

La psychanalyse comme psychothérapie*

Jean Florence

1. Les origines de la psychothérapie analytique

La psychanalyse est née dans un contexte médical. Freud, qui avait dû renoncer à son activité de chercheur en neurologie, s'était tourné vers la pratique de spécialiste des maladies «nerveuses». Il lui fallait chercher un nouveau moyen de soulager la souffrance de ses malades, parce que les moyens qu'offrait la médecine neurologique et psychiatrique de son temps n'apportaient pas de réelles améliorations à certains d'entre eux (notamment les malades hystériques et neurasthéniques).

L'histoire de ses tâtonnements est vraiment des plus instructives pour comprendre de l'intérieur sa démarche de praticien et la réflexion intellectuelle qui l'a accompagnée en permanence. Tous les enjeux importants de la psychanalyse en tant que psychothérapie sont contenus dans la séquence, la logique pourrait-on dire, de ces tâtonnements. Freud a, à plusieurs reprises, raconté l'histoire de cette recherche d'une méthode adaptée aux troubles psychonévrotiques, en montrant, à chaque fois, comment il se laissait instruire par les échecs, les impasses et les insuffisances de ses tentatives autant que par les remarques, les plaintes, voire les suggestions de ses propres patients et patientesⁱ.

Qui se présentait à son cabinet de consultation? Pour quels motifs, sur quelles indications, des collègues lui envoyaient-ils des clients? Pour une série de troubles d'ordre physique et d'ordre moral ou psychologique intimement mêlés. Il est rare en effet qu'une difficulté psychologique aille sans quelque perturbation du corps. Il y a cependant des cas, inversement, où apparemment toute la difficulté de vivre, toute la gêne, toute la souffrance se localisent dans une fonction physiologique ou un organe, que ce soit sur le mode d'une inhibition de fonctions (sensorialité, motricité, digestion, respiration, activité génitale, appétit) ou d'une hyperactivation de ces fonctions (tensions, tremblements, tics, actions involontaires, compulsives...).

Cette localisation dans le corps fait évidemment penser automatiquement à un trouble de la physiologie et à la nécessité d'un traitement organique. Or il se fait que l'une des caractéristiques de l'hystérie (de l'hystérie de conversion en particulier) est de ne présenter que des symptômes physiques capables de mimer toute une variété de maladies somatiques répertoriées par la médecine, mais qui sont rebelles à tout traitement classique. L'attitude du médecin, impuissant devant ces cas énigmatiques, peut quelquefois être de se désintéresser de ces malades, de les traiter de malades imaginaires, ou de... «psychiques».

A l'école de l'hystérie: le corps parlant

La psychanalyse naîtra précisément de ce que Breuer d'abord, et Freud à sa suite, prendront au sérieux les plaintes des hystériques et prendront, en outre, le temps de les entendre²ⁱⁱ. Ce qui donnera une dignité nouvelle à l'hystérie, dont le traitement psychique fournira le modèle de l'approche de toute une variété de troubles classiquement appelés «nerveux»: hypocondrie, neurasthénie, anxiété, angoisse, phobies, manies, dépressions, anorexie, boulimie... Ultérieurement, le modèle de la compréhension du mécanisme de conversion sera utilisé par les pionniers de la médecine psychosomatique³ⁱⁱⁱ. Considérer que la maladie organique «imaginaire» est une réelle maladie qui fait prendre au corps une fonction de langage indirect ou symbolique, cela libère un immense champ de la réalité humaine et permet d'éclairer mille aspects de la vie quotidienne et de ses difficultés. Le malade imaginaire est vraiment malade de quelque chose. Il nous apprend que le lien chez l'homme entre l'âme et le corps est plein de surprises pour la pensée... surtout

* Extrait de Psychanalyse. L'homme et ses destins – J. Florence, A. Vergote et al – Peeters 1993

pour la pensée scientifique qui gouverne l'esprit de la médecine moderne, dont l'efficacité est basée sur la séparation méthodique entre la vie psychique et la vie organique.

Freud découvre avec Breuer et avec les hystériques que le corps parle... Ce que sans doute n'ignore aucune médecine des sociétés traditionnelles^{iv}. Le problème consiste donc à faire en sorte que ce langage du corps, qui manifestement immobilise le sujet dans ses possibilités d'exister librement et pleinement, se délivre des messages qu'il contient. Il faut donc pour cela que les instances psychiques supérieures (la conscience et le langage, l'attention), qui sont faites pour parler de manière directe et expresse, prennent le relais de ces sortes de signes muets que sont les symptômes. Ainsi s'ouvre une voie qui, à travers les premières recherches thérapeutiques, mène Freud à instaurer la psychanalyse comme pratique privilégiée de l'exploration des troubles névrotiques. Rappelons-en les étapes principales.

Hypnose, catharsis, suggestion

La pratique de l'hypnose en tant que moyen d'influencer le comportement d'une personne à son insu, comme l'avaient montré les expériences de Charcot à Paris ou de Bernheim et Liébault à Nancy, met en évidence qu'une influence exclusivement psychologique peut modifier un comportement et fait surgir l'hypothèse que le symptôme obéit lui-même à des déterminations psychologiques.

La pratique de Breuer va plus loin que la simple suggestion sous hypnose. En invitant les personnes hypnotisées à se remémorer des événements particuliers de leur vie associés à la naissance ou au développement de leurs symptômes, il les mène à un processus de décharge émotionnelle (catharsis) qui modifie singulièrement le symptôme ou le supprime.

