

Un raisonnement toxique pour la psychanalyse

gail s. reed

Aux États-Unis, un clivage est survenu entre les principes de la psychanalyse et sa pratique. Ce dernier se manifeste par un raisonnement dichotomique et polémique selon lequel l'application des principes psychanalytiques est considérée comme un acte cruel ne fournissant pas une relation au patient. La guérison de ce clivage constitue un des défis majeurs de la psychanalyse américaine à l'orée du deuxième millénaire

A l'orée du deuxième millénaire, on constate avec regret que le champ social qui soutient la psychanalyse est en train de s'effondrer sous nos pieds. Au lieu d'évaluer la psychanalyse selon les critères propres aux sciences humaines, le monde scientifique la réduit indûment selon la terminologie des sciences naturelles. Le système social confine chaque patient à un diagnostic superficiel auquel correspond un traitement également superficiel et surtout peu coûteux pour les compagnies d'assurances à qui ces individus sont abandonnés. La nouvelle attitude sociale ne respecte ni les besoins psychologiques, ni la curiosité intellectuelle, ni la recherche psychologique qui mène à la liberté personnelle. Elle ne subventionne pas les psychothérapies qui durent plus de quelques séances. Elle relègue l'individu désespéré au support de groupes d'entraide constitués de personnes aux souffrances semblables, individus identifiés et regroupés uniquement par leur symptôme : tentative de suicide, boulimie, alcoolisme, jeu , ou bien par leur condition humaine : patients psychiatisés, pères monoparentaux, etc. C'est le budget de la société, non les besoins de l'individu, qui décide des choix disponibles. Il semble bien, comme plusieurs l'ont suggéré, que les valeurs sociales, qui depuis la Renaissance donnaient à l'individu son importance, sont en voie de disparaître complètement. On a aussi tendance à affirmer que ces changements sociaux mènent à la mort de la psychanalyse.

Aux États-Unis, où je vis et pratique la psychanalyse, il est plus que probable que si la psychanalyse et la psychothérapie psychanalytique meurent, cette mort ne sera pas seulement le fait du système social actuel. Par mort de la psychanalyse, j'entends l'oubli des principes psychanalytiques ou leur abandon par un grand nombre de cliniciens. Il s'agit ici d'un groupe de cliniciens qui ont, non seulement une formation uniquement psychanalytique, mais d'« amis de la psychanalyse » (psychothérapeutes, psychologues, psychiatres) dont le travail s'inspire des concepts psychanalytiques. Or, actuellement, la pensée analytique de plusieurs membres de ce groupe est infiltrée par un virus dangereux consistant en un raisonnement faux, un excès polémique de forme dichotomique qui menace de devenir schisme.

Cette dichotomie toxique réside dans le clivage entre les principes de la psychanalyse et sa pratique. On pourrait la décrire de la façon suivante. D'un côté, se trouvent les tenants de l'anathématisation de la psychologie individuelle (a « one person psychology »), position traditionnelle qui a pour but d'aider le patient à comprendre son inconscient, surtout la partie qui l'empêche d'accepter ses désirs et de se comporter comme il le souhaite. La question centrale de la psychologie individuelle est la psyché du patient. Autant que faire se peut, l'accent y est mis sur la dimension transférentielle. Cela ne veut pas dire que la dimension réelle de la relation analytique n'est pas importante, mais qu'elle fait son travail en silence. Généralement, la vie psychique de l'analyste ne devient un objet d'analyse que si celui-ci se rend compte qu'un conflit en lui, induit ou non par le patient, l'empêche de bien travailler. Les actions et les réactions du clinicien n'occupent pas le devant de la scène. La prise de conscience de la relation réelle entre lui et le patient est subordonnée à la compréhension de l'inconscient de ce dernier. Du point de vue de la position partisane que je décris, celle qui anathématise la psychologie individuelle, l'analyste qui ne répond pas à une question, dans le but de trouver d'abord les raisons inconscientes pour lesquelles elle a été posée, est considéré tout de suite comme froid, rigide, distant, adhérent de la position « fautive » : l'analyste comme écran vide (*blank screen*).

