

La thérapeutique psychanalytique

par S. NACHT

I

ÉVOLUTION DE LA THÉRAPEUTIQUE PSYCHANALYTIQUE

Aborder d'emblée la thérapeutique analytique, telle qu'on la comprend et qu'on la pratique aujourd'hui, sans rappeler succinctement le chemin parcouru depuis son point de départ, ne nous en donnerait pas une juste perspective. Nous ne voulons cependant pas brosser ici un tableau général de l'évolution de la thérapeutique psychanalytique : ce serait presque retracer l'histoire même de la psychanalyse, la thérapeutique analytique étant le terrain de rencontre et de fusion de tout ce que l'on a découvert et construit en matière de psychanalyse, aussi bien sur le plan théorique que sur le plan technique. Nous devons donc nous borner à rappeler les étapes principales d'une évolution qui se poursuit depuis plus de soixante ans.

La première découverte de ce qui devait être le point de départ de la psychanalyse, on le sait, n'appartient pas à Freud. C'est Breuer, à Vienne, en 1881, et Janet, au Havre, qui firent presque simultanément la même découverte. Mais l'un d'eux, Janet, publia dès 1889, *L'automatisme mental*, tandis que Breuer allait attendre l'impulsion et la collaboration de Freud pour publier à son tour ses *Études sur l'hystérie*, en 1893.

Cette découverte résidait en ceci : les symptômes hystériques

semblaient être dus à des événements pénibles ensevelis, chez le malade, dans un oubli profond. Le rappel de ces événements par le malade, leur affleurement à sa mémoire provoquaient la disparition des dits symptômes. Ce rappel s'opérait grâce à l'état d'hypnose et s'accompagnait d'importantes réactions émotives, de décharges nerveuses.

Voici ce qu'écrivait Janet :

Il faudrait parcourir toute la pathologie physique pour montrer les désordres que produit une pensée exclue de la conscience personnelle. L'idée, comme un virus, se développe dans un endroit de la personne que le sujet ne peut atteindre, trouble sa conscience et provoque tous les accidents de l'hystérie et de la folie (L'automatisme mental).

Et lisons maintenant Freud (1895) (Il s'agit de la théorie selon laquelle les symptômes sont dus à des événements oubliés — théorie exposée dans les *Études sur l'hystérie*, publiées en collaboration avec Breuer, 1893) :

Elle éclaire la genèse des symptômes. Elle souligne ce faisant la signification de la vie affective, l'importance qu'il y a à distinguer entre acte inconscient et acte conscient. Elle introduit un facteur dynamique en faisant naître le symptôme de l'accumulation d'un affect, un facteur économique en considérant le même symptôme comme le résultat du déplacement d'une masse énergétique, d'ordinaire autrement employée.

Breuer appela notre méthode « cathartique » ; nous lui donnions pour but thérapeutique de ramener dans des chemins normaux afin qu'elle puisse s'écouler (1) la charge affective engagée dans de fausses voies et qui y était pour ainsi dire coincée.

A quoi bon alourdir de commentaires superflus ces quelques lignes d'une parfaite clarté ? Elles contiennent, ramassées en peu de mots, les idées maîtresses sur lesquelles Freud allait bâtir son œuvre. Remarquons seulement l'explication théorique de l'effet thérapeutique, explication inspirée du « principe de constance » de Helmholtz-Fechner qui faisait loi à l'époque en matière de physique et de physiologie.

C'est peut-être le prestige de cette loi, ou le crédit que Freud

(1) Souligné par nous.

lui accordait, qui semble expliquer pourquoi il a centré pendant une vingtaine d'années les efforts thérapeutiques sur la remémoration des souvenirs oubliés, avant de s'apercevoir un jour de la vanité de ces efforts, ainsi que nous le verrons plus loin. Mais n'anticipons pas.

Pendant près de 10 ans, Freud allait soumettre ses malades en état d'hypnose à la recherche de souvenirs ayant pu jouer un rôle traumatisant : leur évocation, accompagnée de décharges émotionnelles, était salutaire. Les symptômes s'amélioraient ou disparaissaient, provisoirement tout au moins.

Ce fut la période de la catharsis hypnotique, remplacée pendant une très courte période par la catharsis à l'état de veille. Mais Freud s'aperçut peu à peu des inconvénients que présentait la méthode hypnotique : d'abord tous les malades n'étaient pas hypnotisables, en outre les effets thérapeutiques n'étaient pas sûrs, et surtout (ceci préfigurant la découverte fondamentale du transfert) l'état de dépendance ainsi créé du malade vis-à-vis de son médecin était fâcheux. C'est pour ces raisons que Freud fut amené à renoncer à l'hypnose.

Vint ensuite une courte période où les malades, sous la pression du médecin, furent poussés à retrouver des souvenirs oubliés en s'y appliquant délibérément à l'état de veille (catharsis éveillée). Freud abandonna vite cette nouvelle méthode, mais elle lui avait néanmoins permis de découvrir la force des *résistances* que le sujet opposait à cette remémoration.

Il imagina alors de tourner cet obstacle par la méthode des *associations libres* : le malade était invité à suspendre tout contrôle de ses pensées pour les exprimer, au fur et à mesure, comme elles lui venaient à l'esprit (*La psychanalyse de Freud*, 1904).

Une nouvelle période de recherches techniques s'ouvrait ainsi et allait se poursuivre jusqu'en 1914. La méthode des « associations libres » accorde une place de plus en plus large au travail d'interprétation. Le matériel livré par les associations d'idées librement énoncées est interprété en vue d'une reconstruction du passé, d'une part, et a d'autre part pour but de vaincre les résistances qui s'opposent au défoilement de la situation traumatique pathogène. Ainsi l'objectif reste le même : retrouver les souvenirs

perdus, mais les moyens d'y parvenir ont changé. Il ne s'agit plus de forcer directement l'inconscient à se livrer, mais d'y accéder par l'interprétation de ses diverses manifestations.

Le travail d'interprétation qui fut d'une grande fécondité quant à la connaissance de l'inconscient n'alla cependant pas sans inconvénients pour ce qui est de l'œuvre thérapeutique. L'analyste et l'analysé risquaient en effet d'être accaparés par l'intérêt intellectuel de cette reconstruction du passé, et ceci aux dépens de l'action thérapeutique. Ce risque, en effet, ne put être entièrement évité, pas plus qu'il ne l'est, même aujourd'hui, par certains analystes.

La connaissance de l'inconscient, au lieu d'être un moyen, devient alors fin en soi, aussi bien pour le patient que pour le thérapeute. Cependant, et en même temps que se développe — non sans quelque excès — cet aspect intellectuel du travail thérapeutique, Freud découvre et cerne de plus en plus ce qui donne toute sa valeur au « vécu » émotionnel, affectif dans la situation analytique : celui-ci apparaît bientôt comme l'élément capital de toute psychanalyse : lui seul peut permettre au malade de revivre les situations refoulées, mais par contre, lui seul aussi peut se muer en résistances qui empêcheront que lesdites situations ne soient repensées, c'est-à-dire soumises à des considérations rationnelles et appréciées à leur valeur réelle (*La dynamique du transfert*, 1912). En même temps, Freud définit clairement le rôle de l'analyste : il insiste sur sa nécessaire neutralité, sa fonction de « miroir » qui doit refléter ce que le malade y projette, la qualité d'attention dite « attention flottante » qu'il doit adopter comme règle symétrique à la « règle fondamentale » à laquelle est soumis le malade.

Il est aisé maintenant de se faire une image de ce que devait être le traitement psychanalytique à cette époque : le malade était invité à se soumettre à la « règle fondamentale », consistant à dire tout ce qui lui venait à l'esprit sans exercer de contrôle sur ses pensées ; le médecin devait l'écouter en adoptant l'attitude dite « d'attention flottante », c'est-à-dire en se laissant aller lui aussi aux idées que faisait surgir en lui le discours du patient. Le matériel recueilli dans ces conditions et les réactions affectives du patient

à l'endroit du médecin (transfert) étaient interprétés par celui-ci en vue d'une reconstruction ou d'une remémoration du passé.

La levée de l'amnésie infantile, responsable de la névrose, restait encore le but essentiel de la cure, car c'était d'elle seule, croyait-on, que dépendait la guérison. Mais il n'en sera plus de même lorsque paraîtra l'article de Freud intitulé « Remémoration, répétition, élaboration » (1914). Ce travail marquera d'ailleurs une étape capitale dans le développement de la thérapeutique — et aussi de la théorie — analytique.

Il y est dit textuellement que le médecin doit poursuivre la levée de l'amnésie infantile « même s'il sait que ce but n'est pas réalisable » ! Freud a compris que la remémoration des souvenirs traumatisants est rendue difficile, ou même impossible, par les résistances inconscientes qu'oppose le malade à ce travail trop pénible. Il a entrevu ce fait essentiel : au lieu de se souvenir seulement, le malade *répète, revit*, à son insu, dans la situation du transfert, un passé trop chargé de peur.

L'interprétation du « matériel » inconscient qui s'oppose à la remémoration a pour but de vaincre, de détruire les résistances. C'est maintenant ce travail de destruction des résistances qui passe au premier plan, même s'il n'aboutit pas à la remémoration — long et difficile travail d'élaboration, capital parce que c'est grâce à lui que l'on obtient des modifications du Moi. La guérison n'apparaît plus déterminée par la levée de l'amnésie, mais découle des modifications de la personnalité que la thérapeutique analytique est capable de provoquer.

Les conceptions théoriques formulées dans les années suivantes, par Freud, sur l'appareil psychique (*Le Moi, le Ça et le Surmoi*, 1921) ont accentué cette orientation de la thérapeutique psychanalytique. Elle n'a fait que se développer et s'affirmer depuis pour devenir la préoccupation dominante de cette thérapeutique aujourd'hui.

Aussi Freud et ses disciples, après avoir porté leur intérêt uniquement sur le nouveau monde de l'inconscient et de ce qui y est refoulé, allaient-ils, à partir de 1920, mettre l'accent, dans leurs travaux, sur le terme opposé, c'est-à-dire sur l'élément *refoulant*.

Les fonctions du Moi, ses réactions face au Ça, prennent désormais une place grandissante dans les préoccupations des psychanalystes, en même temps que la névrose apparaît comme la conséquence d'une perturbation dans l'évolution de l'ensemble de la personnalité. Cette conception ne pouvait manquer d'avoir des répercussions sur la technique psychanalytique : la thérapeutique ne se proposait plus désormais de guérir en reconstruisant le passé du malade avec les matériaux refoulés et enfouis dans l'inconscient, que le psychanalyste déterraient laborieusement. Elle devait procéder à la reconstruction de la personnalité tout entière par des modifications qu'elle apprenait à produire dans les fonctions du Moi.

L'analyse cessait ainsi d'être une « étude » passionnante de l'inconscient pour devenir un travail de réorganisation d'un Moi perturbé par la pression des pulsions d'une part et par les exigences de l'environnement d'autre part.

On était ainsi conduit à penser que la levée de l'amnésie n'était pas la cause du progrès de la cure vers la guérison mais une des conséquences des modifications du Moi.

« L'on ne guérit pas en se souvenant, mais on se souvient en guérissant » (Alexander, *La genèse du complexe de castration*, 1930).

Parallèlement à l'influence des nouvelles conceptions théoriques, la technique psychanalytique en subissait une autre, non moins féconde. Celle-ci était due surtout à Ferenczi et à Rank qui insistèrent sur la valeur thérapeutique prédominante des expériences émotionnelles vécues par le malade en cours d'analyse (*Développement de la Psychanalyse*, 1924). L'importance technique de ce « vécu émotionnel » dans le traitement analytique reste encore au premier plan des préoccupations de la thérapeutique psychanalytique d'aujourd'hui. Les reconstructions intellectuelles par les interprétations n'ont de valeur thérapeutique que si elles sont confirmées par ce que le malade éprouve affectivement.