L'abandon de l'hypnose

Les limites ou inconvénients de cette méthode cathartique pourtant si évidemment efficace peuvent se résumer comme suit: toute personne n'est pas hypnotisable à un degré suffisant pour que soit possible l'investigation des souvenirs et la reviviscence des traumatismes psychiques; réciproquement, n'importe quel thérapeute n'a pas le même pouvoir hypnotique.

Plus radicalement, la difficulté que soulève l'usage de cette méthode est d'ordre moral: le sujet, qui fait pleinement confiance à son hypnotiseur, est livré au pouvoir de suggestion de celui-ci, mais il ignore, une fois sorti de son état de sommeil artificiel, tout ce qui s'est passé lorsqu'il y était plongé. Seul le thérapeute sait, et ce savoir est forcément inassimilable par le sujet: il arrive que le sujet refuse catégoriquement d'avoir dit ou pensé les propos que le médecin affirme avoir entendus de sa bouche. Le «sens» du symptôme, à savoir les représentations et les émotions (ou affects) associés et relatifs à des situations pénibles, aux sources de la réaction névrotique, ce sens demeure, avec une telle méthode, étranger au sujet. Mais le clivage de celui-ci, qui ne peut admettre de tels contenus pourtant issus de ses propres paroles, est extrêmement révélateur du processus responsable de la névrose elle-même; la névrose est ce procédé inconscient qui sépare le sujet d'une part de sa propre vie psychique. Freud appellera ce processus le refoulement. La névrose est ainsi conçue comme une forme de travail psychique exigeant une grande quantité d'énergie. C'est une activité qui mobilise le sujet tout entier, comme l'activité onirique ou l'activité artistique.

Ainsi, la catharsis ne lève pas réellement le refoulement puisqu'elle ne met pas en libre circulation les représentations, les souvenirs et les affects localisés dans les zones psychiques que la névrose a violemment séparées. La guérison obtenue par cette méthode met en exergue l'extraordinaire puissance de la suggestion, fondée sur la confiance et l'amour que le patient a pour le pouvoir et le savoir qu'il attribue à son médecin. Mais en même temps, cette guérison, ponctuelle, des symptômes ne peut que reposer sur un lien permanent à l'hypnotiseur.

Les impasses de cette méthode (hypnose et catharsis) pourtant riche en enseignement induisent Freud à une double conviction qui le mène à instaurer la psychanalyse. Premièrement, le travail thérapeutique est

de l'ordre d'une levée du refoulement, c'est-à-dire d'un remaniement des représentations et de la répartition des énergies psychiques (CS, PCS, ICS). Le but idéal est que le sujet devienne et reste lui-même le témoin et le détenteur du savoir que renferme son symptôme. La guérison au sens fort est donc plus que la suppression d'un symptôme, elle sera une plus large disposition que le sujet aura de ses propres possibilités, issues de sa propre histoire et de ses propres désirs. Deuxièmement, le travail thérapeutique est fondé sur un très puissant lien affectif qui sert de support aux déplacements de ces représentations, pensées, affects, de l'inconscient à la conscience. Ce lien est de l'ordre de la confiance, de la foi dans les pouvoirs (parfois exorbitants) d'un autre. L'expérience de Breuer avec Anna O. indique avec une sorte d'évidente cruauté qu'il s'agit d'un lien très particulier qui peut aller jusqu'à mettre en jeu toutes les forces de l'amour: amour, haine, soumission, révolte,... Le traitement ne peut donc nier cette réalité humaine essentielle, à laquelle Freud donnera le nom de transfert.

De ces découvertes principales vont découler une série de principes thérapeutiques et de concepts théoriques que nous allons décrire.

Les conditions fondamentales du travail psychanalytique: transfert et associations libres

1. La nécessité pour le thérapeute de donner au déploiement inévitable du transfert un cadre approprié s'impose d'emblée. Une grave erreur serait pour le thérapeute de dénier ou d'ignorer la nature de ce lien transférentiel. Donner un cadre à la relation thérapeutique pour que le transfert devienne le support producteur du changement thérapeutique fut la création originale de Freud. Telle est la psychanalyse comme travail psychique de transformation des représentations et affects, reposant tout entière sur la médiation de l'autre (la personne de l'analyste) et de l'Autre (entendu, avec Lacan, comme le réseau des signifiants dans lequel s'inscrit l'histoire et le désir du sujet).

Le cadre de cette recherche singulière est évidemment garanti par la rigueur, le sérieux, la bienveillance et la «neutralité» de l'analyste, lui-même formé par sa propre expérience de l'analyse, par la «douloureuse école du transfert»^{5v}.

2. Ce dispositif analytique est la condition indispensable pour que se réalise la transformation du sujet. Celle-ci s'opère grâce à un travail sur des représentations (des représentants de l'inconscient), et ce travail, à l'instigation de Breuer, est celui de parler - parler non plus sous hypnose mais en toute «connaissance de cause»... Freud proposera aux sujets de dire tout ce qui leur passe par la tête, sincèrement, sans soumettre leurs propos à quelque censure, jugement, réserve morale, esthétique ou logique. Telle est la «*règle fondamentale*»: celle de se laisser aller aux libres associations, celle de *dire*^{6vi}.

Le psychanalyste découvre chaque jour la fécondité et les potentialités de ce dispositif qui permet de comprendre tout ce que peut être une analyse et aussi, par conséquent, ce qu'elle ne peut pas être. C'est en revenant toujours sur ces dispositions initiales, c'est-à-dire aux commencements de l'invention psychanalytique, qu'on possède l'appui le plus ferme permettant de discuter des questions cruciales que soulève le recours à cette méthode pour traiter des difficultés de l'existence.