De l'autre côté, se trouvent les tenants d'une position qui privilégie l'instauration d'une relation véritable et non imaginaire. Cette position est considérée comme centrale dans la psychologie « à deux personnes » (a « two person psychology »), bien que cela ne soit pas nécessairement le cas en réalité. L'analyste répond à des questions, se présente au patient comme une personne généreuse et prête attention à l'impact néfaste qu'il peut exercer sur le patient. Il croit qu'il est thérapeutique de se comporter autrement que l'ont fait les parents « traumatisants ».

Comme je le montrerai plus loin, l'erreur consiste dans ce dernier cas à ne pas prendre en compte les circonstances liées à la singularité des patients. Il y a, bien sûr, des patients qui ne supportent ni interprétation transférentielle, ni l'analyse de leurs rêves, en fait ils ne supportent aucune frustration. Il serait absurde d'essayer de les forcer à faire ce dont ils sont incapables, d'utiliser une technique qui paraît ne pas leur être utile. Plusieurs auteurs ont signalé avec sagesse la nécessité de modifier, sinon le comportement de l'analyste, du moins les buts préliminaires de l'analyse avec certains patients non névrotiques, jusqu'à ce que ces derniers développent des capacités de représentation et de symbolisation, soit de ressentir le conflit à l'intérieur d'eux-mêmes, de tolérer l'abstinence de l'analyste et de s'observer.

Le raisonnement dichotomique que je trouve faux et dangereux ne reconnaît pas que le but des modifications techniques est d'atteindre le niveau d'analyse des conflits inconscients. Il ne prend pas en compte les circonstances individuelles qui font qu'un patient bénéficierait de modifications techniques, tandis qu'un autre n'en aurait pas besoin. Les tenants de ce raisonnement erroné l'appliquent à tous

les patients. Je préfère penser que si le patient peut le supporter, il est en général mieux d'explorer les raisons pour lesquelles le patient formule une demande à l'analyste que d'y répondre à partir de la conviction que la réalité de l'acte a plus d'importance que la compréhension par le patient de ses motivations.

Dans les cercles exclusivement psychanalytiques, cette manière de penser – que je juge dangereuse – est entremêlée de considérations philosophiques. Ici, on rencontre des questions concernant l'autorité de l'analyste. Comment ce dernier peut-il dire au patient ce qu'il croit être des vérités qui se réfèrent à la psyché de celui-ci, vu les limites imposées par sa propre subjectivité? Ces questions sont certainement sérieuses et importantes, mais on les trouve mêlées au même raisonnement dichotomique et illogique que j'ai décrit plus haut. Par exemple, la subjectivité de l'analyste devient la raison pour laquelle la divulgation personnelle est nécessaire. On argue même que l'expression d'avis et même d'expériences de l'analyste diminue son idéalisation par le patient. On laisse ainsi dans l'ombre la possibilité que l'idéalisation pourrait se former autour de l'image de l'analyste qui se révèle. C'est dire qu'on occulte quelque d'essentiel, soit les significations que le patient donne inconsciemment à l'acte de divulgation. Quand pour soutenir cette position, on affirme que la neutralité n'est pas un concept valable, puisque l'analyste ne peut être que subjectif (Renik 1993, 1995), on se sert d'une vérité objective pour soutenir l'impossibilité de l'objectivité (Reed, 1995). On reconnaîtra ici le même sophisme, la même utilisation de la dichotomie. Dans le cadre de ce texte, je centrerai sur la forme plus ouvertement polémique, moins raisonnée et moins abstraite de cette position dichotomique, celle que l'on rencontre chez le clinicien moyen et dont j'ai récemment trouvé la figure chez des membres de la faculté psychiatrique.

Mais pourquoi se centrer sur cette position de toute évidence naïve et empreinte de conflits inconscients? Pourquoi étudier cette forme de pensée habituellement bannie de tout discours sérieux, surtout quand on pourrait se complaire dans des spéculations philosophiques abstraites qui tendent à impressionner les lecteurs? Précisément parce qu'elle est si répandue, si acceptée, si vivante... et si destructrice.

