas recommandé en première intention, il est cependant préconisé, pour une brève période si possible, au cas où les symptômes paniques auraient des répercussions trop défavorables au plan scolaire ou professionnel, ainsi que devant un risque suicidaire par trop marqué.

Les résultats de l'étude exploratoire des effets de cette psychothérapie sont prometteurs (Milrod et al., 2000 ; Milrod et al., 2001). Vingt-et-un sujets souffrant d'un trouble panique ont été inclus dans l'étude. Au moment de commencer la PFPP, ils n'avaient aucun autre traitement, en particulier médicamenteux. Des dix-sept sujets qui ont terminé l'étude, seize ont présenté une rémission de leur trouble, y compris de l'agoraphobie lorsque celle-ci était présente. Les sujets déprimés montraient également une rémission de leur dépression et une amélioration de leur qualité de vie. L'amélioration symptomatique était maintenue au moment du follow-up à 6 mois.

Une étude contrôlée est bien entendu nécessaire pour mesurer l'efficacité de ce traitement. Les auteurs relèvent par ailleurs que les

thérapeutes inclus dans l'étude étaient des cliniciens très expérimentés, tous diplômés d'un Institut de psychanalyse, et qu'ils avaient par ailleurs bénéficié d'une formation spécifique à la psychothérapie en question, à laquelle ils avaient fait preuve d'une forte adhérence. Ils restent ainsi prudents vis-à-vis des résultats qu'obtiendraient des cliniciens moins expérimentés, et questionnent la possibilité d'enseigner cette approche psychanalytique spécifique à des thérapeutes appartenant à une autre école. En conclusion les auteurs considèrent actuellement ce traitement comme une alternative non pharmacologique pour les sujets souffrant d'un trouble panique très symptomatique et présentant d'autres comorbidités.

De l'efficacité des psychothérapies

Les précautions ci-dessus formulées, peut-on penser que cette approche d'inspiration psychanalytique va pouvoir confirmer ses effets thérapeutiques favorables, voire peut-être trouver une première place dans les recommandations de prise en charge du trouble panique ?

Une fois dépassées les querelles stériles entre écoles, le développement de psychothérapies mieux formalisées et plus centrées sur les symptômes a suscité beaucoup d'espoir quant à la possibilité de mettre au service des clients des traitements toujours plus efficaces. Certainement favorisée par la possibilité de construire des protocoles de recherche plus rigoureux sur le plan méthodologique, cette aspiration propre aux années 90 doit être remise en question au vu des résultats les plus récents.

Ainsi, et contrairement à ce qui était attendu, les données comparatives disponibles mettent en évidence une efficacité de même ordre pour toutes les formes de traitement ayant prouvé leur efficacité. La différence maximale que l'on peut mettre en évidence entre deux formes de psychothérapie spécifique ne contribue qu'à 1 % de la variance des résultats, alors que des facteurs tels que l'alliance thérapeutique, l'adhésion du psychothérapeute à la méthode qu'il emploie ou la compétence individuelle du psychothérapeute permettent d'expliquer de manière beaucoup plus significative le résultat des traitements dans les études comparatives (Wampold, 2001).

Dénommées parfois facteurs communs ou non spécifiques, ces variables ne semblent en rien pouvoir être utilisées comme telles dans des formes de psychothérapie que l'on pourrait qualifier d'intégratives ou d'éclectiques. L'alliance thérapeutique, par exemple, doit être considérée d'abord comme une variable dont les fluctuations sont liées aux aléas de la relation qui lie le psychothérapeute à son client, indépendamment du

modèle de traitement conduit (De Roten et al., 2002). Basés sur les recherches conduites dans le champ des psychothérapies psychanalytiques, les travaux les plus récents se sont élargis à d'autres formes de psychothérapies et mettent l'accent sur l'étude des facteurs processuels qui contribuent à la qualité de la relation thérapeutique (Norcross, 2002).

Conclusion

Il existe plusieurs exemples d'adaptation de la psychanalyse aux tendances contemporaines de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur le symptôme. Dans le domaine des troubles anxieux, la psychothérapie focalisée sur le trouble panique en est un exemple reconnu. Celle-ci est certainement efficace (Milrod et al., 2001), comme le sont d'autres psychothérapies psychodynamiques brèves (Crits-Christoph, 1992). Cependant, si l'on se réfère aux résultats de la recherche empirique à propos de l'efficacité comparative des psychothérapies, elle ne l'est probablement pas plus, ni moins, que d'autres approches psychothérapeutiques fondées sur d'autres traditions psychopathologiques. Ainsi, la question posée par le titre de cet article est peut-être moins au cœur du débat que ne l'est celle du développement de recherches portant sur les ingrédients actifs du processus psychothérapeutique.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, 1996, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., traduction française par Guelfi, J. D. et al., Masson, Paris.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1998, Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 155-5 Supplement, 1-34.
- BUSCH, F. N., COOPER, A. M., KLERMAN, G. L., SHAPIRO, T., SHEAR, M. K., 1991, Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration, *Psychoanalytic Inquiry*, 11, 316-332.
- BUSCH, F. N., MILROD, B. L., SINGER, M. B., 1999, Theory and techniques in psychodynamic treatment of panic disorder, *The Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 8, 234-242.
- COTTRAUX, J., 1998, *Les thérapies comportementales et cognitives*, 3^e édition, Masson, Paris.
- CRITS-CHRISTOPH, P., 1992, The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis, *The American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.