Voilà, en bref, le tracé de l'évolution de la thérapeutique psychanalytique depuis ses origines. Ce résumé était nécessaire pour pouvoir entrer au cœur même de notre sujet : les conceptions actuelles de la thérapeutique analytique.

II

PRINCIPES ET MOYENS DE LA THÉRAPEUTIQUE PSYCHANALYTIQUE D'AUJOURD'HUI

La théorie et la technique psychanalytiques — nous l'avons vu — ont évolué de pair, s'influençant constamment l'une l'autre, à tel point qu'il n'est pas possible d'aborder l'une d'elles sans tenir compte de sa relation étroite avec l'autre. Toutefois, nous ne nous étendrons pas ici sur l'évolution propre de la théorie psychanalytique, ni sur ce qu'elle est aujourd'hui.

Nous nous bornerons à un bref rappel des points essentiels qui la définissent, rappel indispensable pour la compréhension même de la guérison par la psychanalyse, des processus qui y mènent et des moyens techniques par lesquels on y parvient.

Parti d'une conception limitée de la pathogenèse des accidents hystériques, Freud a réussi, au long d'un demi-siècle de travaux, à édifier une théorie qui se propose d'expliquer l'ensemble de la vie psychique de l'homme. Cette théorie s'appuie essentiellement sur ce que Freud a appelé « l'appareil psychique », terme qu'il faut bien se garder de prendre à la lettre et qui désigne plutôt un ensemble de fonctions.

Il comprend trois parties : le Ça, le Moi et le Surmoi. Selon Freud l'activité psychique est la résultante de l'interréaction de ces trois instances.

Mais la théorie psychanalytique postule en outre que le développement de la personnalité tout entière est également fonction

du Ça, du Moi et du Surmoi. Il en résulte que l'activité psychique d'un individu donné a été dans le passé et reste toujours solidaire non seulement de l'ensemble de sa personnalité, mais aussi de l'histoire de celle-ci et de sa formation. De ce fait, tout trouble de l'activité psychique reflète forcément des perturbations dans l'ensemble du développement de la personnalité.

C'est ainsi que l'on a été amené peu à peu à chercher les causes des troubles psychiques non plus dans un certain événement traumatisant mais dans un faisceau de conditions défavorables à l'épanouissement naturel, harmonieux, « normal » de la personnalité.

Il est facile de tirer les conséquences d'une telle conception théorique par rapport à la technique : il ne s'agit plus de chercher à « extirper » ces corps étrangers faits de souvenirs « oubliés », pour permettre le déblocage d'une partie de l'énergie psychique ainsi coincée. Il ne s'agit plus seulement d'aider ainsi l'organisme à éliminer une tension qui s'oppose à un équilibre auquel il s'efforce constamment d'aboutir (Principe de constance Helmholtz-Fechner, Homéostasie de Cannon).

Il faut maintenant faire plus que de provoquer uniquement des modifications énergétiques : il paraît indispensable de déterminer en outre des changements dynamiques, économiques et structuraux. Ces modifications, auxquelles la thérapie psychanalytique se propose d'atteindre, résultent d'une action sur l'ensemble fonctionnel des trois instances psychiques dont il a été question : le Ça, le Moi et le Surmoi.

La théorie de la guérison par la psychanalyse postule (et l'expérience le prouve) que le Ça — ou inconscient élémentaire — n'est pas accessible à une action directe parce que l'essence des forces instinctuelles n'est pas modifiable : seuls le Moi et le Surmoi sont susceptibles d'être influencés par la cure.

Nous n'avons pas de moyens d'action sur les formes pulsionnelles du Ça : ce ne sont que les rapports entre ces forces et le Moi d'une part, le Surmoi d'autre part, qui se transforment par le travail thérapeutique. Nous ne pouvons pas non plus modifier les exigences du Ça, mais nous modifions les réponses qui lui sont données par le Moi et le Surmoi. Ce qui était interdit par

le Surmoi et refoulé globalement par le Moi sera d'abord permis par le Surmoi, puis accueilli, intégré, différencié, et enfin agi par le Moi en vue d'obtenir des satisfactions réalisables.

Ce n'est là, bien entendu, que le schéma du processus de guérison par la psychanalyse, guérison résultant d'une double action dont les efforts sont constamment mêlés et confondus tout au long de la cure : d'une part le climat créé par la « situation psychanalytique » et d'autre part l'activité propre de l'analyste.

Lorsque le sujet réussit à éprouver le « climat » de la situation psychanalytique comme permissif et rassurant, son Surmoi aura spontanément tendance, sans autre intervention, à s'assouplir, à devenir plus tolérant. En même temps, le Moi dans un tel climat de sécurité, sans attendre d'avoir modifié sa structure, s'enhardira, commencera à accueillir les exigences du Ça, à utiliser les forces pulsionnelles qui émanent de celui-ci pour agir au mieux tout en tenant compte des nécessités de l'environnement.

Si les choses s'arrêtaient là (et parfois il en est ainsi) nous assisterions à des guérisons apparentes (disparition des symptômes, par exemple) et sans doute éphémères, parce qu'obtenues sans que se soient encore produites les modifications dynamiques, structurales et économiques indispensables à une véritable guérison telle que l'entend la psychanalyse.

Les modifications en profondeur ne peuvent s'obtenir que par la double participation de l'analyste et de l'analysé au processus schématiquement évoqué plus haut : un mode d'échanges relationnel se crée entre eux et constitue un deuxième élément d'action thérapeutique, lequel vient s'ajouter à celui déjà existant du seul fait de la situation analytique. C'est l'intervention de l'analyste qui, en provoquant les réponses de l'analysé, *oblige* celui-ci à participer à ce qu'il vit dans le climat de l'analyse. C'est cette participation explicitée du sujet, consciemment vécue par lui, qui rend possible les modifications du Moi, condition essentielle d'une guérison durable. Mais précisément cette même intervention de l'analyste et le « dialogue » qu'elle provoque vont donner naissance aux obstacles que le malade va opposer à sa guérison.

Disons, en bref, que le « climat » de la situation psychanalytique favoriserait de lui-même une tendance spontanée, naturelle,

à la guérison par le « dehors » (l'enfant devenant meilleur en retrouvant de meilleurs parents). Mais la guérison par le « dedans » — la vraie — ne peut s'obtenir que par une participation *consciente* du sujet à cette sorte de dialogue, participation non seulement *vécue* par lui, mais aussi explicitée, actualisée, pensée, afin de pouvoir être intégrée par le Moi.

Le rôle actif de l'analyste est donc double : par ses interventions il provoque chez le sujet des réactions qui animent la situation analytique de leur contenu émotionnel et affectif, en même temps qu'il doit, par ses interprétations, rendre ces réactions accessibles à la pensée consciente. Ce sont ces « prises de conscience » successives qui, à la longue, déterminent les modifications du Moi que la cure se propose d'obtenir.

Mais, ces mêmes réactions, qu'elles surgissent spontanément dans la situation analytique ou qu'elles soient activement déterminées par l'intervention de l'analyste, provoquent chez le sujet des résistances qui tentent de s'opposer aux prises de conscience, et par là à la guérison. L'analyste se trouve donc être paradoxalement à la source des résistances opposées à la guérison et aussi des moyens d'aboutir à celle-ci.

Ainsi apparaît sa double fonction dans l'évolution de la cure : il provoque l'éclosion d'états émotionnels, qui analysés transforment le Moi, mais il suscite aussi une opposition à certaines de leurs manifestations, ou à l'analyse de celles-ci. Par là il se trouve curieusement amené à la fois à favoriser et à entraver tout changement possible du Moi, du moins tant que les résistances ne sont pas sérieusement entamées par le traitement.

La technique psychanalytique tend précisément à maintenir un climat qui favorise les manifestations émotionnelles, puisqu'elle suscite constamment des prises de conscience, en même temps qu'elle veille à détruire les résistances que celles-ci provoquent, au fur et à mesure de leur apparition.

C'est tout cela qui fait du transfert le pivot même de cette technique. Freud en fit la découverte dès le début de ses recherches, dès qu'il abandonna la méthode cathartique exactement. Tous ses écrits techniques font du transfert l'outil par excellence de la thérapeutique analytique.

Il n'en est pas moins vrai cependant que pour Freud le transfert (et de ce fait la situation analytique elle-même) représentait un mouvement à sens unique de l'analysé à l'analyste. Le rôle de « miroir » assigné par lui à l'analyste montre bien que pour Freud celui-ci devait se borner à accueillir tout ce qui venait vers lui, plutôt qu'être un interlocuteur. Pour Freud (ainsi que pour les premières générations d'analystes) la situation analytique n'était pas conçue comme une relation à deux impliquant un mode relationnel d'échanges. Non pas que l'existence ni l'importance du contre-transfert lui aient échappé, bien au contraire. Mais malgré cette importance (ou peut-être à cause d'elle) cet aspect si fécond de l'analyse a néanmoins été mis de côté pendant longtemps.

Par contre aujourd'hui tous les psychanalystes sont convaincus de l'importance primordiale du mode d'échange, de la relation à deux qui se crée entre analyste et analysé dès que s'installe la situation analytique. De ce fait, le rôle du contre-transfert prend une valeur au moins égale à celle du transfert.

Il en résulte pour l'analyste une double tâche : saisir, comprendre, expliciter (s'il y a lieu) tous les mouvements du transfert de l'analysé à l'analyste, et saisir, comprendre, maîtriser tous les mouvements qui le portent, lui analyste, vers ou contre son patient. On comprend que cette seconde tâche de l'analyste n'ait été possible qu'au fur et à mesure que l'analyse didactique, en se généralisant, donnait une plus grande liberté intérieure aux analystes eux-mêmes, liberté qui jouait alors vis-à-vis de leurs malades.

Cette vue plus complète de l'analyse devait modifier non seulement certains aspects de la technique mais aussi les principes directeurs de la cure. Pour simplifier les choses, disons que l'analyse du transfert (la situation analytique à sens unique) provoque puis utilise la reviviscence et la reconstruction du passé dans le but de réaliser des prises de conscience, alors que la situation analytique comportant un mode relationnel d'échange conditionne une *rééducation émotionnelle*.

Freud s'est toujours élevé contre toute utilisation pédagogique de l'analyse et c'était alors justifié : en défendant à l'époque « héroïque », avec la vigueur et la rigueur que nous lui avons connues, la pureté de l'analyse, il a évité à celle-ci des déviations

qui auraient facilement déformé et peut-être réduit à néant l'essence même de la psychanalyse.

Aujourd'hui, cependant, la possibilité d'une rééducation émotionnelle par l'analyse ne peut et ne doit échapper à personne. Bien entendu, il ne s'agit pas d'en faire une utilisation délibérée et concertée à cette fin, ni de procéder par injonctions ou directives pédagogiques.

La rééducation émotionnelle, le redressement affectif, l'adaptation des tendances émotionnelles généralement infantiles à des conditions de vie d'adulte se font d'une manière plus subtile dans cette relation particulière créée par la situation analytique : la neutralité et le silence de l'analyste font que le malade se trouve constamment en position de demandeur. Quels sont les besoins éprouvés, comment ils sont exprimés, comment réagit le sujet à leur satisfaction ou à leur insatisfaction, autant de questions auxquelles les réactions immédiates du malade sont autant de réponses. Ces réponses, on le sait, interprétées par l'analyste, fournissent au malade la possibilité d'une prise de conscience.

Mais il y a plus : l'attitude de l'analyste dans ce qu'elle a de constant, d'immuable — du moins pendant une grande partie de l'analyse — offre des conditions que l'on peut qualifier d'expérimentales à des « déconditionnements » de conduites.

C'est dans ces processus, auxquels s'ajoute tout l'apport des prises de conscience, qu'il faut chercher la cause des modifications et des réadaptations émotionnelles produites par le traitement.

On voit ici quelle peut être l'importance de la personnalité de l'analyste : elle conditionne en grande partie le déroulement voulu de ces processus dans la mesure où elle peut les faciliter ou les empêcher.