La dichotomie de ce type de raisonnement nous donne déjà l'impression d'une psychanalyse à l'agonie. La position dichotomique suppose, en effet, une opposition où elle n'existe pas. Ne pas accéder aux vœux d'un patient ne veut pas dire que l'on est froid et distant, ni que l'on empêche une relation de se former.

Un exemple clinique

Considérons une situation clinique survenue au début de la rédaction de ce texte. Mlle. M, cas-limite volatile, me demande avec énormément d'insistance si je suis l'auteur du changement de gravures survenu dans la salle d'attente que je partage avec un collègue. Une nouvelle gravure a été ajoutée, d'autres ont été placées en des endroits différents. Ma patiente exprimait une telle urgence de savoir que j'ai été

tentée de lui répondre. Je me disais qu'elle était très fragile, que je devais la soutenir, qu'elle prendrait tout refus de répondre comme un rejet. Cependant, je remarquai aussi l'intensité avec laquelle je souhaitais trouver des raisons pour lui répondre, je pris conscience de la pression énorme que créait en moi son sentiment d'urgence et mon désir d'y répondre. Pourquoi ma réponse représentait-elle tout d'un coup une question de vie ou de mort? Je demandai à Mlle M ce qu'elle avait pensé. Elle avait aimé le changement, dit-elle, elle avait cru que la nouvelle gravure m'appartenait parce que j'avais d'autres tableaux du même style dans mon bureau. Puis, elle me demanda deux fois de suite, avec encore plus d'empressement : « Est-ce que j'ai raison? » Je dus résister à la pression qu'elle faisait peser sur moi. Je rétorquai qu'il serait peut-être important de comprendre pourquoi elle ressentait autant d'urgence. « Oh! You always play games with me! » se plaignit-elle. Je répliquai que les faits pouvaient être moins importants que la raison pour laquelle elle voulait une réponse. Elle devint plus pensive, sombre. « Il m'est arrivé à plusieurs reprises, ici, de penser que j'avais compris quelque chose. Puis, il s'est trouvé que je n'avais rien compris, que ma manière de penser était si bizarre qu'elle était pratiquement psychotique ». Ces expériences, a-t-elle ajouté, l'avait fait se sentir humiliée, seule et méfiante à l'endroit de ses propres convictions. Sa souffrance était palpable. Je ressentis profondément ce que ce devait être que de se sentir très divisée à l'intérieur. Ma patiente continua en relatant un incident. Il y avait un meuble brisé dans mon bureau. Cela lui avait fait penser à la violence. Elle avait cru que quelqu'un l'avait jeté sur moi. Elle avait été inquiète pour moi, puis elle avait compris que la raison pour laquelle le meuble avait été cassé n'avait rien à voir avec ce qu'elle avait craint. Je lui suggère qu'elle était peut-être aussi anxieuse parce qu'elle voulait, en ce moment même, jeter quelque chose sur moi et qu'elle avait besoin d'une assurance que je ne me vengerais pas et que je ne 'abandonnerais pas. Elle répondit avec un changement complet de ton : « Oh! J'ai mis quelque chose en acte hier, bien que pas très sérieusement. Je crois maintenant que c'était parce que dans la séance d'hier, vous avez essayé d'examiner avec moi les raisons pour lesquelles, au lieu de prendre soin de moi, je me fâche tellement contre mes parents que je les accuse de tout et que j'attends qu'ils réparent leurs torts ». Elle n'a plus eu besoin d'une réponse à sa question.

Contre-transfert et jugement clinique

J'espère que cet exemple a mis en lumière comment l'insistance de ma patiente a créé en moi une pression énorme pour que je réponde à sa question. Au lieu de lui donner satisfaction, j'ai suivi le procédé analytique traditionnel : j'ai utilisé aussi bien l'intensité de l'émotion de la patiente que cette pression intérieure créée en moi comme indices que quelque chose d'important était en train de se passer chez elle et qu'il valait la peine de découvrir ce que c'était. L'absence de réponse a donné à ma patiente la possibilité d'avancer dans la prise de conscience de ses motivations; elle lui a donc permis de devenir plus indépendante.