Ainsi, les deux fondements de la psychanalyse sont le *transfert et l'association libre* (la parole); ils déterminent les conditions générales de son action; ces conditions fondamentales assignent à la psychanalyse des visées éthiques et thérapeutiques, elles définissent les ressorts de sa technique et dessinent les limites de sa clinique. C'est sur la possibilité de ces conditions (les potentialités du transfert et de la parole) que se mesurent les chances d'une analyse. Cela signifie, inversement, que la psychanalyse trouve là ses propres limites et que c'est sur l'appréciation de ces limites qu'elle doit être mesurée et comparée à d'autres méthodes thérapeutiques, voire à d'autres modes d'intervention psychiatrique. Cependant, telles qu'elles ont été dessinées ci-dessus, ces conditions fondamentales sont encore trop générales. Il nous faut examiner de plus près leur application concrète dans la pratique. Nous nous laisserons guider par des questions très simples, mais essentielles, que l'on adresse au psychanalyste, pour parcourir le domaine propre de l'action du psychanalyste.

II. La cure psychanalytique

Les questions qui surgissent peuvent être regroupées en deux séries:

1. Qui recourt à l'aide d'un psychanalyste? Qui demande une psychanalyse? Qui orienter vers un psychanalyste? Qu'est-ce que cela exige de la part de l'analysant? Qu'est-ce que cela exige de la part du psychanalyste? Comment cela se passe-t-il concrètement? C'est le problème des «indications» et de la spécificité de l'action psychanalytique comparativement à d'autres formes de thérapie.
2. Que peut-on attendre d'une analyse? Quand une analyse peut-elle être dite réussie? Est-ce que cela guérit de la névrose? Est-ce que cela n'aggrave pas les choses? C'est la question des visées, des objectifs de ou des idéaux de l'expérience et de sa capacité à y répondre; c'est le problème de l'efficacité et de l'évaluation de celle-ci, des limites de son pouvoir. Quel est, à ce niveau et par rapport au langage de la médecine, le sens du mot «guérison»? Sur cette question du but se rencontrent et parfois s'affrontent plusieurs écoles au sein du mouvement psychanalytique lui-même. Nous tâcherons d'esquisser les directions principales de ces tendances.

Il faut ajouter que toutes ces questions sur l'application, la réalisation et l'efficacité thérapeutique de la psychanalyse n'acquièrent réellement leur portée que si l'on prend en considération leur signification dans le contexte culturel, social, historique qui est le nôtre. En effet, la psychanalyse est née à un moment donné de notre histoire et, en particulier, de l'évolution des modes d'intervention et de pensée en matière d'assistance sociale, d'hygiène mentale, de médecine, d'administration et de gestion des soins de santé. Il faut donc élargir la question de l'efficacité de la psychanalyse en la situant dans la problématique des autres grandes formes d'intervention sur les problèmes des individus, des familles et des collectivités, en matière médico-psychiatrique, en matière sociale et juridique, en matière éducative et pédagogique, en matière culturelle et informationnelle. Parce que la psychanalyse, participant de l'explosion des savoirs et de leur extraordinaire pouvoir de pénétration dans le public par les *mass media*, n'est pas à considérer comme une simple thérapie destinée à aider des «malades des nerfs» ou des «fous».

Elle s'est imposée sans doute, mais la culture l'a elle-même modelée non seulement comme le modèle majeur de toute psychothérapie (fondée sur la médiation de la parole), mais aussi comme une méthode de connaissance de soi et de l'homme en général, bref comme une représentation de ce qui ne va pas bien, du «malaise» de l'homme dans la civilisation. Par conséquent, elle a pu être considérée comme une idéologie de la conquête de soi, de la connaissance et de la maîtrise de soi, comme une sagesse, qui pourrait inspirer, bien au-delà de la spécialité des psychologues, bien d'autres praticiens des sciences humaines... (éducateurs, juristes, économistes, managers, animateurs culturels, littéraires, artistes...). Or la psychanalyse n'est pas une *Weltanschauung*. Freud l'a affirmé sans équivoque^{7vii}.

Après ces remarques, reprenons successivement les différents groupes de questions que nous avons distingués.

Le problème des indications du traitement et le processus analytique

Diagnostic, étiologie, pronostic, traitement

D'emblée, le terme *d'indication* fait penser au langage propre à la médecine. Dans la pratique médicale, en effet, la séquence des interventions suit une logique: diagnostic, étiologie, pronostic, traitement, le moment du diagnostic étant évidemment capital et déterminant pour le reste des opérations. Lorsqu'on parle d'indication d'un traitement, dans ce contexte, on se réfère aux connaissances établies par la science médicale, où la liaison est codifiée entre telle maladie reconnue et tel traitement approprié. Cela signifie que ce mode de pensée se fonde sur l'objectivation et une vérification expérimentale des troubles cliniques et des modifications thérapeutiques. C'est ce lien très étroit, généralement confirmé dans notre médecine scientifique, entre diagnostic, étiologie et traitement qui lui donne autant de pouvoir et de prestige.

La psychanalyse ne fait pas reposer son intervention sur une telle base objective. Et c'est là un point de divergence essentiel, dès le départ, si on la compare, comme on le fait tout naturellement, avec la médecine. La méthode elle-même, qui consiste à inviter le sujet à *dire* ce qui lui vient à l'esprit au moment de la séance, sans programmer son propos ni vouloir démontrer quelque chose, est l'envers d'un interrogatoire systématique auquel procède tout médecin rigoureux pour établir son diagnostic. Le médecin, à côté des examens objectifs, des analyses de laboratoire et des clichés radiologiques ou des enregistrements électrocardiographiques ou électroencéphalographiques, interroge en effet son malade pour identifier les troubles.