Nous sommes mieux avertis aujourd'hui du fait que l'attitude de neutralité bienveillante, aussi authentiquement ressentie soit-elle par l'analyste, n'exclut pas chez lui d'autres réactions sur le plan inconscient. Ces attitudes profondes ont une importance capitale dans l'évolution de la cure. Elles échappent par définition au contrôle de l'analyste, mais elles n'échappent jamais à l'inconscient du malade. Si bien que, derrière l'apparente neutralité, celui-ci trouve dans les attitudes inconscientes de l'analyste une

réponse à ses demandes — réponse qui n'est pas toujours celle que l'analyste aurait consciemment choisi de donner.

Nous verrons plus loin, à l'occasion de la névrose de transfert, les conséquences qui peuvent découler de cette intrication transfert-contre-transfert.

Pendant longtemps les analystes ont été persuadés qu'ils pouvaient « maîtriser » et même éliminer leurs propres réactions contre-transférentielles inconscientes par l'attitude de neutralité. Nous savons aujourd'hui que le contre-transfert est aussi fécond dans le travail analytique que le transfert, à condition, bien sûr, qu'il agisse dans un sens bénéfique pour le malade. Pour cela, certes, bien des conditions sont nécessaires, sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre ici. Le moins qu'on puisse en dire, c'est qu'il est souhaitable que la personnalité de l'analyste soit aussi harmonieusement et profondément équilibrée que possible.

Le métier d'analyste est l'un des plus difficiles. Freud disait même qu'il y avait trois métiers impossibles : celui de père (ou de mère), celui de Chef d'État et celui de psychanalyste. L'une des difficultés majeures réside ici en ce que la personne même de l'analyste est constamment mise à l'épreuve et à contribution : il faut qu'elle soit là tout en ne se manifestant pas, qu'elle n'apparaisse pas tout en étant présente, qu'elle éprouve et soit cependant comme si elle n'éprouvait pas. Une plus grande liberté de communiquer tranquillement avec son propre inconscient et avec celui d'autrui rend possibles cette souplesse et cette disponibilité chez l'analyste. Mais elle est surtout déterminée par sa propre capacité de faire face aux situations frustrantes qui dictent ses réponses inconscientes, notamment aux exigences d'amour et aux explosions de haine des analysés.

Aussi nous arrive-t-il parfois de soutenir que ce qui importe surtout dans une analyse ce n'est pas tant ce que l'analyste dit ou fait que ce qu'il est. Ce qu'il dit ou fait, l'analyste le tient en principe de l'enseignement qu'il a reçu. Mais l'usage même qu'il fait de cet enseignement dépend en grande partie de sa personnalité. C'est ce qui justifie la nécessité absolue de l'analyse didactique, d'abord, comme condition préalable à l'enseignement et à l'exercice de l'analyse, et sans doute aussi pour le psychanalyste, au cours

de sa carrière, l'opportunité d'une nouvelle analyse afin d'enrichir et de perfectionner ses possibilités thérapeutiques.

L'analyse personnelle, par les modifications en profondeur qu'elle apporte à la personnalité de l'analyste, lui permet d'approcher, autant qu'il est humainement possible, les conditions idéales requises par ses fonctions. Cependant, quelle que soit la valeur de l'analyse didactique (et elle est incontestable) on ne peut évidemment attendre d'elle qu'elle transforme tous ceux qui s'y soumettent en parfaits analystes.

Ne devient pas bon analyste qui veut : certains dons innés sont nécessaires, là plus qu'ailleurs.

* * *

Abordons maintenant l'examen des moyens techniques de la thérapeutique analytique. Il nous faut cependant préciser tout de suite que ce travail n'étant pas destiné à enseigner la technique psychanalytique, nous nous contenterons d'en indiquer seulement les grandes lignes.

LES RÈGLES TECHNIQUES

Les règles qui président à l'installation de la situation analytique et à son maintien sont destinées les unes au patient, d'autres au thérapeute, tandis que certaines d'entre elles s'appliquent aux deux. Nous évoquerons ici les plus importantes et seulement dans ce qu'elles ont d'essentiel.

La première est celle que Freud désigna comme *règle fondamentale*, celle dite des « associations libres » : le malade doit, pendant la séance, s'employer de son mieux à exprimer tout ce qu'il pense et tout ce qu'il éprouve comme il le pense et comme il le ressent. Cela veut dire qu'il doit verbaliser toute image, toute pensée, toute sensation au fur et à mesure de leur apparition dans le champ de sa conscience, sans exercer de contrôle en vue d'un choix précédant le discours.

Au début, nous l'avons vu, Freud cherchait à obtenir, grâce à l'abolition de la censure consciente que cette manière de faire implique, l'évocation des souvenirs traumatisants refoulés.

Par la suite, la méthode des associations libres apparut surtout comme la meilleure condition pour permettre au malade d'exprimer un contenu psychique qui, interprété, donnerait lieu à des prises de conscience fécondes. (« Ce qui est inconscient doit devenir conscient, ou plus exactement ce qui est le Ça doit devenir le Moi ». — Freud.)

A cet égard, la recommandation faite au malade du respect de la règle fondamentale garde toujours sa valeur. Mais l'expérience nous a appris ce fait dont il faut tenir grand compte : c'est que cette règle doit être prescrite au sujet plutôt comme une ligne à suivre d'aussi près que possible, sachant qu'on ne peut y atteindre d'une manière absolue. Il est d'ailleurs préférable à plus d'un point de vue qu'il en soit ainsi : le malade qui nous livrerait tout le foisonnement de ses associations libres (comme le voudrait la règle si elle était prise à la lettre) établirait par là même une telle marge entre son Moi et ce qui émerge de son inconscient que tout travail d'intégration et de renforcement du Moi serait gravement compromis sinon rendu impossible. D'ailleurs lorsqu'il arrive que le patient livre à son analyste le flot rapide de toutes ses associations, on se trouve justement en présence d'une des formes de résistance les plus difficiles à réduire.

C'est à propos des résistances, en fait, que la méthode des associations libres révèle ses possibilités les plus intéressantes. En effet, lorsque le malade s'applique à se conformer à la règle fondamentale, il nous apporte d'abord un « matériel » qui nous permet, par les interprétations données, de reconstruire ses processus inconscients : c'est la démarche la plus classique, depuis longtemps admise comme « fondamentale » dans la technique analytique. Mais cet aspect n'est pas le seul, et l'application de la « règle fondamentale » en suscite d'autres qui ne sont pas moins intéressants. L'analyste utilise en effet non seulement ce que le malade réussit à exprimer grâce aux associations libres, mais il est aussi particulièrement attentif aux réactions du sujet lorsque celui-ci s'efforce volontairement d'obéir à la règle fondamentale. Car ces réactions sont des manifestations typiques des résistances qu'éprouve le Moi mis en présence de l'inconscient élémentaire (le « Ça »).

Le respect de cette règle crée donc une situation expérimentale qui permet de saisir sur le vif comment le Moi fait face aux manifestations du Ça. Lorsqu'il leur oppose une résistance, il nous offre alors la possibilité d'observer la forme et le mode d'expression des mécanismes de défense qui en résultent.

Mais l'analyste n'est pas le seul à observer ces mouvements. Lorsque le « climat » de l'analyse est favorable à une coopération authentique de la part du malade, c'est-à-dire lorsque les relations transférentielles et contre-transférentielles sont telles que le sujet se sent en sécurité, lui-même apprend à reconnaître dans l'arrêt de ses associations la résistance consciente, préconsciente ou inconsciente qui vient de le bloquer. Il s'efforce alors de la vaincre soit directement, soit par l'analyse qu'il est capable de faire lui-même. De toute façon le résultat sera le même : des mécanismes inadaptés de défense du Moi auront été reconnus, puis détruits, modifiés ou remplacés. Un pas sera alors fait vers le but essentiel de l'analyse : la maturation du Moi par son renforcement.

Cependant, les modifications du Moi — condition essentielle de la guérison — ne peuvent résulter uniquement de prises de conscience, si importantes soient-elles. Aussi pourrions-nous dire que lorsque le malade réussit à se conformer dans une juste mesure à la règle fondamentale, il nous apporte un matériel nécessaire la réalisation des prises de conscience et que lorsqu'il y échoue totalement ou partiellement, il y trouve lui-même (ou offre à son analyste) une possibilité différente de modifier son Moi par la destruction des défenses.

Une autre règle très importante, celle de l'*attention flottante*, concerne le thérapeute. Elle est parallèle à la règle fondamentale. Son application vise à placer l'analyste dans une position que l'on pourrait dire analogue à celle du patient soumis à la règle des libres associations.

Le thérapeute, à son tour, doit être capable de tout entendre sans accorder plus d'attention à ceci plutôt qu'à cela, et suspendre son esprit critique qui l'amènerait à s'intéresser plus spécialement à telle ou telle partie du discours du sujet. Il doit lui-même tout *enregistrer*, comme le patient doit tout exprimer. Il se propose par là, dans un premier temps opérationnel, de communiquer à la

fois avec l'inconscient du malade et avec le sien propre. Il doit pouvoir parvenir ainsi lui-même à « associer librement » sur le contexte fourni par le malade. Ce n'est que dans un deuxième temps que ce travail irrationnel sera conceptualisé, prendra une forme et une sens rationnels et entraînera, éventuellement, une intervention de sa part. Cette attitude du thérapeute qui se veut à la fois détaché et présent dans la situation analytique est d'une importance fondamentale. Elle est, certes, la plus difficile à saisir du dehors par celui qui n'en a pas lui-même fait l'expérience. Elle exige de la part du médecin une grande souplesse intérieure inconsciente, surtout à l'égard du patient et de la situation analytique, et suppose en premier lieu que l'inconscient du médecin est tel qu'il constitue son meilleur outil technique, son plus sûr auxiliaire.

Sur le plan conscient, elle aboutit à la deuxième règle que s'impose le thérapeute : celle de la *neutralité bienveillante*. Cette règle implique que l'analyste se doit d'éviter toute réponse affective vis-à-vis de son patient, et cela s'entend aussi bien de ce qu'il manifeste que de ce qu'il éprouve. Il doit rester neutre, se garder de tout jugement de valeur sur ce que le malade montre, de toute participation sentimentale au drame qu'il vit, de toute réaction personnelle en face de ce que le malade éprouve et manifeste à son endroit.

Poussée à l'extrême, cette règle aboutit à faire du psychanalyste, comme le voulait Freud, un *miroir* qui reflète purement et simplement les projections du malade. Cette attitude est nécessaire, indispensable même à certains moments de la cure, parfois même tout au long du traitement. Mais l'appliquer avec rigidité et sans distinction à toutes les phases de l'analyse et à tous les malades sans tenir compte de leur particularité pourrait être une erreur et compromettre la guérison, ainsi que nous le montrerons plus loin.

L'attitude de parfaite neutralité est certes indispensable au développement authentique du transfert. Elle représente la condition préalable à l'installation normale de la situation analytique, laquelle offre au malade la pleine liberté de vivre et de revivre ses propres mouvements affectifs avec un minimum de sollicitations venant du dehors.

Dans la relation analyste-patient, le vide volontairement créé par la neutralité et l'effacement du premier constituera le milieu le plus favorable aux résonances affectives de tout ce que le malade a vécu ou aurait souhaité vivre. Ainsi le drame refoulé sera vécu de nouveau, cette fois en pleine conscience, pour être sainement abandonné ensuite, du moins si la relation de transfert a été acceptée et utilisée par le sujet pour ressusciter un passé qu'il peut enfin regarder face à face et combattre.

Malheureusement, la relation de transfert n'est pas toujours acceptée, quelles qu'aient été les précautions prises par l'analyste. A plus forte raison ne pourra-t-elle l'être si l'analyste, en s'écartant de l'attitude de neutralité, a altéré la spontanéité et la pureté des mouvements transférentiels.