Cependant, si j'avais été influencée par la dichotomie polémique que j'ai décrit, je n'aurais pas pu me comporter de cette manière. Elle m'aurait poussée à accepter la vérité d'un transfert psychotique dont le contenu était que j'essayais de rendre ma patiente folle. Sous l'influence de cette dichotomie, j'aurais donc choisi d'arrêter de « jouer avec elle » et d'être « franche ». Le raisonnement dichotomique m'aurait poussée à répondre pour « fournir une relation d'objet », ce qui aurait vraisemblablement équivalu à entrer dans le délire de ma patiente.

Bien sûr, en ce qui concerne la singularité du patient, c'est le jugement clinique qui prévaut toujours. Mais le jugement que j'avais à poser m'obligeait aussi à ne pas tomber dans le piège de cette fausse alternative : fournir une relation d'objet en répondant, ou devenir l'analyste mauvais, froid, distant, fâché, par le fait de ne pas répondre. Je devais juger si ma patiente était capable de me sentir bienveillante, alors que je m'intéressais aux raisons qui l'amenaient à poser sa question, en même temps que je la frustrais par mon absence de réponse. En d'autres termes, je devais juger si son transfert paranoïde était rigide ou modifiable et si, dans le dernier cas, ma patiente était capable d'observer certains changements en elle et de les comprendre.

L'abstinence, la relation humaine et l'espace analytique

Le traitement, dans des cas pareils, consiste en partie à aider les patients à construire un espace psychique pour découvrir et comprendre le sens qu'ils créent à leur insu. Ce travail entrepris avec un autre être humain n'en est pas un où l'on doive se sentir abandonné ou isolé. Au contraire. Mais l'espace pour comprendre doit être protégé. Cela se fait, en partie et autant que faire se peut, par une minimisation des actions du thérapeute.

L'abstinence de l'analyste n'est pas forcément un acte hostile. Elle peut mener le patient non seulement à une compréhension de lui-même, mais aussi au sentiment d'être compris. Pourquoi l'idée de l'abstinence est-elle devenue tellement liée à l'image de l'analyste froid, rigide, distant? Chez beaucoup de thérapeutes, cette dichotomie n'exerce-t-elle pas une influence néfaste sur leur pratique clinique? Bien qu'à ces questions, il y ait autant de réponses que de personnes, certaines influences historiques ont beaucoup contribué à cette perception. Par ailleurs, le problème de l'institutionnalisation de l'autorité, surtout du rôle qu'elle joue dans l'analyse de formation s'avère d'une très grande importance. J'esquisserai quelques données sur ces influences historiques, puis je discuterai du rôle de la formation didactique, pour enfin suggérer une manière moins polémique de penser l'abstinence de l'analyste.

Quelques influences

Pendant les années quarante et cinquante, est apparu aux États-Unis une technique qui se voulait très pure. Les écrits de Freud (e. g. 1912) décrivant l'analyste

comme un écran vide, reflet des productions transférentielles du patient, étaient lus comme une règle de conduite pour l'analyste. En plus de comprendre que le transfert du patient avait pour effet de créer une image déformante de l'analyste, on croyait que l'analyste devait se conduire dans les faits comme s'il était un écran vide. Bien que cet exploit soit, en réalité, impossible, on prétendait le contraire. Il y avait sûrement dans l'accueil d'une prescription aussi stricte une réaction aux excès individuels des années précédentes. L'expérience clinique avait démontré que des situations comme celles, par exemple, où Rudolph Loewenstein fut l'amant de Marie Bonaparte en même temps qu'il essayait d'analyser son fils, où Freud se fit l'analyste de sa fille, où Melanie Klein analysa ses propres enfants, transgressaient les limites de l'individu et de l'intimité d'une façon, sinon destructrice, au moins trop problématique pour qu'on puisse permettre qu'elles se reproduisent. Il y avait aussi l'idée selon laquelle le transfert, comme d'autres manifestations de l'inconscient, est un phénomène délicat, susceptible d'être détruit si l'analyste laisse transparaître trop d'aspects personnels de son caractère. Ces opinions se sont rigidifiées en règles de conduite de l'abstinence.