L'analyste ne dispose pas de cet outil parce que la psychanalyse n'est précisément possible qu'à partir du moment où le médecin renonce à une objectivation de la maladie, de façon active. Certes, le sujet qui se présente apparaît à l'analyste avec son symptôme, ses plaintes singulières, son allure et son style, son expressivité et ses mimiques qui sont d'emblée intégrés dans une première saisie significative. Les renseignements donnés au clinicien par ce langage non verbal, ces signes phénoménologiques, contribuent à fournir des éléments significatifs et à élaborer un certain diagnostic général, mais si le psychanalyste utilisait directement ces données comme des signes à traduire en un langage médical et leur attribuait une étiquette diagnostique, il court-circuiterait tout ce qui constitue l'originalité même du processus de découverte, d'auto-diagnostic et d'auto-traitement qu'est la psychanalyse elle-même.

Qui sait? Qui agit?

Un des principes directeurs de la pratique analytique, et qui découle de la découverte par Freud de la méthode elle-même, est que l'analyste n'a pas à se placer comme celui qui sait mieux que le sujet ce dont ce dernier souffre et ce qu'il faut faire pour aller mieux. Si le psychanalyste, par sa formation et son expérience, sait beaucoup de choses, ce qu'il ignore en tout cas, -- et en cela, au premier rendez-vous, il est sur le même pied que son patient -, ce sont les déterminations inconscientes des plaintes et des symptômes présentés par ce patient singulier. Certes, il est supposé pouvoir aider le sujet en souffrance, lequel souhaiterait vraiment tirer un profit immédiat du savoir qu'il attribue à son thérapeute pour être soulagé. En réalité, l'analyste ne peut répondre à cette demande-là. L'analyste, selon une formule laconique et parfois mal comprise, ne «répond pas à la demande». Parce qu'il ne possède pas la réponse et que «l'objet» thérapeutique comme tel, c'est précisément ce qui va s'établir dans la recherche du sens de la plainte, de la surdétermination du symptôme.

Pourtant l'analyse ne pourrait avoir lieu si l'analysant ne faisait pas l'analyste dépositaire d'un « supposé savoir»^{viii}.

Celui qui vient demander de l'aide se sent, dans tel ou tel aspect de sa vie, en position de non-maîtrise, de non-savoir, d'impuissance. Et le fait de venir jusqu'à un « psy » pour parler de ces difficultés est déjà le résultat d'un très gros effort. L'on sait bien, en effet, dans notre société, que c'est la dernière des choses auxquelles les gens veulent recourir quand ils ne vont pas bien; on pense d'abord à chercher l'aide d'un médecin et l'on préfère que le mal de vivre soit attribué à un mal dans le corps. Reconnaître que la souffrance est d'ordre moral ou psychologique est parfois vécu comme une honte, une faute, une culpabilité.

Il en découle que les *indications* de la psychanalyse se font souvent, dans ce contexte, comme la solution dernière pour ceux qui ont essayé, vainement, de voir leur mal reconnu par la médecine organique. Aller consulter le psychiatre, le psychologue ou le psychanalyste, sera admettre que c'est «dans la tête» que cela se passe et donc, éventuellement, admettre la possibilité d'être «fou». Bien des patients dont les troubles sont difficiles à identifier (parce que souvent une dépression ou une névrose s'affichent dans des plaintes physiques), se sont entendu dire par les médecins: vous n'avez rien, c'est psychologique! Message ambigu qui peut faire penser que le «psychologique» n'est précisément «rien», rien qui compte en tout cas au regard de la médecine, rien sur quoi elle ait un pouvoir d'intervention efficace. On revient donc, souvent, aux commencements de la psychanalyse...

Le sujet en souffrance cherche à savoir, à maîtriser ce qu'il subit. Il veut donc au plus vite trouver celui qui sait (le docteur) et qui maîtrise (le maître), afin d'être rassuré.

L'écoute et l'entendement du psychanalyste

Et que trouve-t-il s'il rencontre un psychanalyste? Il trouve quelqu'un qui, se refusant à répondre comme «docteur» ou comme «maître», lui propose de parler. De son côté, l'analyste ne se contente pas d'écouter quelqu'un qui raconte ses tracas, ses secrets, ses ennuis, ses histoires, ses angoisses. Il n'est pas un déversoir, un contenant, dans lequel on peut à loisir vider son sac, se soulager de lourdes confidences. S'il est vrai que parler peut «soulager», la fonction de l'analyste n'est pas cela: la transformation réelle des conditions psychiques d'une névrose ou d'une dépression réclame une tout autre activité que celle de se décharger... La «catharsis» a peut-être ce sens primitif et rudimentaire (une purgation de l'âme, un «défoulement») mais en général, après une telle décharge, parfois très satisfaisante, tout recommence comme auparavant.

L'écoute que propose l'analyste est plus ambitieuse et plus exigeante: on pourrait dire que *l'écoute* analytique s'accompagne d'un *entendement*. Au fond, l'analyse consiste à proposer à celui qui vient parler de sa souffrance, d'effectuer lui-même le diagnostic, de découvrir lui-même l'étiologie et, ce faisant, de transformer son propre rapport à son histoire, à ses fantasmes, à ses illusions, à ses déceptions et, par là, de se «traiter». C'est une autre opération que celle de la médecine, parce qu'il s'agit ici d'un rapport du sujet à sa propre intégrité psychique, à un savoir insu, ignoré ou redouté de lui-même et auquel il est le seul à avoir accès, à condition d'accepter la médiation de sa propre parole écoutée et entendue dans des conditions tout à fait particulières et même, comparativement aux conditions des conversations habituelles, *exceptionnelles*. Autrement dit, le psychanalyste propose au sujet de dire, - ce qui l'engage à aller vers de l'inconnu, de l'imprévisible. L'inconscient est ce qui fait que le sujet n'entend pas tout ce qu'il signifie dans son dire: il y a des éléments de sens qui lui «échappent».