L'attitude de neutralité est destinée, entre autres buts, à maintenir le malade dans un climat de frustration techniquement dosé. C'est un des moyens dont nous disposons pour provoquer, afin de les analyser et de les redresser, les réactions aux frustrations traumatisantes anciennes, qui constituent le noyau le plus important de tant de conduites pathologiques.

On comprendra aisément que si le malade peut ou croit pouvoir trouver dans l'attitude du médecin des sources de satisfactions apparentes ou même réelles, le travail de l'analyse sera rendu impossible. Le malade s'accrochera à la situation analytique en développant une névrose de transfert qui risque de compromettre la cure ou de la rendre interminable. L'analyste sera ainsi intégré dans un mythe qui permet au malade de vivre mais de vivre en dehors du réel.

Cependant, il peut arriver aussi que le respect excessif de la règle de neutralité aboutisse au même résultat fâcheux : la neutralité trop rigide peut alors, non favoriser le mythe, mais ne s'y opposer en aucune manière, ce qui revient au même.

Pour que l'analyste puisse manier avec toute la souplesse requise la règle de neutralité — comme tant d'autres d'ailleurs —, il importe que ses propres réactions de contre-transfert le laissent parfaitement libre d'agir ou de ne pas agir dans le cours du traitement.

C'est également en fonction des réactions de contre-transfert

que l'on doit considérer une des dernières règles dont il sera question ici et qui, elle, s'applique aussi bien à l'analyste qu'à l'analysé. Il s'agit de l'interdiction d'entretenir toute espèce de relations entre analyste et analysé en dehors du traitement — interdiction dont le but est aussi de protéger les échanges entre analyste et patient contre tout apport extérieur à la situation analytique, parce que ceci entraînerait une altération des mécanismes transférentiels. Ces derniers ne seraient plus alors analysables et deviendraient irréductibles, cela au grand préjudice de l'évolution de la cure.

Mais là encore il est souhaitable d'éviter toute obéissance rigide et dogmatique à la règle établie. Lorsque la nécessité de « démythifier » l'analyste s'impose à un moment donné de la cure, une rencontre entre analyste et patient en dehors du traitement peut être utile. Elle peut être l'occasion d'une confrontation féconde entre le mythe et la réalité. Il n'est sans doute pas à recommander de provoquer délibérément de telles rencontres ou de les favoriser. Mais lorsque les circonstances s'y prêtent d'elles-mêmes, ce n'est pas toujours nuisible au progrès de la cure, loin de là.



Maintenant que les points cardinaux qui fixent l'horizon de la situation analytique ont été fixés, il nous faut montrer comment analyste et patient vont se mouvoir dans ce cadre ainsi délimité.

Sommairement les lignes de force de ces interractions peuvent se définir comme suit : rapidement et progressivement les besoins pulsionnels du patient s'orientent vers l'analyste. C'est de lui que le malade attend et réclame les satisfactions qu'il n'ose ou ne peut obtenir ailleurs. Toutes les forces que l'analyse dégage seront alors employées par le malade à atteindre ce but, sur un mode plutôt phantasmique que réel.

Le thérapeute s'efforcera constamment, avec tact et fermeté, de détourner de lui ces exigences et de rendre le patient capable de les satisfaire non plus de façon imaginaire mais réellement et dans la vie. Vue sous cet angle, l'analyse apparaît comme une lutte

entre malade et thérapeute, lutte au cours de laquelle l'analyste est inconsciemment considéré par le malade comme un adversaire.

Nous allons montrer comment cette action s'engage et les étapes qu'elle parcourt. Mais auparavant, il semble utile d'apporter quelques précisions sur l'aspect le plus apparent de l'action de l'analyste : ses interventions.

LES INTERVENTIONS

Nous avons montré au début de cet exposé que les effets thérapeutiques de la psychanalyse pouvaient être ramenés à deux sources : les prises de conscience et la réadaptation corrective des attitudes émotionnelles.

Sous l'influence de Freud, pendant longtemps (et pour certains psychanalystes il en est encore ainsi aujourd'hui) la psychanalyse ne devait rechercher les modifications nécessaires de la personnalité du malade qu'en procédant exclusivement par des prises de conscience successives lesquelles, à la longue et après liquidation de la névrose, permettaient un meilleur contrôle de l'inconscient par le Moi. Les prises de conscience, nous l'avons vu, s'obtiennent grâce aux interprétations données au patient tantôt sur le matériel qu'il apporte, tantôt sur ses conduites manifestées.

Nous pensons (avec d'autres, notamment F. Alexander) que cette action thérapeutique trouve un complément d'égale importance dans le fait que la situation psychanalytique offre au malade d'excellentes possibilités de corriger ses réactions émotionnelles, en les adaptant mieux aux conditions de la vie d'adulte. Dans cette deuxième démarche thérapeutique intervient surtout le mode d'échange relationnel qui s'établit entre analyste et patient. Les attitudes en profondeur de l'analyste, que les conduites du patient rencontrent inconsciemment, jouent un rôle essentiel dans cette expérience correctrice (ou déconditionnante). Le vécu de cette expérience contient en lui-même une valeur thérapeutique qui se trouve encore enrichie et renforcée du fait qu'elle est réalisée non seulement inconsciemment mais aussi *consciemment*, c'est-à-dire explicitée, actualisée.

On voit que dans cette deuxième démarche thérapeutique,

l'interprétation trouve aussi largement son emploi. Celle-ci apparaît donc comme le moyen d'intervention par excellence — sinon unique — de l'analyste. Nous verrons plus loin que d'autres moyens sont à la disposition du thérapeute pour obtenir la prise de conscience ; néanmoins, c'est l'interprétation qui reste l'intervention la plus employée. On s'attendrait de ce fait à la trouver décrite et abondamment étudiée dans la littérature psychanalytique. Or il n'en est rien. S'il est question continuellement (et pour cause) d'interprétation dans les écrits psychanalytiques, il y a peu de travaux qui lui soient spécialement consacrés.

C'est qu'ici (comme dans d'autres domaines de la psychanalyse) il est difficile de codifier la complexité de l'expérience dans un enseignement écrit, livresque. C'est au contact de l'inconscient du malade que le psychanalyste, muni de ses connaissances théoriques et techniques — et surtout rendu perméable et disponible par sa propre analyse — peut appréhender les mécanismes inconscients d'autrui et apprendre l'art de l'interprétation. Aussi l'analyste gardera-t-il toujours, quel que soit l'enseignement reçu, sa propre manière de l'exercer en vertu de ses dons, de son intuition, de son imagination, le tout étayé sur son expérience personnelle.

Donc ici encore, comme dans tout propos concernant la technique, la sagesse veut que l'on se contente d'en indiquer les grandes lignes directrices. C'est ce que nous nous contenterons de faire, d'autant que le caractère même de ce chapitre ne nous permet pas de nous attarder outre mesure sur des précisions purement techniques. Nous pouvons cependant poser quelques questions d'ordre général et tenter de leur donner une réponse.

D'abord que faut-il interpréter ? Et à quel moment de la séance ou de la cure ? Peut-on établir un ordre chronologique, quantitatif et qualitatif en cette matière ? Commençons par cette dernière question, à laquelle certains psychanalystes ont cru pouvoir répondre par l'affirmative.

Pour eux une codification systématique des interprétations serait non seulement possible mais souhaitable. Quant au reste, selon les uns il ne faudrait interpréter que les résistances, selon les autres les manifestations de transfert, d'autres enfin vou-

draient analyser avant tout le « caractère » et laisser de côté les symptômes.

Lorsqu'on considère toute la complexité des problèmes en cause, il n'est guère possible d'adopter leurs certitudes, si commodes soient-elles. Aussi les positions respectives des analystes en cette matière peuvent-elles schématiquement se départager selon deux tendances : l'une qui voudrait systématiser, rationaliser le travail de l'analyste ; l'autre, à l'extrême opposé, qui ferait de l'intuition personnelle le meilleur guide du thérapeute. Il semble pourtant que les deux attitudes, loin de s'opposer, devraient pouvoir se compléter dans un ensemble souple et nuancé, où l'intuition, l'expérience et la raison s'uniraient pour devenir pensée agissante.

L'intuition peut seule, par exemple, nous guider dans le « dosage » en profondeur des interprétations à donner. Ceci est d'ailleurs, peut-être, l'un des points les plus importants : choisir le juste niveau de l'interprétation à donner afin qu'elle porte — niveau qui ne doit être pour cela ni trop profond, ni trop superficiel.

Par ailleurs la théorie et aussi l'expérience nous enseignent que l'objectif principal de l'analyse étant le renforcement du Moi, l'essentiel des interventions devrait porter sur les résistances, afin de modifier les défenses affaiblissantes du Moi. Aussi sommes-nous tentés d'interpréter avant tout chaque résistance qui se manifeste et dès qu'elle se manifeste. Mais les résistances sont étroitement liées aux mouvements du transfert ; elles peuvent de plus s'appuyer sur des symptômes qui, à leur tour, vont parfois se confondre avec les traits caractériels ou les conduites. Une telle interdépendance, une telle intrication de facteurs apparemment différents nous obligent à les considérer en fonction les uns des autres à chaque moment.

Cependant, si l'interprétation devait porter simultanément sur ce faisceau d'éléments convergeants, elle aurait tendance à prendre la forme d'un véritable discours ou d'une conférence. Elle perdrait alors toute efficacité. L'analyste est donc tenu de limiter, de choisir le secteur où il fera porter son interprétation.

Ce choix est généralement dicté plus par son inconscient que par des raisonnements systématiques. Et nous revenons ainsi,

à notre point de départ : les critères fournis par l'intuition. Celle-ci n'est après tout, peut-être, que l'ensemble des démarches que nous avons énumérées, intégrées par l'inconscient. D'ailleurs l'analyste n'a matériellement pas le temps de s'attarder sur chaque interprétation à donner. C'est donc forcément l'intuition qui, en dernier ressort, mène le jeu.

Nous verrons tout à l'heure qu'une interprétation est d'autant plus efficace qu'elle est courte et qu'elle se réfère à ce que le malade vient d'éprouver ou de penser à l'instant même. Cela ne veut pas dire, bien entendu, que l'analyste ne réfléchisse jamais à ce qu'il entend ou à ce qu'il va dire à son malade. Mais ses réflexions, d'une manière générale, se font à d'autres moments, s'accumulent peut-être inconsciemment et se fondent dans des impressions d'ensemble, où les nuances du contre-transfert ont sans doute leur part.

Les impressions d'ensemble accumulées déterminent en grande partie, inconsciemment, et la teneur de l'interprétation et le moment où elle est donnée.

L'étude que nous allons faire maintenant du choix du matériel à interpréter par rapport au déroulement de la séance d'analyse va nous permettre de mieux éclairer cet aspect du problème. Faut-il, par exemple, interpréter au fur et à mesure tel ou tel groupe d'associations, ou attendre la fin de la séance et donner alors seulement une interprétation globale ? Certains psychanalystes sont partisans de cette seconde méthode. L'adopter de façon systématique pourrait cependant être une erreur. Il y a évidemment des séances qu'il est préférable d'interpréter vers leur fin ou même quand elles sont terminées, soit parce que le matériel en indique l'opportunité, soit parce que le psychanalyste sent que quelque chose d'important se prépare, soit enfin parce que telle phase de la psychanalyse exige que le malade soit le plus possible laissé à lui-même.

Il se peut aussi que d'autres indications appellent et justifient ce mode d'interprétation.

Mais l'adopter de manière absolue menace à mon avis de fausser le « climat » de la psychanalyse.

Des interprétations données en fin de séance et portant sur

tout le matériel fourni, entraînent à les formuler assez longuement et risquent comme nous l'avons dit de tourner au « discours ».

Le malade, décidé à écouter et à suivre ce long développement doit s'appliquer à le faire et par conséquent mobiliser son attention. Il me paraît superflu d'insister sur le fait que dans ces conditions la plus juste interprétation perdra de son efficacité car elle sera intellectualisée par le sujet. Celui-ci sera ainsi détourné de l'affect exprimé par ses associations, si tant est qu'en fin de séance il ne s'en soit pas déjà écarté de lui-même. Cette sorte d'intervention « à froid » ne peut être profitable que dans des conditions déterminées, par exemple quand une psychanalyse tire à sa fin.