Par ailleurs, l'influence d'une interprétation particulière de la première topique (Arlow, 1987) a été notable. Selon, cette interprétation, si l'analyste restait silencieux, le patient, frustré, régresserait, et la névrose de transfert apparaîtrait, comme Athena au front de Zeus (Reed, 1994). On ne pensait pas que la frustration s'ajouterait à la matière analytique elle-même, que la colère qui résulterait de la passivité de l'analyste serait moins une névrose de transfert qu'une contamination, une réaction iatrogène. À cette époque n'existait pas la notion de résolutions stratifiées de conflit, les unes dépendantes des précédentes. On n'avait pas idée, donc, que l'analyse demandait une élaboration progressive des résistances et que la névrose de transfert évoluait suivant le travail des deux participants sur les résistances (Reed, 1994). On n'avait pas idée, non plus, que la résistance du patient utilisait le caractère et la technique de l'analyste, que l'écran vide ne pouvait jamais constituer un reflet des désirs du patient, sinon une image composée. Cette application erronée de la première topique à la technique psychanalytique favorisa l'adoption d'une conduite technique qui donnait du poids à la notion de l'analyste distant, froid, rigide et, ce, pour une raison très simple. Si l'analyste lui-même devenait frustré par une absence d'ouverture de la part du patient, liée par exemple à des défenses narcissiques, la théorie de la technique lui donnait raison de mettre en acte sa frustration et sa colère en se repliant sur lui-même. Loin d'être un écran vide, l'analyste devenait, dans ce cas, le reflet vivant du patient lui-même.

De plus, les positions théoriques se prêtant toujours à la mise en acte des conflits personnels, et certaines positions théoriques se prêtant plus facilement à certaines mises en actes que d'autres, divers analystes au narcissisme et à l'agressivité peu résolus trouvaient plaisir à incarner le sujet du savoir, plutôt que seulement supposé savoir. Inconsciemment, ils utilisaient la recommandation d'abstinence comme moyen d'expression de leur agressivité. Ils négligeaient le support et la bienveillance qui sont des composantes intrinsèques de l'analyse (Greenson, 1967).

Notons que la défaillance de ces analystes est une variation circonstancielle; elle ne contredit pas l'idée selon laquelle l'analyse des réactions du patient et de leur signification doit occuper la première place dans la situation thérapeutique.

Enfin, dernier facteur explicatif, la formation analytique devint un terrain fertile pour la prolifération du virus de pensée dichotomique à propos de « l'écran vide ». Dans l'analyse didactique, tout comme dans la supervision, les conflits internes avec l'autorité s'expriment dans la réalité concrète des différences de pouvoir politique. Dans ces cas, la connaissance des règles par l'analysant peut aisément servir à camoufler des conflits d'autorité sévères.

Un exemple clinique

Dix minutes après que B soit sorti de sa séance avec moi, j'entendais la sonnette de l'entrée sonner deux fois de suite. Le patient après B avait annulé; je n'attendais personne. Me rendant à la porte pour voir ce qui se passait, je vis B debout dans la salle d'attente. Il m'expliqua qu'il s'était rendu à la station du métro quand il s'était aperçu qu'il avait perdu son jeton. Il savait que ce dernier était dans sa poche avant la séance, mais il n'y était plus. Sans doute était-il tombé sur le divan. Il n'avait plus d'argent sur lui, n'ayant pas eu le temps d'aller à la banque avant sa séance, et maintenant il était trop pressé pour s'y rendre, parce qu'il avait des patients à recevoir. Il se sentait très humilié mais il devait me demander si je pouvais aller regarder sur le divan pour voir si son jeton y était tombé.