Une telle observation de ce qui «échappe» au sujet illustre parfaitement l'intérêt de Freud pour les manifestations involontaires de l'activité psychique et surtout de l'activité de parole: lapsus, oublis, rêves. La psychanalyse rend positifs ces éléments qui émanent de la subjectivité même et qui sont porteurs de sens..., mais seulement pour qui veut bien *entendre*. Le psychanalyste entend: il prête l'oreille de son entendement, de son intelligence (ce qui permet de lire entre les lignes, de pénétrer dans l'épaisseur des mots: *intus - legere*, en latin). Il met celui qui lui parle en contact avec ce qui lui échappe et ce qui le fait parler. Cette mise en contact est tout l'art de l'analyste: qu'il le fasse simplement, parfois, en se taisant; qu'il le fasse en soulignant tel mot, tel morceau de mot; qu'il le fasse en mettant ensemble plusieurs éléments significatifs émis dans le discours du sujet, ses interventions et ses interprétations ne sont motivées que par cette fonction d'écouter et d'entendre afin que le sujet arrive à se réapproprier ce qu'il n'entendait pas et donc n'acceptait pas de lui-même.

Si le psychanalyste exerce vraiment cet extraordinaire pouvoir d'entendre, - pouvoir que Lacan a très justement nommé: «pouvoir discrétionnaire de l'auditeur»^{ix}-, on peut comprendre pourquoi la relation avec le psychanalyste peut devenir d'une extrême intensité. Être entendu crée le transfert.

C'est cela la responsabilité du psychanalyste et tout son travail: il s'agit d'amener le sujet à symboliser, à élaborer, à tirer *les* conséquences pratiques de ce que sa parole lui fait entendre.

Ce n'est qu'en apparence que l'analyste ne répond pas à la demande, à la plainte: son attitude est de se rendre disponible à ce que cette demande et cette plainte portent de messages implicites, de demandes ignorées, inavouables, insensées, refoulées. Pour que surgissent la teneur, la consistance, le poids de réalité enfermés dans la demande immédiate, il faut précisément que l'analyste pratique cette ascèse, parfois angoissante, de ne pas «comprendre» et d'inciter le sujet à prendre le temps de développer sa demande, de dérouler tout l'écheveau de ses déterminations immédiates, actuelles ou passées, réelles ou rêvées. Ce n'est qu'après tout un travail d'élucidation, d'élaboration, après avoir surmonté bien des résistances, à travers les répétitions des demandes immémoriales refoulées, que se donne le sens du

symptôme et que s'opère, à proprement parler, sa métamorphose.

Le déplacement de la demande est son traitement

Ce qu'il demandait initialement, le sujet découvre qu'il ne le savait pas vraiment: il fallait qu'il soit patiemment *entendu* (et cela implique une patience bien plus longue que celle d'être «compris»!). Dans ces conditions-là, dans ce dispositif-là, parler peut changer quelque chose. C'est d'ailleurs pour cela que la psychanalyse peut faire peur. On ne peut savoir où va nous mener le fait d'être réellement pris au sérieux dans ce que l'on dit de soi-même. La véritable «méfiance» à l'égard de la psychanalyse réside dans le sentiment que cette pratique ne peut que remuer et bouleverser bien des choses. Et c'est vrai. Le transfert est le lieu de l'actualisation des dimensions infantiles, pulsionnelles de toute demande à l'autre: la relation analytique est une *condensation* de cet objet inconscient du désir, où peut être remise en jeu la série des identifications du sujet¹⁸.

Aussi bien, il est compréhensible que n'importe qui ne peut se livrer à un tel travail psychique: il y faut un certain nombre de conditions psychologiques; il y faut un certain nombre d'appuis dans la réalité. L'analyste, pour engager une analyse, devra mesurer dans les premiers entretiens la capacité du sujet à accepter et à pratiquer cette discipline de la parole (on parle, on n'agit pas, et le travail n'a lieu que dans les limites de la séance, pas au dehors) et à supporter l'épreuve du transfert.

De son côté, on comprend bien la nécessité pour l'analyste d'être extrêmement clair sur la définition du type de travail qu'il propose au sujet et, plus intérieurement, de savoir faire le «diagnostic» de sa propre aptitude à soutenir le transfert de telle ou telle personne.

On voit bien que ces éclaircissements donnés sur la construction commune du «diagnostic» tout au long de l'analyse, permettent de mesurer l'énorme différence dans les attitudes de l'analyste comme de l'analysant (le dit «patient», agent de sa propre guérison) par rapport aux attitudes que définit classiquement la relation médecin-malade.

Les limites techniques de l'analyse et les limites de son pouvoir

Les conditions particulières et quelque peu «ascétiques» du traitement analytique, sa longueur dans le temps, - longueur de plus en plus difficile à fixer au départ -, ne la rendent donc accessible qu'à ceux qui peuvent s'approprier ces conditions et trouver une réelle satisfaction à les utiliser. Cela ne peut pas d'emblée fonctionner pour tout le monde. Les psychanalystes eux-mêmes, depuis Freud, ont cherché à en élargir le cadre: en essayant de l'appliquer, moyennant des modifications de la règle fondamentale, avec des sujets qui ne peuvent avoir le rapport à la parole que l'on exige habituellement dans la cure classique: les enfants, les adolescents, les personnes souffrant de troubles profonds de la communication (psychotiques), ou ceux qui n'ont pas le moyen de payer un traitement classique (psychanalyse en institution, psychanalyse de groupe, sous forme de psychodrame ou de groupes de parole, etc...).