Mieux vaut donc, dans l'ensemble, éviter le risque de voir le travail psychanalytique s'intellectualiser et permettre ainsi aux résistances de se renforcer. Il paraît préférable, pour les raisons ci-dessus indiquées, de renoncer en principe à cette méthode d'interprétation.

Par contre, intervenir en cours de séance semble souhaitable pour de multiples raisons. Tout d'abord, quand on donne des interprétations au moment où ce qui est dit adhère à l'affect sous-jacent, l'intervention est sentie plus que pensée par le patient, et de ce fait plus efficace parce que rencontrant moins de résistance immédiate. Si l'intervention même provoque des résistances — et il est difficile qu'il en soit autrement — celles-ci pourront être saisies sur le vif et attaquées sur-le-champ, avant qu'elles n'aient eu le temps de se consolider.

Donner des interprétations uniquement en fin de séance, c'est laisser au malade un ou plusieurs jours de « réflexion », c'est-à-dire, dans la plupart des cas, le temps de mobiliser des résistances.

Les interventions immédiates, fragmentaires, ont l'avantage, en outre, de pouvoir être formulées très brièvement.

Plus une interprétation sera courte, laconique même, plus elle aura de chance de porter, car le malade l'entendra sans être obligé de l'écouter. De plus, cette manière de procéder a l'avantage de laisser aux séances plus de souplesse, au psychanalyste plus de spontanéité. Elle permet ce « laisser-aller » nécessaire à l'attitude d'attention flottante, qui s'accommode mal de la préoccupation

de « préparer » des interprétations placées en fin de séance.

Les interventions en cours de séances présentent donc de grands avantages, mais ne sont pas non plus dépourvues de risques : celui d'interrompre un courant d'associations, par exemple, et de rester ensuite dans l'ignorance de ce qui aurait pu surgir sans cela — celui de faire inconsidérément dévier le cours d'un développement précieux — celui de rappeler inopportunément au patient la présence du thérapeute, présence que le malade, à certains moments de la psychanalyse, gagnerait à oublier — celui de renforcer peut-être des attitudes passives chez le patient.

Tous ces inconvénients sont réels, et il est bon de les connaître afin de tenter d'y échapper.

Mais ce qui rend surtout délicat le procédé des interventions immédiates, c'est le problème du choix des associations à interpréter. Où commence et où finit la série d'associations d'idées que nous jugeons opportun d'interpréter ? Ici plus qu'ailleurs l'action du psychanalyste devra résulter de cette rencontre du rationnel et de l'irrationnel, dont il est constamment le lieu géométrique.

Le choix de ce qu'il devra interpréter et du moment de son intervention sera dicté à la fois par ce qu'il perçoit inconsciemment et par ce qu'il observe consciemment chez son patient.

L'état de détente obtenu par l'attention flottante permet au psychanalyste de percevoir les mouvements qui se produisent dans l'inconscient du malade.

Cette perception, d'abord vague, confuse, inconsciente ou préconsciente, s'éclaire par degrés et devient consciente lorsqu'elle déclenche dans l'esprit du psychanalyste des associations ayant trait à l'histoire du patient. Jusque-là, seuls des processus inconscients avaient joué. Mais ce qu'il avait entendu sans y accrocher son attention, va tout à coup se représenter à son esprit et solliciter, cette fois, toute son attention consciente. Il va maintenant repenser les associations d'idées du malade et y retrouver en même temps des indices qui l'ont déjà frappé, des faits déjà observés, lesquels vont dessiner les contours de son interprétation, la préparer, la préciser, et enfin la délimiter.

Fixer les limites des associations que nous allons interpréter

n'est pas toujours facile. Il nous faut, d'abord, admettre comme récit homogène le contenu pourtant peu discursif d'une séance de psychanalyse.

Nous verrons alors se former, autour de certains affects dominants du patient, de véritables groupes d'associations. Certains indices nous signaleront chez lui l'approche d'un de ces « nœuds » importants : un changement dans le ton du récit, un lapsus, un silence qui interrompt le cours des associations, une tentative de fuite devant un thème poursuivi jusque-là, un geste qui souligne telle association, ou encore une manifestation émotionnelle qui trahit l'affect sous-jacent.

Les meilleurs indices, pour décider de la nécessité d'une intervention sont les associations chargées d'affects ou celles qui déclenchent des résistances. Souvent, d'ailleurs, elles remplissent l'une et l'autre condition à la fois.

Ceci dit, l'interprétation la plus judicieuse peut avoir des effets malencontreux si elle n'est pas administrée de manière appropriée.

Nous voulons dire par là que ce que le thérapeute comprend n'a pas à être toujours, ni tout de suite, ni entièrement communiqué au patient. Ici encore le savoir est impuissant si le savoir-faire et le tact ne l'accompagnent et ne lui confèrent une juste efficacité. Ce qui peut être montré à un malade au sixième mois de sa psychanalyse ne doit pas lui être dit dès la dixième séance, et gagnerait parfois à ne lui être communiqué qu'au bout d'un an.

Nous disions également, à propos des résistances, combien il est important de respecter un certain « dosage » dans la qualité des interprétations : ni trop en surface, ni trop en profondeur. Il faut qu'elles se situent à égale distance de ces deux extrêmes pour porter.

La connaissance du cas, la structure de la personnalité, la qualité du Moi, l'intensité des résistances, la sensibilité du sujet et ses dons psychologiques sont autant de facteurs qui détermineront la mesure d'une interprétation. Celle-ci devra cependant, avant toutes choses, tenir compte du degré de peur que le patient peut supporter. N'oublions pas, en effet, que les mécanismes de défense qui constituent la trame d'une névrose n'ont d'autre point de départ ni d'autre raison d'être que la peur. La destruction

de ces mécanismes de défense doit donc suivre exactement le renforcement progressif du Moi, sans quoi la peur que ces défenses recouvrent déclenchera de nouvelles résistances, ou des symptômes plus graves.

Nous n'avons pas encore parlé de l'interprétation des rêves, qui passe souvent pour être la pierre angulaire d'une psychanalyse bien menée, mais dépasse largement le cadre de ce chapitre. Il serait toutefois utile de faire ici quelques remarques sur ce sujet, du point de vue de la technique générale des interprétations.

L'interprétation des rêves constitue classiquement, en effet, une des pièces maîtresses de la technique psychanalytique. Sans doute l'analyse des rêves permet-elle au psychanalyste d'apprendre beaucoup sur l'inconscient de son malade, mais elle devient souvent pour lui, ainsi que pour le patient, une solution de facilité dont il faut se méfier. Certes il est bon d'analyser les rêves quand ils viennent et comme ils viennent, mais le fait de les solliciter peut être une erreur technique.

Pour peu que cette erreur soit commise, on voit d'ailleurs les malades se mettre à rêver abondamment et remplir les séances entières du récit de leurs rêves. Or, même si le thérapeute veut psychanalyser tous ces rêves, ce n'est pas toujours possible et la dynamique du traitement n'y gagne guère.

Un rêve, après tout, n'est jamais qu'un rêve : la réalité psychique qu'il renferme, même correctement analysée, gardera le sens d'une réalité au second degré, elle ne sera jamais sentie par le malade à l'égal d'une expérience directement vécue.

De plus, les résistances peuvent utiliser les rêves pour se dérober à une psychanalyse directe. On le voit bien lorsque certains malades qui rêvent beaucoup à leur grand soulagement (et souvent à celui de leur psychanalyste) arrivent un jour à leur séance sans apporter de rêves : ils n'ont alors plus rien à dire.

Parallèlement, il arrive souvent que le psychanalyste, embarrassé par les silences du malade, parce qu'il a du mal à les supporter, lui demande : « Vous n'avez pas de rêves à me raconter ? » Il croit sortir d'une impasse. En fait il entre dans une autre, où il se sera cette fois fourvoyé lui-même. Il semble aussi préférable de renoncer à la technique classiquement décrite qui veut que l'on

demande au patient de se livrer systématiquement à des associations d'idées sur chaque fragment de rêve. La spontanéité des associations qui pourraient conduire au contenu latent du rêve, ou tout au moins donner un matériel précieux, est ainsi étouffée, et l'on fait alors une psychanalyse qui se rapproche du procédé des mots inducteurs, plutôt qu'une véritable psychanalyse.

La meilleure utilisation thérapeutique du rêve se fait lorsque le souvenir de celui-ci surgit spontanément, de manière inattendue, au cours des associations d'idées et qu'on peut l'analyser à la lumière de ce qui l'a précédé et de ce qui l'a suivi comme n'importe quel « matériel ».

Le ton employé lorsqu'une interprétation est formulée doit correspondre à ce que l'on attend de l'attitude générale du psychanalyste : c'est-à-dire que ce ton doit être naturel, neutre et cependant nuancé de bienveillance. Un ton trop enjoué, ou au contraire sec ou dramatique, ou même marquant trop d'intérêt, risque de détourner l'attention du malade du contenu de l'interprétation pour la concentrer sur sa forme d'expression. Dès lors ce sera le propre affect du thérapeute qui l'intéressera, et l'effet espéré de l'interprétation sera perdu. En outre, les réactions de transfert se trouveront renforcées et rendues plus difficilement analysables, car elles auront un point de départ objectif, réel.

Il va de soi que l'interprétation ne sera jamais non plus formulée sur un ton péremptoire. On doit même, au contraire, se garder de lui conférer un caractère de certitude, d'autant que, cette certitude, le psychanalyste lui-même ne peut toujours l'avoir : et quand bien même l'aurait-il, il serait dans l'intérêt de la cure de laisser la liberté au patient de s'interroger sur le bien-fondé de ce qui lui est proposé.

Quant aux termes employés, ils doivent être, autant que possible, adaptés au niveau intellectuel du sujet, et ne doivent en aucun cas être des termes techniques. Les expressions employées par le psychanalyste gagnent à être directes, simples, et cependant nuancées.

Toutes ces précautions visent à réduire au minimum l'appel à l'activité intellectuelle du patient quand il reçoit une interprétation.

Nous disons « au minimum » car il est bien évident que rien de ce que nous communiquons aux malades ne peut atteindre les couches profondes du psychisme sans avoir d'abord été transmis par la pensée. Mais si la pensée, au lieu de se borner à transmettre, arrête ce qu'elle vient de recevoir et le livre d'emblée à une élaboration consciente, rationnelle, l'efficacité de l'interprétation est compromise et ne peut plus atteindre son objectif. Les meilleurs effets sont d'ailleurs obtenus lorsque l'interprétation va suffisamment vite et loin pour provoquer un certain choc et surprendre affectivement le patient.

Il faut cependant préciser que cette nécessité d'atteindre d'abord les couches psychiques profondes en provoquant certains chocs affectifs, ne s'applique qu'à un premier temps du travail psychanalytique. Il est évident que la pensée consciente du malade jouera, dans un deuxième temps, un rôle important, puisque c'est à elle qu'incombera le travail d'intégration des forces instinctuelles par le Moi.

Nous voyons combien le psychanalyste doit être prudent. Les précautions dont nous nous entourons généralement sont utiles, indispensables même, mais il ne faut pas croire qu'elles confèrent pour autant une efficacité immédiate et définitive à une interprétation donnée.

Ces indications données s'appliquent à toutes les interprétations, que celles-ci visent soit les résistances, soit leur contenu, c'est-à-dire aussi bien les mécanismes de défense du Moi que les pulsions de l'inconscient élémentaire.

Nous savons combien il importe d'interpréter d'abord les résistances. Mais il n'est pas toujours facile de faire cette distinction. Les mécanismes de défense (dont les résistances ne sont que les manifestations apparentes) ne peuvent être modifiés qu'à la longue, au fur et à mesure que le Moi devient plus fort et de ce fait capable de maîtriser la peur. C'est ce à quoi tend en définitive le travail dit d'élaboration (*Durcharbeit*).