Je songeai aux conséquences du refus. Me revint en mémoire un texte, que j'avais lu quand j'étais étudiante, où l'analyste refusait, selon la bonne tradition analytique, de prêter de la monnaie à un patient qui se trouvait sans argent pour prendre l'autobus. Selon les dires pompeux de l'auteur, un travail important avait découlé de ce refus. Or, je me représentais, moi, un scénario bien différent. J'imaginai mon patient enragé, humilié, marchant sous la pluie, dans le froid et la pénombre d'un bout à l'autre de la ville pour atteindre son bureau. À quoi cela servirait-il de lui refuser de chercher sur le divan et ce faisant de l'obliger à arriver trop tard pour recevoir ses patients? Refuser me semblait un acte plus violent que d'accéder à sa requête. Je suis rentrée dans mon bureau et j'ai cherché parmi les coussins du divan. N'y ayant rien trouvé, je suis revenue dans la salle d'attente et lui ai offert de quoi acheter un jeton pour le trajet. Il a pris l'argent et il s'en est allé.

Bien sûr, cela n'était que le point de départ du travail. Il fallait comprendre la signification que prenait pour le patient la situation qu'il avait créée. Le travail qui s'en suivit révéla qu'il s'imaginait m'avoir forcée à transgresser mes règles analytiques. C'était pour lui une vengeance délicieuse. De plus, il avait interrompu mon intimité avec un autre patient. Il était victorieux. On se trouvait donc devant la mise en scène inversée d'une scène primitive, un souvenir traumatique masqué par un souvenir-écran que dominait le sentiment de supériorité déjà mentionné. Derrière cet écran se trouvait un tourbillon d'émotions pénibles : une rage si intense contre ses parents – il désirait les brûler vifs – des vœux de vengeance.

meurtrière et une humiliation profonde. Depuis plusieurs mois, ce matériel faisait l'objet de notre travail analytique. Un refus de ma part d'accéder à sa requête aurait détruit sa mise en acte transférentielle avant même qu'elle ait pris forme.

Pour le moment, cependant, ce que je voudrais souligner c'est l'idée du patient, un analyste en formation, selon laquelle il m'avait obligée à transgresser mes règles analytiques. Cette pensée, il l'avait énoncée avec un sentiment de juste colère dans la voix, accompagnée d'une satisfaction à peine voilée. « Quelles règles? » ai-je demandé. Ma question le fit sursauter. Il était convaincu que j'étais contrainte par un pouvoir absolu, paternel, à me conduire d'une façon stricte, distante, impersonnelle. Et il croyait que ce pouvoir paternel lui appartenait aussi : le fait de m'avoir désapprouvée pour avoir désobéi aux règles analytiques en était l'évidence. Sa mise en acte était plus que le renversement d'une scène primitive, elle exprimait aussi un fantasme inconscient pervers selon lequel il était un fils et un père à la fois, où la différence entre les générations était abolie (Chasseguet-Smirgel 1984).

L'essentiel est que cet exemple clinique illustre le fait que la structure inconsciente serait passée inaperçue dans le champ transférentiel-contretransférentiel, si je m'étais soumise à une semblable autorité analytique. Mon adhésion aurait été transmise au candidat analyste par mon silence à l'endroit de sa conception des règles analytiques.

L'autorité cachée des règles analytiques

Le candidat en analyse didactique partageant les mêmes suppositions que son analyste, à propos de ce qui constitue une conduite analytique « officielle », ne pourra pas élaborer ses conflits avec l'autorité dans le transfert. L'analyse de formation a sûrement camouflé fréquemment des conflits sévères de semblable nature.

Or chez des analystes, les conflits cachés avec l'autorité s'expriment fréquemment sous une forme dichotomique : soit l'adhésion rigide à la soi-disant tradition, soit un défi complet de celle-ci. En effet, on rencontre souvent, soit la défense d'une position technique représentant une adhésion servile à des règles extrêmement rigides, soit la reconnaissance d'une autre position technique représentant un défi aveugle à ces mêmes règles. La première position met en scène le « mauvais analyste » qui répond aux questions (ou qui donne le jeton) et le « bon analyste » qui ne répond pas. La deuxième position met en scène, elle, le « mauvais analyste » qui ne répond pas aux questions et le « bon analyste » qui y répond. La formulation d'une solution conflictuelle ressemble à la forme du raisonnement polémique, car ce dernier est l'incarnation de la première.