Bien des thérapeutes, confrontés à des contraintes variées qui restreignent les possibilités de procéder à une cure-type, se sont éloignés du modèle freudien initial: les élèves de Freud, déjà, en cherchaient un mode d'intervention plus rapide, plus direct (Jung, Adler, Ferenczi, Reich, Rank, par exemple) et les générations ultérieures, pour abrégier la durée du traitement, pour influencer plus radicalement le comportement. Toutes ces tentatives consistaient à mêler à l'or pur de l'analyse (associations libres, analyse du transfert) le plomb de la *suggestion*. Elles sont devenues autre chose que de la psychanalyse.

Les visées de la psychanalyse

Venons-en à présent aux questions suivantes: Que peut-on attendre d'une analyse? Quand une analyse peut-elle être considérée comme réussie? Permet-elle de guérir les «névroses» et autres difficultés psychologiques? N'entraîne-t-elle pas de plus grands risques que n'en comporte le symptôme lui-même, si

elle remue trop profondément la personne?

Le sens d'une guérison en psychothérapie

Si, du côté de ceux qui demandent une aide au psychanalyste, le but très général est globalement l'espoir d'aller mieux, «d'en sortir», d'être mieux dans sa peau, d'être débarrassés de ses problèmes (éducatifs, professionnels, conjugaux, familiaux, sexuels...), du côté des psychanalystes, la recherche d'une définition plus rigoureuse de leur visée s'impose, en raison de la responsabilité qu'ils prennent. La délimitation des objectifs d'une cure analytique met évidemment en évidence les conceptions fondamentales que le psychanalyste se fait non seulement de l'origine et du sens des troubles psychiques en général, mais également de la vie, de la subjectivité et de la communauté humaine.

L'expérience elle-même, depuis Freud, impose au psychanalyste de ne pas s'en tenir simplement à une vue courte et pragmatique du but de son action: par exemple supprimer une plainte, lever une inhibition, apaiser l'angoisse, liquider un symptôme. Parce que, comme je l'ai suggéré plus haut, le sens de la plainte initiale, de la «demande» se modifie, se déplace, se transpose à mesure que le sujet est amené à l'explicitier, c'est-à-dire justement à l'analyser dans toutes ses dimensions singulières et intersubjectives. C'est ce côté évolutif, dynamique, mobile de l'analyse elle-même qui transforme les coordonnées habituelles des discussions sur l'efficacité thérapeutique. Sans tenir pour pure apparence la demande initiale, l'analyste considère comme essentiel que, dans chacune de ses demandes, le sujet engage toute la dimension inconsciente de son être, qu'il y indique bien sûr ce qui le fait consciemment souffrir et qu'il est à même, à ce moment-là, d'objectiver, de cerner, mais en plus, qu'il y fait entendre des demandes ignorées qui se révèlent souvent plus tard bien plus importantes et bien plus déterminantes.

On connaît un exemple très frappant, - et peut-être trop simplifié? -, de cette particularité de l'attitude de l'analyste envers le symptôme affiché dans la demande initiale; il s'agit de l'exemple présenté dans le roman autobiographique de Marie Cardinal: *Les mots pour le dire* (Paris, Grasset, 1968). Que voit-on en effet? La jeune femme s'adresse au psychanalyste parce qu'elle ne trouve aucun soulagement à ses difficultés gynécologiques (graves pertes de sang). Celui-ci, d'emblée, coupe court à la description qu'elle pense devoir lui faire de ce symptôme qui l'affole et la gêne terriblement dans sa vie: il manifeste que ce qui l'intéresse, n'est pas cela qui s'exprime aussi violemment dans son corps, mais elle, et son histoire personnelle.

Faire une analyse, c'est faire l'expérience (de façon il est vrai moins abrupte que dans ce cas-ci) que la question que l'on vient poser au départ, en utilisant les représentations, les signes, les émotions que l'on a à sa disposition, que cette question (cette «demande») se déplace, s'élargit, prend des voies insoupçonnables et imprévisibles à mesure que progressent les choses. Ainsi, la question de la «guérison» prend-elle nécessairement un autre sens qu'en médecine. Et il faut être extrêmement clair sur cette différence essentielle pour éviter de graves malentendus et des discussions aussi vaines qu'infinies.

Médecin et psychanalyste: le statut du symptôme

Bien sûr, le sujet qui souffre vient pour être débarrassé de sa souffrance; néanmoins, toute la découverte de Freud, régulièrement recommencée par chaque analyste après lui, est précisément de se rendre compte, - à sa plus grande surprise -, que cette souffrance, même si elle est intolérable, a une fonction subjective, qu'elle remplit un rôle organisateur du sujet, que c'est avec elle que le sujet s'exprime, et qu'il ne s'agit donc pas de la supprimer d'un seul coup, mais bien de faire en sorte que les questions cruciales et douloureuses qu'elle traduit soient d'abord entendues, reconnues, et puissent se métamorphoser en s'intégrant dans le champ conscient des potentialités de réalisation du sujet. Pour utiliser une expression simple, vouloir supprimer tout de suite un symptôme névrotique serait jeter le bébé avec l'eau du bain^{xxi}.