Les résistances, provisoirement ou apparemment vaincues, se reforment à plus ou moins brève échéance pendant une grande partie du traitement.

C'est pourquoi il nous faut revenir constamment à la charge,

réinterpréter ce qui a déjà été maintes fois interprété, sans s'étonner et sans se lasser lorsqu'on constate que ce que l'on croyait solidement acquis un jour est à recommencer le lendemain. Le travail du psychanalyste se heurte à des forces tellement disproportionnées aux moyens dont il dispose!

C'est le petit sillon du laboureur à la surface de l'immense profondeur de la terre. Il faut le creuser, le recreuser encore et encore, inlassablement.

Tout le travail de l'interprétation consiste en une lente usure des mécanismes de défense, usure qui est peut-être le facteur le plus efficace dans le travail dit d'élaboration.

Cependant, elle s'accompagne d'effets secondaires (ou plutôt de « bénéfiques secondaires » pour le sujet) qui ne sont pas sans importance. C'est ainsi, par exemple, que l'interprétation représente souvent tout ce que le patient peut obtenir du thérapeute, et cet aspect de la question prend, dans certaines situations, une importance de premier ordre lorsque des fixations orales particulièrement intenses entrent en jeu.

Il peut même arriver que le patient n'attache aucun intérêt au sens d'une interprétation donnée, cet intérêt étant uniquement fixé sur le fait que le psychanalyste lui parle, donc lui donne quelque chose de lui-même.

Même sans aller si loin, l'investissement affectif de l'interprétation en tant que « chose » reçue peut agir soit dans le sens positif soit dans le sens négatif : selon les besoins momentanés du patient, il l'incline en effet à l'acceptation ou au rejet de l'intervention.

Il est utile de reconnaître ces effets parallèles de l'interprétation afin de les manier en connaissance de cause, avec la même prudence et la même mesure que les effets de prise de conscience.

Le « dosage », ici aussi, sera tout différent selon les phases de la psychanalyse. Il peut même être indiqué parfois d'employer l'interprétation dans le but de provoquer ces effets, de l'utiliser délibérément pour atténuer l'état de frustration où se trouve le patient, s'il s'avère qu'autrement ce dernier ne pourrait plus le supporter longtemps.

Dans cette même période du début, les interprétations peuvent

également servir à montrer au malade en quoi consiste et comment se poursuit le travail d'une psychanalyse.

Il est bon d'apprendre au malade « son métier de psychanalyste » afin de l'amener progressivement à interpréter lui-même ses réactions.

Si l'interprétation, comme nous l'avons vu, représente classiquement le seul moyen d'action que le psychanalyste ait en son pouvoir pour réaliser les prises de conscience successives qui sont le fondement même d'une psychanalyse, il existe cependant d'autres moyens, d'autres formes d'interventions susceptibles de provoquer ces prises de conscience.

Malheureusement, ces autres interventions sont encore plus difficiles à codifier que les interprétations. Elles peuvent avoir pourtant, quand elles sont faites à bon escient, une grande importance.

Poser une question à brûle-pourpoint, par exemple, interrompre le fil des associations en soulignant un mot ou une expression employés par le sujet ; lui rappeler une version différente qu'il a déjà donnée d'un même récit ou d'un même événement, lui répéter une phrase qu'il a dite, autant d'interventions qui sont souvent susceptibles de saisir, d'étonner le patient, de provoquer en lui certains « déclics » nouveaux. Il peut être ainsi amené à faire des rapprochements, des confrontations aboutissant à des prises de conscience plus rapides que celles provoquées par une interprétation classiquement formulée, surtout lorsqu'il s'agit d'un patient déjà familiarisé avec les processus inconscients, ou qu'au contraire on a affaire à un patient aux tendances fâcheusement rationalisatrices.

L'ÉVOLUTION DE LA CURE

Si l'on considère l'évolution d'une psychanalyse dans son ensemble, on peut grouper les différents mouvements qui la caractérisent en trois phases successives :

- celle du début, ou d'installation de la situation psychanalytique ;
- celle de la névrose de transfert ;
- celle qui marque la fin de la cure.

Cette division correspond à une nécessité didactique de simplification.

En fait les lignes de forces qui sous-tendent ces phases s'entremêlent et débordent par moments les unes sur les autres. Nous pouvons cependant voir dans ce qui caractérise plus spécialement chacune d'elles les étapes principales qui mènent à la guérison.

Sauf en cas de difficultés sérieuses, dues à des résistances se manifestant d'emblée avec une force particulière (mais nous n'aborderons pas ici de tels cas, qui soulèvent trop de problèmes purement techniques) la phase de début est généralement presque une « lune de miel ».

Le malade trouve pour commencer dans les conditions mêmes du traitement des satisfactions narcissiques, exhibitionnistes et surtout masochiques rien qu'en étalant avec complaisance ses symptômes et leur histoire.

L'attitude de neutralité bienveillante de l'analyste, qui n'intervient pas ou peu pendant cette phase, est éprouvée comme essentiellement permissive par le malade. Cela suffit déjà pour que le Surmoi du patient bénéficie d'un certain assouplissement. Il s'ensuit que les symptômes s'améliorent et peuvent même disparaître : le malade n'en parle plus en tout cas, ou à peine.

Un autre effet, plus important encore, du climat neutre que l'analyste crée autour du patient et que celui-ci pendant cette première phase ressent surtout comme bienveillant (il n'en sera pas toujours ainsi) c'est que la peur latente, inconsciente, noyau de toute névrose, diminue, et tend à se calmer. Le Moi se montrera, de ce fait, plus ouvert à l'appel des pulsions. Mais c'est précisément en raison de cette libération — toute provisoire parce que superficielle — des besoins instinctuels que la situation va se modifier. Les besoins jusqu'ici refoulés et recouverts par les symptômes vont maintenant pousser le sujet à vouloir les satisfaire, et c'est du psychanalyste, devenu son principal objet d'intérêt, que le malade attendra désormais des satisfactions sur tous les plans. Il aura ainsi transféré dans la situation analytique ses réactions d'enfant qui dépend, pour tout ce qu'il désire, de ses parents.

Mais il sera vite déçu et à la « lune de miel » succédera une phase pénible de mécontentement croissant.

Les exigences anciennes transférées sur l'analyste rencontreront deux sortes d'obstacles : les uns viendront du sujet lui-même, qui n'a pas encore été véritablement libéré de ses inhibitions par un travail en profondeur et qui, par conséquent, n'est pas encore prêt à accueillir réellement les satisfactions auxquelles il aspire, même si elles lui étaient offertes. Sa guérison du début n'était que toute provisoire et due uniquement à des facteurs extérieurs.

Quant aux autres obstacles, il les trouvera dans la situation analytique qui est frustrante par elle-même. Le psychanalyste, en se maintenant dans l'attitude qui lui est dictée par les règles techniques, est une source d'insatisfaction réelle, objective. Le malade vivra dès lors dans un état permanent de frustration qui se répercutera désormais sur les réactions du transfert. De ce fait, celles-ci deviendront essentiellement ambivalentes.

C'est alors que l'analyste doit veiller à ce que la situation ne soit pas débordée par des mouvements hostiles trop intenses de la part du malade. Il doit éviter toute démarche (et surtout toute tendance profonde que le malade ne tarderait pas à percevoir inconsciemment) qui voudrait soit retenir soit rejeter le malade. L'une comme l'autre de ces tendances risquerait de déclencher chez le malade des réactions de défense sur un mode agressif, qui pourraient ainsi l'amener à abandonner le traitement.

Si cet écueil a pu être évité, la relation que le malade établira dorénavant avec son analyste se renforcera de plus en plus mais gardera une base ambivalente. Elle se développera, s'épanouira progressivement jusqu'à emplir complètement le cadre de la situation analytique. Elle débordera même ce cadre pour devenir, consciemment ou inconsciemment, le centre même de la vie du sujet. La névrose pour laquelle il était venu se faire traiter s'estompe, peut même disparaître et à sa place s'installe la névrose dite de transfert. « La nouvelle maladie remplace l'ancienne » (Freud).

Qu'est-ce à dire, sinon que les conditions dans lesquelles le malade se trouve placé en analyse développent chez lui un ensemble de réactions qui reproduisent, avec une frappante analogie, la névrose infantile ? La névrose d'adulte n'étant que l'expression plus ou moins adaptée et transposée de la névrose infantile, on

ramène ainsi le sujet à reproduire et à revivre sur le terrain du transfert les situations qui furent à l'origine des perturbations subies par sa personnalité, au cours de son développement, et qui avaient abouti à sa maladie.

La forme et l'évolution des liens que le sujet établira avec son analyste (autrement dit l'évolution de la névrose de transfert) reproduiront le cycle qui avait enchaîné le sujet à sa névrose : besoins insatisfaits, frustration, agressivité, peur, masochisme, enfin satisfactions partielles et substitutives par les symptômes.

L'analyse de ces mêmes mouvements dans le transfert, leur rapprochement, chaque fois qu'il est possible avec les conduites habituelles du sujet dans la vie, ainsi qu'avec les situations par lui vécues dans l'enfance, aboutissent à des prises de conscience libératrices qui fortifieront le Moi de par leur seule répétition. Ces prises de conscience successives, dues à l'analyse du matériel « historique » apporté par le sujet, débloquent progressivement une énergie psychique jusque-là coincée par les refoulements divers et absorbée en grande partie par les mécanismes de défense ou les symptômes.

De plus, les manifestations verbales — explicitées, donc rendues conscientes — d'agressivité vis-à-vis de l'analyste, qui apparaissent au fur et à mesure que la peur diminue et disparaît chez le malade, renforcent également le Moi. D'abord parce que tout ce que le sujet exprime d'agressivité diminue d'autant l'agressivité qu'il retourne généralement contre lui-même sous forme de masochisme. Les conduites d'échec, auto-punitives, la passivité, le besoin de souffrir qui accaparaient jusqu'ici ce potentiel énergétique fait d'agressivité infléchie, feront place peu à peu à des comportements positifs, constructifs, à une dépense d'activité dirigée maintenant vers ce qui peut satisfaire, enrichir et fortifier la personnalité.

Ainsi par un processus exactement inverse de celui qui progressivement avait affaibli le Moi dans son évolution, celui-ci trouvera désormais de nombreuses possibilités de se fortifier davantage : plus il se sentira fort, plus il se fortifiera. Toute l'énergie de pulsions agressives autrefois arrêtées par la peur, et retournées contre lui-même par crainte et culpabilité, sera maintenant

progressivement intégrée par le Moi et deviendra pour celui-ci une source de force, alors qu'elle se dégradait auparavant en faiblesse et ne produisait qu'appauvrissement.

Il n'est pas interdit de penser que cette évolution s'appuie sur une base biologique constituée par deux sortes de processus neuro-physiologiques : le déconditionnement des conduites névrotiques et les multiples réactions neuro-végétatives et endocriniennes dont on peut percevoir certains signes extérieurs lorsque les séances psychanalytiques ont un contenu émotionnel intense (rougeurs, pâleurs, tremblements, etc.). Ce ne sont là évidemment qu'hypothèses. Mais elles expliqueraient le fait d'expérience selon lequel seuls les traitements psychanalytiques où le malade réagit intensément sur le plan affectif et émotionnel réussissent, alors que les analyses les plus riches en « matériel » et les plus subtilement menées, si elles ne sont pas vécues affectivement, n'apportent aucune modification véritable de la personnalité du sujet.

Quel que soit le bien-fondé de ces hypothèses, nous sommes amenés à constater, au terme de l'évolution de la névrose de transfert, telle qu'elle vient d'être décrite, des modifications notables du Moi qui peuvent globalement être considérées comme les signes d'une maturation qui lui faisait défaut auparavant. Alors les forces d'amour, jusque-là inhibées, vont se faire jour elles aussi et chercher à s'épanouir librement.