- CURRAT, T., DESPLAND, J.-N., MICHEL, L., 2001, De l'investigation psychiatrique à la consultation thérapeutique de l'adulte, *Médecine et Hygiène*, 59, 1768-1771.
- DE ROTEN, Y., GILLIÉRON, E., DESPLAND, J.-N., STIGLER, M., 2002, Functions of mutual smiling and alliance building in early psychotherapeutic interaction, *Psychotherapy Research*, 12, 2, 193-212.
- DESPLAND, J.-N., DRAPEAU, M., DE ROTEN, Y., 2001, Les mécanismes de défense : une pluralité de points de vue, *Psychothérapies*, 21, 113-121.
- DESPLAND, J.-N., DE ROTEN, Y., DESPARS, J., STIGLER, M., PERRY, J. C., 2001, Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a Brief Psychodynamic Investigation, *The Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 10, 155-164.
- FREUD, S., 1895, 1981, Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de «névrose d'angoisse, in *Névrose, psychose et perversion*, 4^e édition, PUF, Paris, 15-38.
- FREUD, S., 1926, 1992, Inhibition, symptôme et angoisse in Freud, S., *Œuvres complètes XVII*, PUF, Paris, 201-286.
- GABBARD, G. O., 2000, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, third edition, American Psychiatric Press, Washington.
- GASTON, L., 1995, Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder, in barber, J.P., Crits-Christoph, P., eds, *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*, Basic Books, New York, 161-192.
- GILLIÉRON, E., 1994, *Le premier entretien en psychothérapie*, Dunod, Paris.
- KERNBERG, O. F., SELZER, M. A., KOENIGSBERG, H. W., CARR, A. C., APPELBAUM, A. H., 1995, *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*, PUF, Paris.
- MILROD, B., BUSCH, F., COOPER, A., SHAPIRO, T., 1997, *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- MILROD, B., BUSCH, F., LEON, A.C., SHAPIRO, T., ARONSON, A., ROIPHE, J., RUDDEN, M., SINGER, M., GOLDMAN, H., RICHTER, D., SHEAR, M. K., 2000, Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study, *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1878-80.
- MILROD, B., BUSCH, F., LÉON, A. C., ARONSON, A., ROIPHE, J., RUDDEN, M., SINGER, M., SHAPIRO, T., GOLDMAN, H., RICHTER, D., SHEAR, M. K., 2001, A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder, *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 239-245.

Norcross, J.C., 2002, *Psychotherapy Relationships that Work*, Oxford University Press, New York.

WAMPOLD, B. E., 2001, *The Great Psychotherapy Debate, Models Methods and Findings*, Lawrence Erlbaum, Londres.

ABSTRACT

Is there an approach of psychoanalytical inspiration specifically adapted to anxiety disorders?

Psychoanalytic treatments have been relegated to a secondary status in the current recommendations concerning the treatment of anxiety disorders. This is due to the lack of controlled studies pertaining to these psychotherapies, as well as to the late adaptation of psychoanalysis to the contemporary trends of psychopathology and psychotherapy focusing on symptoms. The recent development of a manualized psychotherapy for the treatment of panic disorder, the Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP), is a good example of such an adaptation (Milrod et al., 1997). PFPP appears to be effective (Milrod, 2001). This type of psychotherapy is probably neither more nor less effective than other forms of psychotherapy if one considers the results of empirical research on the comparative effectiveness of psychotherapies. The question formulated by the title of this paper is perhaps less central as is that of the nature of the active factors of the psychotherapeutic process.

RESUMEN

¿Existe un enfoque de inspiración psicoanalítica específicamente adaptado a los trastornos de ansiedad?

Los enfoques psicoanalíticos se encuentran en segundo plano en las recomendaciones actuales relacionadas con hacerse cargo de los problemas de ansiedad. Esta constatación se justifica por la falta de estudios controlados de estos tratamientos, así como por una adaptación más tardía del psicoanálisis a las tendencias contemporáneas de la psicopatología y de la psicoterapia centradas en los síntomas. Un ejemplo de adaptación es el reciente desarrollo de una psicoterapia psicodinámica centrada en el trastorno de pánico (PFPP) (Milrod et al., 1997). Esta psicoterapia parece eficaz (Milrod, 2001). No lo es probablemente ni más ni menos que otros enfoques psicoterapéuticos, si se hace referencia a los resultados de la investigación empírica a propósito de la eficacia comparativa de las psicoterapias. La pregunta planteada por el título de este artículo es tal vez menos el tema principal del debate que aquella

sobre la naturaleza de los ingredientes activos del proceso psicoterapéutico.

RESUMO

Existe alguma abordagem de inspiração psicanalítica especificamente adaptada aos transtornos de ansiedade?

As abordagens psicanalíticas chegam em segundo lugar nas recomendações atuais com respeito ao tratamento dos transtornos de ansiedade. Esta constatação é justificada pela falta de estudos comprovados para estes tratamentos, e também por causa da adaptação mais tardia da psicanálise às tendências contemporâneas da psicopatologia e da psicoterapia centradas nos sintomas. Um exemplo desta adaptação é o desenvolvimento recente de uma psicoterapia psicodinâmica focalizada no transtorno do pânico (PFPP) (Milrod e outros, 1997). Esta psicoterapia demonstra ser eficaz (Milrod, 2001). Ela não é provavelmente nem mais nem menos que outras abordagens psicoterápicas, se observarmos os resultados da pesquisa empírica sobre a eficácia comparativa das psicoterapias. A questão levantada pelo título deste artigo é talvez menos centrada no debate que a natureza dos ingredientes ativos do processo psicoterapêutico.