Cette position de l'analyste à l'égard du symptôme névrotique aura, on va le voir, des conséquences fondamentales: elle manifeste que c'est le sujet lui-même qui, tenu de rester en contact avec les sources

réelles, énigmatiques mais peu à peu élucidées de ses souffrances, est l'agent de sa propre guérison, c'est-à-dire de son évolution, de sa réalisation singulière. Guérir, ici, n'est pas retrouver un état antérieur de santé (cet état de grâce étant d'ailleurs hautement irréprésentable!); c'est *inventer* de nouvelles normes de vie. Comme l'exprime très judicieusement Georges Canguilhem: être «normal», pour un être vivant, c'est être «normatif», c'est-à-dire auteur de ses propres valeurs et limites de vie.

Le symptôme et le sujet. L'analyse du psychanalyste

On devine cependant qu'assumer une telle position à l'égard des symptômes suppose que l'analyste ait vérifié très sérieusement sur lui-même l'opérativité, la fécondité, la créativité d'une telle ascèse. Ferenczi, très fortement appuyé ensuite sur ce point par Lacan, a appelé cela la «deuxième règle fondamentale de la psychanalyse»: à savoir l'analyse de l'analyste^{xiii}. Les limites du travail de ce dernier, dans sa propre expérience de l'analyse (ce que dans certaines écoles on appelle l'analyse «didactique»), seront évidemment celles qu'il imposera, qu'il le veuille ou non, qu'il le sache ou non, au travail analytique de ses analysants. La résistance au progrès de l'investigation analytique s'avère donc relever avant tout du psychanalyste lui-même. S'il demeure «inanalysé» (et l'on peut se demander si un être humain peut être «complètement analysé») dans certaines dimensions décisives de son rapport à son caractère, à ses demandes pulsionnelles archaïques (orales, anales, phalliques) ou même oedipiennes, il est immanquable que cela aura des effets sur ce qu'il sera capable de soutenir devant les demandes, les régressions, les tentatives si étonnamment variées faites par les sujets pour éviter le dur travail de l'analyse.

Telle est la raison pour laquelle le transfert doit être considéré comme une situation où chacun, asymétriquement bien sûr, est impliqué. L'expression de «contre-transfert» peut, à cet effet, être trompeuse (si on l'entend comme l'ensemble des réactions de l'analyste au transfert du patient). L'analyste, comme tout être humain, désire, investit l'autre de sa demande de reconnaissance ou d'amour. Si on exige de lui qu'il fasse une analyse de sa propre structure subjective, ce n'est pas pour le débarrasser de son désir et des demandes dans lesquelles ce désir se représente. C'est *avec* son désir, celui *d'analyser*, justement, qu'il faut soutenir la situation. Il lui faut donc, absolument, avoir une représentation de la portée, de la fonction, des conséquences de la mise en oeuvre de ce désir: et c'est là qu'intervient la nécessité d'une théorie.

Fonction de la théorie pour l'analyste

La théorie pour l'analyste sert de moyen-terme, d'intermédiaire «objectif», de tiers-médiateur entre lui-même et ses analysants. Cette théorie s'est construite, - je l'ai évoqué et les autres auteurs de cet ouvrage le montrent de façon plus développée -, en étroite relation dialectique avec l'expérience, ses échecs, ses impasses, ses succès. Elle est, par nécessité, non dogmatique... C'est pourquoi, il est tellement exigible, pour tout analyste, de se mettre à la trace de la découverte de Freud, de dialoguer avec ceux qui l'ont contesté, du dedans (les disciples, dissidents) ou du dehors (les moralistes, les philosophes, les médecins, les idéologues), de maintenir toujours en éveil sa curiosité pour les théorisations nouvelles, les questions inédites, les hypothèses formulées par la collectivité analytique.

Les motifs de dissension, de dissidence et parfois de radicale opposition que les analystes ont connus depuis le commencement ont toujours été de vraies difficultés soulevées -par la prise au sérieux des découvertes de Freud et des problèmes qui naissent, dans la pratique, quand on veut reconnaître et soutenir la réalité des effets de l'inconscient (en tant que foncièrement lié au sexuel, au langage, à l'Oedipe, à la castration). On peut lire l'histoire des «déviations» à partir de ce fil conducteur. A quoi il faut certes ajouter les dissensions et conflits personnels, toujours présents dans les groupes humains, et hypertrophiés chez les psychanalystes - lesquels disposent d'un outil extraordinairement cruel de règlement de compte!

Pour en rester sur le plan théorique, le *désir de l'analyste*^{xiii}, c'est-à-dire ce qui soutient l'analyste dans son travail, lui permet de garantir le cadre analytique, de maintenir le processus dans les limites requises pour que restent opératoires la règle fondamentale et le transfert. Ce désir est son «idéal».

Les idéaux psychanalytiques

Il est donc impossible de conclure cet essai sur la psychanalyse comme psychothérapie sans dégager les directions majeures que différents courants du «mouvement psychanalytique» ont imprimées à la visée des analystes. Quels ont été ces idéaux qui ont, diversement, exprimé la visée fondamentale de la cure analytique? Ces *idéaux* constituent le noyau de ce qu'on se plaît aujourd'hui à appeler «l'éthique du psychanalyste»^{xiv}.