Le Moi, devenu adulte, sera capable d'abandonner les satisfactions phantasmiques et infantiles que la névrose de transfert semblait lui apporter. Il s'acheminera enfin vers la liquidation de celle-ci, et, parallèlement, renoncera aux satisfactions infantiles et transposées que la névrose tout court lui procurait avant le traitement.

Au lieu de cela, il recherchera, avec des forces nouvelles employées à des conduites adaptées, certains accomplissements réels dont toute vie d'adulte offre la possibilité. Le sujet entre alors dans la dernière phase de son analyse, celle de la terminaison de la cure.

Elle s'annonce d'abord par une diminution progressive de l'intérêt du patient pour l'analyse et l'analyste. Parallèlement à ce désintéressement — qui cette fois n'est pas le signe d'une

résistance, bien au contraire — le sujet s'oriente vers d'autres intérêts, et de nouveaux investissements s'ébauchent : travail, étude, carrière, foyer, enfants, amour partagé. En bref, par la liquidation de la névrose de transfert nous obtenons la liquidation de l'ancienne névrose.

Le malade est alors virtuellement guéri. Mais l'évolution de la névrose de transfert ne suit malheureusement pas toujours ce tracé idéal. Il arrive qu'elle devienne, au contraire, la principale source de difficultés dans la poursuite de la cure, une complication grave pouvant même la compromettre. Elle est en tout cas responsable pour une bonne part de la trop longue durée de beaucoup d'analyses.

L'étude de la névrose de transfert met en évidence l'importance majeure de la relation analyste-patient, et partant non seulement le rôle du transfert opéré par le malade, mais aussi celui du contre-transfert, émanant du thérapeute.

Toutefois, elle est essentiellement caractérisée par l'ampleur excessive des réactions de transfert, et surtout par l'impossibilité où se trouve alors le malade de prendre le moindre recul, d'établir le minimum de distance entre la situation analytique et lui-même.

L'analogie entre la situation anciennement vécue dans l'enfance et la situation analytique — analogie toujours soulignée dans les interprétations — cette *répétition* toute subjective qui s'opère dans le transfert et que l'analyste ne manque pas de mettre en lumière, n'ont plus de sens pour le malade. L'analyse est devenue une fin en soi, elle n'est plus un moyen qui doit le mener à la guérison.

Parfois on observe cette évolution fâcheuse lorsque le cas traité ne correspond pas à une bonne indication de l'analyse, en raison de la structure même de la névrose (1).

Mais plus souvent il nous faut chercher ailleurs les causes de cette forme de névrose particulière de transfert, qui, ne se laissant pas réduire, devient une résistance massive, globale, et s'oppose à la destruction de la névrose infantile. On se trouve alors

¹ (1) Voir à ce sujet le chapitre « Indications et contre-indications de la psychanalyse ».

devant une analyse qui s'annonce interminable. Les causes de cette complication semblent devoir être cherchées (tout au moins dans ce que celle-ci a de tenace, d'irréductible) dans une perturbation prolongée des relations transférentielles et contre-transférentielles. Ce sont les échanges conscients et surtout inconscients établis entre patient et thérapeute qui font naître puis nourrissent la névrose de transfert grave.

Lorsqu'une névrose de transfert prend cette tournure, c'est que les tendances qui se manifestent à travers le transfert trouvent à se satisfaire dans la situation psychanalytique, et cela même si les règles techniques classiques ont été respectées. Les choses ne peuvent, bien entendu, qu'être aggravées lorsque le contre-transfert dicte au thérapeute des attitudes inconscientes qui constituent pour le malade des possibilités de satisfaction névrotique directe. Que ces attitudes soient inspirées par des sentiments positifs ou négatifs, elles auront le même fâcheux effet que le malade du moment qu'il peut y trouver matière à satisfaction névrotique.

Nous en voyons un exemple des plus courants lorsque certaines tendances agressives conscientes (et surtout inconscientes) de l'analyste sont exprimées malgré lui dans le ton qu'il emploie par exemple, ou le contenu même des interprétations qu'il donne, ou encore le moment choisi pour les donner. Ceci provoque toujours chez le malade un renforcement de son attitude sado-masochiste, à la fois vengeresse et protectrice à l'égard du thérapeute. C'est alors que ce qui, sans cela, serait resté à l'état de projection transférentielle phantasmatique devient réalité tangible pour le malade.

Nous avons choisi cet exemple particulier parce que la relation sado-masochique, ainsi entretenue de part et d'autre, constitue un terrain d'élection pour les analyses dites interminables. L'attitude de neutralité bienveillante a justement pour but de préserver en général l'analyse de cette complication.

Cependant il peut arriver que cette même neutralité qui a été longtemps bénéfique vienne à son tour aggraver la névrose de transfert, si elle est maintenue à tout prix avec rigidité, surtout lorsqu'on se trouve en présence de certaines formes particulières de névroses.

Le maintien rigide, indifférencié de la neutralité, même bienveillante, sans que l'on tienne compte du moment de l'analyse ni du type de malade traité, risque de devenir une sorte de routine où le thérapeute se sent, lui, en sécurité, mais où le malade puise de quoi alimenter sa névrose de transfert et l'ancrer dans une forme grave.

Ainsi, par exemple, continuer au delà d'un certain stade de l'analyse à interpréter inlassablement, de la même manière neutre qui devient alors stéréotypée, les tendances libidinales et agressives du malade en fonction de l'analyste, cesse d'être pour le sujet l'occasion de prises de conscience bénéfiques. Par contre il peut trouver là de quoi maintenir les mouvements des pulsions en question dans un cadre où seules des satisfactions infantiles ou phantasmiques sont possibles.

En outre, si cette neutralité a été pour le malade une sorte de havre paisible dont il avait besoin, ce n'était là qu'une halte provisoire sur le long chemin qu'il doit parcourir. Il ne faut pas qu'il s'y attarde outre mesure, de crainte qu'il ne veuille plus en repartir pour aborder le réel. Cette neutralité de l'analyste est d'abord ressentie par le malade comme une protection, mais il est à craindre qu'il ne s'y enlise à la longue. L'analyste risque alors de devenir pour le malade un objet de satisfactions régressives.

Certaines d'entre elles (les satisfactions sado-masochistes par exemple) sont les plus préjudiciables parce que les plus chargées de forces pulsionnelles et les plus dynamiques.

L'attitude de neutralité aveuglément maintenue au delà du nécessaire peut offrir au malade, notamment, une possibilité constamment renouvelée de satisfaire son sadisme par des manifestations d'agressivité indéfiniment répétées que l'analyste assume.

Ces manifestations, dans ce qu'elles ont d'ailleurs généralement de dégradé, de mineur, ne laissent s'extérioriser qu'une part infime d'agressivité, juste « pour le plaisir », par leur érotisation. Il ne saurait en résulter pour le malade de véritable libération, encore moins un authentique renforcement du Moi, bien au contraire.

Les choses peuvent même aller plus loin et ancrer encore davantage le malade dans sa névrose de transfert, si derrière la

neutralité du thérapeute le sujet pressent une peur, ou un certain masochisme.

A l'opposé — et c'est la situation la plus fréquente et la plus grave — la neutralité peut être éprouvée par le malade comme de l'indifférence hostile, voire même de l'agressivité nette. On constate alors une exacerbation des tendances masochiques du malade qui trouvent dans cette situation une ample pâture.

Le masochisme du malade se trouve forcément renforcé par les réactions d'agressivité infléchie provoquées par l'ambiance frustrante de l'analyse. On voit alors le malade vivre de plus en plus douloureusement (mais avec une complaisance dangereuse) le rôle de victime, sous les yeux de l'analyste qui devient malgré lui une sorte de tyran bien-aimé.

Pour peu qu'une pointe de sadisme inconscient chez l'analyste s'en mêle (sadisme constamment sollicité et provoqué ici par le comportement du malade) tous deux se trouveront bientôt liés par une relation à base sado-masochique, recouverte par la névrose de transfert.

Ce sont là les raisons pour lesquelles nous soutenons que l'attitude classique de neutralité, indispensable par certains côtés pour mener à bien le traitement, peut devenir cependant un obstacle à la poursuite satisfaisante de celui-ci dans la mesure où cette neutralité est susceptible d'aggraver la névrose de transfert ou d'en empêcher la liquidation.

C'est pourquoi lorsqu'une bonne part du travail qui incombe à l'analyse a été fait (usure des résistances et des défenses, neutralisation et élimination des mécanismes de régression, accentuation des efforts d'élaboration) si l'on ne voit pas apparaître le moment où le malade se détache de l'analyste, parallèlement à une orientation vers des investissements nouveaux et sains le menant vers la vie réelle, hors du cercle fermé de l'analyse, c'est que l'attitude de l'analyste n'est ou n'a probablement pas été ce qu'elle aurait dû être.

Il arrive au cours de certains traitements que l'analyste perçoive intuitivement chez son malade que ce qui jusque-là n'était que guérison virtuelle tend à devenir guérison réelle. Mais le sujet hésite encore à abandonner complètement un monde infan-

tile et phantasmique pour se lancer dans une vie où il doit affronter la réalité en adulte.

C'est l'instant peut-être décisif pour l'avenir du traitement, instant que le médecin doit saisir au vol. S'il persévère encore et toujours à ne donner que des interprétations et à jouer le rôle de « miroir » il risque de maintenir le sujet hors du contact avec la réalité vivante à laquelle le traitement se doit de le conduire. C'est pourquoi un changement dans l'attitude du thérapeute s'impose ici.

A l'effacement, à la nécessaire et classique neutralité doit succéder maintenant l'attitude affirmée d'une présence (1) qui sera l'élément de cristallisation favorisant la transformation qualitative des forces instinctuelles libérées et leur réemploi.

C'est cette attitude différente, par laquelle le psychanalyste pose sa propre réalité, qui peut aider le sujet à renoncer aux investissements phantasmiques et lui faciliter l'accès à des intérêts et à des réalisations authentiques, nécessaires à une personnalité adulte. Le temps est maintenant venu d'inciter le sujet à agir ce qu'il sait, à utiliser ce qu'il a appris dans l'analyse. Le thérapeute mettra l'accent, de plus en plus, sur le comportement actuel, réel du patient, maintiendra son attention et son intérêt fixés sur la façon dont il réemploie ou non les forces saines libérées par le traitement.

A ce moment critique de la cure l'analyste doit cesser d'être cette surface lisse sur laquelle le sujet projette un monde dominé par l'imaginaire, où il ne trouve que le reflet de ses propres phantasmes. Pour que le sujet renonce à ce monde mythique, l'analyste lui-même doit s'en écarter, et ne plus se contenter d'être le réceptacle anonyme de tout ce que le patient fait converger vers lui.

Bref il faut que maintenant l'analyste « sonne plein », en quelque sorte, et qu'il se pose dans toute sa réalité humaine.

Son attitude doit être telle qu'elle fasse refluer d'eux-mêmes les phantasmes que le patient serait encore tenté de projeter sur

(1) S. NACHT, *Transfert et contre-transfert, De la pratique à la théorie psychanalytique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950.

lui : en somme il se désolidarise du monde phantasmique où le malade s'est jusque-là attardé, il se refuse désormais à en faire partie, et c'est ce qui doit se dégager de toute sa façon d'être.

Cette nouvelle attitude aidera le sujet à accomplir tout un travail de « démythification » en ce qui concerne non seulement la personnalité du psychanalyste, mais à travers elle, tout un monde relationnel particulier. L'analyste avait jusqu'ici veillé au maintien des liens qui s'étaient établis entre lui et son patient : il importe désormais que cette relation se replace progressivement dans un cadre de relations normales d'adulte à adulte.

Freud ne voyait pas la nécessité de faire parachever le travail de l'analyse par une phase de synthèse, car, pensait-il, les forces libérées par l'analyse ont spontanément tendance à se regrouper harmonieusement dans une unité (1).

Il en est certainement ainsi dans la plupart des traitements qui se déroulent sans complications selon la courbe classique. Mais, lorsque la névrose de transfert prend une tournure telle qu'elle s'oppose à une possible guérison, il semble que l'attitude de « présence » que nous venons de décrire puisse activer cette nécessaire refonte des pulsions en une unité harmonieuse.

Est-il nécessaire d'ajouter ici qu'il est une attitude profonde de l'analyste au moins aussi nécessaire au succès de l'analyse que les quelques attitudes fondamentales prescrites par les techniques habituelles : nous voulons parler de cet authentique intérêt pour le malade dont le fondement est amour et respect de la personne humaine. Si cet amour existe, le malade le percevra comme bonté, ce dont il a autant besoin que de l'air qu'il respire. Pour certains malades surtout (chez lesquels des frustrations traumatisantes précoces ont créé des structures proches, par moments, de psychoses) cette bonté authentique est indispensable pour les aider à parcourir le chemin qui doit les mener à la guérison.

L'intensité du besoin de « réparation » est telle chez eux que

(1) Communication faite au VI^e Congrès psychanalytique à Budapest en 1918 et que l'on trouve traduite dans : *La technique psychanalytique*, 1954, Presses Universitaires de France.

rien ne peut être fait s'ils ne se sentent pas aimés par l'analyste. C'est à cette seule condition que leurs défenses cèdent et permettent un travail de reconstruction de leur personnalité.

Il ne s'agit pas bien entendu pour l'analyste d'extérioriser quoi que ce soit en bonnes paroles ou en manifestations d'affection qui ne pourraient qu'être nuisibles en l'occurrence. Nous insistons sur le fait qu'il ne s'agit que d'une attitude *profonde* qui colore toute la manière d'être de l'analyste et qui, lorsqu'elle est ressentie par le malade, fait de lui, à son tour, un « bon objet ». Pour ce type particulier de malades, c'est la seule condition susceptible de les amener à cesser de se détruire eux-mêmes et à tout détruire autour d'eux. Car ils ont un besoin tenaillant que rien d'autre ne peut assouvir, et auquel ils ne peuvent renoncer à aucun prix : celui d'une bonté inépuisable, indéfectible, toute et toujours orientée vers eux quoi qu'il arrive et quoi qu'ils fassent.

C'est pour eux le seul « don réparateur » possible pour le préjudice subi au cours de relations pré-œdipiennes qui ont été pour eux particulièrement dévastatrices.

Et qui d'autre, hormis l'analyste, pourrait le leur offrir en tant qu'image maternelle ? On peut nous objecter ici que l'attitude de l'analyste s'emploie alors à satisfaire les mêmes besoins infantiles qui animent la névrose de transfert et s'en étonner à juste titre. Mais n'oublions pas que cette attitude est ici délibérément adoptée par l'analyste, en connaissance de cause et à bon escient, et non pas inconsciente et agissant à son insu.

En outre, elle ne s'adresse qu'à une catégorie bien définie de malades et seulement après qu'un long travail préparatoire a été accompli, faute de quoi elle serait d'ailleurs inopérante et même nuisible. C'est pourquoi elle ne saurait être couramment conseillée, à moins qu'une technique très sûre ne l'encadre et qu'elle ne corresponde à une situation contre-transférentielle parfaitement saine.

Si nous avons insisté sur ce que devrait être l'attitude profonde de l'analyste, sans pouvoir malheureusement épuiser ici la question, c'est que celle-ci domine (et peut-être de loin) les problèmes de technique précise et codifiée, voire même certains concepts théoriques sur la guérison par la psychanalyse. Disons

seulement en passant qu'il semble qu'une part très précieuse et ténue du psychisme du sujet ne soit pas accessible aux interventions classiques, parce que placée à un niveau où ce qui n'est pas formulable est d'autant plus agissant : c'est cette partie, la plus sensible peut-être chez l'individu, qui est constamment sollicitée et exclusivement influencée par l'attitude profonde de l'analyste.

LA FIN DE L'ANALYSE

Lorsque l'on a réussi à liquider la névrose de transfert, le patient entre dans la dernière phase de la cure. Il n'a plus que l'étape finale à franchir : il est déjà pratiquement apte à quitter le traitement.

Nous verrons plus loin quels sont les différents critères de guérison. Mettons pour le moment l'accent sur le fait capital qui marque cette ultime période : le sujet est devenu capable de se séparer de son thérapeute, et de se passer de lui. Dès lors peu de problèmes se posent et ils sont résolus facilement.

Le patient peut parfois, et c'est le cas idéal, prendre lui-même l'initiative de ne plus continuer ses visites. En raison des progrès accomplis il estime ne plus avoir besoin de se faire traiter et il l'annonce à son analyste. Si les impressions du malade se trouvent être identiques à celles du médecin, celui-ci n'a plus qu'à donner son accord.

Il peut lui-même fixer la date de la dernière séance ou en laisser le soin au patient. Il est bon cependant qu'un certain laps de temps soit laissé entre le moment où l'on envisage la terminaison et celui où l'on mettra le point final. Certaines réactions tardives de « sevrage » peuvent se produire entre temps et leur analyse est utile parfois pour rendre encore plus sûres les conditions de la séparation. Mais si le sujet préfère rompre le contact sans délai, il va de soi qu'il n'y a pas lieu de s'opposer à sa hâte d'émancipation.

Quand ce n'est pas l'analysé qui prend l'initiative d'en terminer avec l'analyse, c'est au thérapeute de le faire s'il estime que le moment en est venu. Dans un cas comme dans l'autre, analyste et analysé tombent facilement d'accord pour se séparer lorsque

le travail de l'analyse a été effectivement mené à bonne fin.

Mais il arrive aussi que soit le médecin, soit le patient hésite et ne puisse se décider à arrêter le traitement. C'est pourquoi nous jugeons utile de donner ici quelques critères objectifs de guérison par la psychanalyse. C'est sur eux que l'analyste doit se fonder pour déterminer sa décision, ou du moins son opinion.

Fixer les critères de guérison en une matière aussi complexe et fluide que l'état de santé psychique pose des problèmes difficiles à trancher. Nous ne pouvons malheureusement nous y attarder ici. Ils ont été dernièrement discutés à la Société psychanalytique de Paris dans un colloque dont on trouvera le compte rendu dans la *Revue française de Psychanalyse* (1). Nous rappellerons cependant les éléments essentiels qui nous permettent de juger du niveau de santé atteint par le sujet.

Disons tout de suite que la disparition des symptômes ne constitue pas à elle seule une preuve de guérison. Il n'est pas nécessaire de préciser ici comment les symptômes peuvent s'améliorer, s'aggraver, disparaître ou réapparaître pour des raisons purement épisodiques et fonctionnelles.

Leur évolution nous fournit certaines indications mais ne nous renseigne en rien sur les modifications profondes de la personnalité, modifications qui nous autorisent seules à considérer la guérison comme proche ou déjà accomplie.

Dans l'ensemble ces modifications se traduisent d'une part par la possibilité de réalisation d'un accord avec soi-même et d'autre part par une saine résistance aux réactions inappropriées dues aux frustrations inévitables, inhérentes à l'existence même. Ces deux conditions permettent de vivre en paix avec soi-même et avec les autres.

Elles témoignent que les trois objectifs que la théorie psychanalytique de la guérison se propose d'atteindre l'ont été effectivement : assouplissement du Surmoi, renforcement du Moi, intégration des forces pulsionnelles par le Moi dans l'extrême mesure du possible.

(1) *Revue française de Psychanalyse*, 1954, n° 3.

Nous vous soumettons ici une série de critères jadis désignés par J. Rickman comme valables et qui le sont toujours :

- a) Levée de l'amnésie infantile, permettant une communication aisée entre le passé et le présent quant aux éléments du complexe d'Œdipe ;
- b) Capacité de satisfaction génitale hétérosexuelle ;
- c) Capacité de supporter les frustrations libidinales sans défense régressive et sans anxiété ;
- d) Capacité de travailler et, de même, capacité de supporter les loisirs ;
- e) Capacité de supporter les pulsions agressives envers soi ou envers autrui sans culpabilité et sans que cela entraîne la perte de l'objet d'amour ;
- f) Capacité de supporter le deuil.

Rickman insiste très justement sur deux points particuliers. Le premier, d'une importance primordiale évidemment, concerne l'irréversibilité des facteurs acquis en psychanalyse, même une fois celle-ci terminée.

Le deuxième, c'est que ces différents facteurs, qui sont susceptibles de varier quantitativement, ne doivent donc pas mener à l'édification d'une image à la fois idéale et rigide de la personnalité, mais se combiner spécifiquement selon chaque cas particulier.

Si l'on ajoute à cette énumération l'acquisition par le sujet, à la place de la rigidité compulsive de jadis, d'une souplesse à adapter ses conduites en fonction des données du présent et non du passé, la liste des critères retenus par Rickman nous semble faire assez complètement le tour de la question.

Ajoutons encore ceci : cet ensemble de conditions n'est vraiment réalisable que lorsque le sujet a été libéré au maximum possible de la peur : peur de soi, peur des autres, peur de la réalité intérieure, peur de la réalité extérieure (dans la mesure où la première entraîne la seconde).

Si ce résultat a été obtenu, nous constatons que le sujet se meut avec aisance et sécurité là où jadis il était inhibé parce que dominé par la crainte inconsciente.

Il semble donc que ce qui nous autorise à considérer une

psychanalyse comme terminée, c'est la constatation répétée que le patient a acquis la capacité de satisfaire en toute liberté intérieure, sans crainte ni contrainte compulsive, ses besoins instinctuels et ceci d'une manière adaptée à ses propres possibilités constitutionnelles, et au milieu social, familial, culturel où il vit.

En bref, il faut qu'il soit devenu apte à tenir compte d'une part de ses besoins instinctuels et d'autre part de la réalité objective dans son ensemble, ce qui se traduit principalement par la capacité d'établir et de maintenir des relations objectales stables.

Parallèlement à ces acquisitions positives, nous devons avoir constaté encore chez lui la capacité de supporter les insatisfactions, les frustrations inhérentes à la vie, et cela sans réactions régressives ni autopunitives.

Ces constatations précieuses peuvent s'observer simultanément ou successivement sur deux plans : celui du transfert (c'est-à-dire à l'intérieur de la situation analytique) et celui de la vie courante (à l'extérieur de la situation analytique).

La liquidation de la névrose de transfert, on l'a vu, supprime progressivement les investissements infantiles, régressifs, tant sur le plan libidinal que sur celui de l'agressivité possessive qui s'était centrée sur le psychanalyste. A leur place, d'autres intérêts se font jour, d'autres investissements se produisent.

Les limites de ces possibilités, leur degré de réalisation varient évidemment d'un être à un autre. Notre rôle de thérapeute ne nous autorise ni à tracer ces limites, ni à fixer ce degré.

La psychanalyse fournit, certes, au sujet, des possibilités nouvelles et plus fortes de protection et d'action dans la vie.

Il faut cependant se garder de trop lui demander, d'exiger plus que la nature elle-même ne peut accorder, c'est-à-dire une immunisation absolue contre des accidents névrotiques ou une cuirasse sans défaut contre les blessures de la vie. L'homme doué d'un naturel parfaitement sain n'en possède pas tant lui-même !

L'ACTUALITÉ PSYCHANALYTIQUE
BIBLIOTHÈQUE DE L'INSTITUT DE PSYCHANALYSE

LA
PSYCHANALYSE
D'AUJOURD'HUI

OUVRAGE PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

S. NACHT

AVEC LA COLLABORATION DE :

M. BOUVET, R. DIATKINE, A. DOUMIC, J. FAVREAU,
M. HELD, S. LEOVICI, P. LUQUET, J. LUQUET-
PARAT, P. MALE, J. MALLET, F. PASCHE,
M. RENARD

PRÉFACE DE E. JONES

TOME PREMIER



PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN — PARIS

—
1956