1. Au départ, pour Freud, le but de l'analyse est de rendre au sujet la capacité de vivre dans une communauté, en assumant et en réalisant ses possibilités d'aimer et de travailler, d'œuvrer, à la place où il est, aux grandes tâches de la civilisation, en lui-même d'abord, avec ses semblables ensuite. Mais Freud ne connaissait que trop bien l'immensité de ce travail civilisateur: pour le sujet lui-même, il s'agit de se rendre de plus en plus indépendant par rapport aux sources intimes, intériorisées, de sa tendance à se livrer aux pouvoirs d'un autre et de s'aliéner: le *surmoi*. L'angoisse de castration, la peur d'être seul en perdant l'approbation d'une instance d'autorité toute puissante, la peur de désirer, demeurent des obstacles permanents.

2. De l'avis, cependant, de Ferenczi, lequel a énormément réfléchi aux critères de la fin de l'analyse (à son aspect terminable ou interminable), une analyse doit pouvoir mettre en évidence les identifications sexuelles, et ce qui fait obstacle à l'assomption d'être sexué et désirant en tant qu'homme ou en tant que femme.

3. Pour tout le mouvement de l'analyse que les émigrés juifs fuyant le nazisme ont développé aux U.S.A., en adoptant les critères de réussite et d'adaptation de l'*American way of life*, les visées de l'analyse sont la maîtrise émotionnelle, l'accès au sens de la réalité, l'autonomie du moi, l'intégration sociale, la maturation instinctuelle de la libido, au sens d'un accès à l'amour génital. Ce modèle américain est revenu sur le Vieux Continent pour donner naissance à des conceptions bien plus médicalisantes ou orthopédiques (normalisatrices) que ce que l'on pouvait trouver chez Freud.

4. Nous serions plutôt enclin, concernant cet enjeu fondamental, à suivre Lacan. Lacan a vivement dénoncé dans une telle «américanisation» de la psychanalyse, l'idéologie de l'empirisme pragmatiste et utilitariste et les idéaux de l'individualisme libéral, basés sur l'illusion narcissique de la toute-puissance du moi. Il a toujours soutenu que la fonction de l'analyse n'est pas de conformer quelqu'un à des critères d'adaptation et de réussite sociale (cela relève de ses choix et de sa liberté), mais de le conduire à reconnaître et à assumer son désir, et à «faire avec» sa créativité symptomatique.

Ces quelques aperçus ne sont pas exhaustifs: ils permettent de se faire une idée des tensions intérieures de la psychanalyse, tensions où peuvent se refléter les pressions exercées par les idéaux et les idéologies d'une société.

La psychanalyse et la société

Le psychanalyste n'a pas le droit d'ignorer le système de contraintes économiques, culturelles, sociales dans lesquelles il vit comme sujet, comme citoyen, à l'égal de ses analysants. Dans bien des cas, l'analyste travaille au sein d'institutions dont la finalité est socialement définie -institutions médicales, éducatives, pédagogiques, scolaires, etc... Il lui revient d'y définir correctement sa place.

La psychanalyse n'a pas à prescrire les buts d'une institution: ce faisant, elle se substituerait aux instances normatives coutumières d'une société pour devenir un outil redoutable et totalitaire d'assujettissement à des idéaux. En aucun cas, l'analyse ne peut être assimilée à une discipline de normalisation dirigée.

Son oeuvre et sa visée sont d'une autre teneur, son ambition est de permettre à un sujet de déchiffrer, par le biais clé la parole où réside aussi le foyer d liberté, les signes énigmatiques clé sa propre destinée, les hiéroglyphes de désir et de son angoisse: par là, elle le confronte à une salutaire solitude permet d'être,

dans sa ferme fragilité, réellement présent à autrui en ce monde de vie, mais aussi clé bruit et de fureur...

-
- i S. Freud, - *Sigmund Freud présenté par lui-même*, Paris, Gallimard, Folio-Essai, 1984; - *Sur l'histoire du mouvement psychanalytique*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'inconscient, 1991; - *Sur la psychanalyse. Cinq Conférences*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'inconscient, 1991.
- ii 2 J. Breuer et S. Freud, *Etudes sur l'hystérie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
- iii 3 F. Alexander, *La médecine somatique*, traduction française, Paris, Payot, 1952'
- iv E Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.
- v S. Freud, *Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats)*, in *Cinq psychanalyses*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966.
- vi 6 S. Freud, *La méthode psychanalytique de Freud, De la psychothérapie; La dynamique du transfert*, in *De la technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1967.
- vii ' S. Freud, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'inconscient, 1984.
- viii g J. Lacan, *Le séminaire, livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1970. ««Dès qu'il y a quelque part le sujet supposé savoir, il y a transfert., (p. 2 10).
- ix 'J. Lacan, *Ecria*, Paris, Seuil, 1966, p. 331.
- x ° J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, Bruxelles, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 1984. En particulier: «Symptômes, transferts, identifications p, pp. IX-XXVI.
- xi II S. Freud, *Introduction h la psychanalyse*. En particulier la 17ème leçon: «Le sens du symptôme», Paris, Petite bibliothèque Payot, 1962. Voir également notre essai: «La psychanalyse avec la médecine», in j. Florence, *Ouvertures psychanalytiques*, Bruxelles, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 1985.
- xii ` S. Ferenczi, *Oeuvres complètes, tome IV*, Paris, Payot, 1982. *Elasticité de la technique psychanalytique*, p. 63. Voir également J. Lacan, *Ecrit*, «Variantes de la cure-type», p. 339.
- xiii J. Lacan, *Les quatre concepts fondamentaux, op.cit.*, pp. 210-213.
- xiv 14 J. Lacan, *Le séminaire, livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1986. Voir également J. Florence, «L'éthique de la psychanalyse et les psychothérapies», in *Ouvertures psychanalytiques*, pp. 25'-274.