Vers un changement de pensée pour le nouveau millénaire

Comment aborder le débat autour de « l'écran vide » sans tomber dans une polémique nocive? J'ai recommandé ailleurs ce que je considère comme un

premier pas logique : maintenir une distinction entre des principes psychanalytiques et les circonstances individuelles qui peuvent envahir un traitement (Reed, 1994, 1995, 1998).

Les principes représentent les concepts fondamentaux qui définissent la psychanalyse; par exemple, les lois dynamiques de l'inconscient (la condensation, le déplacement), le principe de plaisir, le transfert. Ainsi, la croyance de la part du patient qu'il connaît les motivations de l'analyste pourrait prendre ses origines dans le transfert inconscient du patient. Dans le cas de M, le fait qu'elle soit devenue pressante et anxieuse quand je n'ai pas tout de suite accédé à sa demande venait de son fantasme transférentiel selon lequel je me vengerais de son désir de m'attaquer.

Les circonstances représentent les réactions individuelles à la distorsion circonstancielle créées par l'application des principes psychanalytiques. Prenons, par exemple, l'analyste qui se renferme, devenant passif et silencieux, devant un patient provocateur. Le repli de l'analyste a pour effet d'augmenter la provocation du patient, ce qui mène à un repli plus accentué de l'analyste, et ainsi de suite. Le renfermement est le résultat contre-transférentiel d'une hostilité suscitée et non reconnue. Cette réaction à la conduite du patient, ainsi que celle du patient au comportement de l'analyste, sont toutes deux des circonstances qui peuvent être comprises par des principes. Cette distinction entre principe et circonstance nous permet de dépasser les limites du subjectif et en même temps d'en tenir compte.

La psychanalyse classique a évolué précisément par l'inclusion de la subjectivité circonstancielle de l'analyste dans la pensée technique. Les Écrits de Gill (1994), des Kleiniens modernes (Spillius, 1988), de Kernberg (1979), de Poland (1988) et de Jacobs (1993), tout en utilisant des théories et des points de départ différents, ont souligné l'effet du patient sur l'analyste et l'effet fréquemment inattendu des actions non analysées de l'analyste sur le patient. L'expérience clinique s'est avérée l'influence la plus importante sur cette évolution de la psychanalyse classique (Reed, 1994). Néanmoins, cette sensibilisation à l'existence de la subjectivité n'empêche pas, dans la pensée dite classique, l'aspiration à des principes objectifs qui sont nécessaires au travail de la compréhension d'autrui.

Pour revenir à l'abolition de la dichotomie entre l'abstinence et la rigidité, ce rejeton des conflits avec l'autorité à propos des règles analytiques, il existe un danger dans le respect absolu de n'importe quelle règle de technique analytique. Les règles sont différentes des principes. Elles incarnent une tentative d'application des principes à la plupart des circonstances. Elles ne peuvent jamais être prises pour absolues. Soit dit en passant, on peut d'ailleurs trop aisément idéaliser des règles techniques. Quand elles deviennent des commandements, elles deviennent matière à conflits, chez certains analystes, autour de la soumission et de l'autoritarisme.

Rien de plus absolu ne semblera possible à atteindre que l'application du concept de neutralité relative. À chaque moment de la rencontre clinique, on essaie de trouver un point d'équilibre d'où l'on peut réfléchir sur le discours du patient et d'où l'on peut observer chez lui, et avec lui, quelque promontoire du paysage qui

laisse apercevoir de nouvelles perspectives sur lui et sur l'autre. Ce point de réflexion est moins une île de tranquillité dans une mer calme qu'un radeau qui franchit les conflits engendrés en nous par nos demandes libidinales et agressives, de même que par celles de nos patients. Cela ne veut pas dire, cependant, que nous n'essayons pas d'être aussi objectifs que possible; mais, par ailleurs il faut le dire, se croire le porte-parole de la vérité objective relève du délire.

Ce qui caractérise le bon traitement n'est pas l'éradication de toute trace de désir chez l'analyste. Ce sont plutôt ses tentatives pour atteindre quelque perspective sur ses propres conflits, un effort de restreindre leur influence sur le traitement du patient. Cela demande la reconnaissance de la différence entre spontanéité et impulsivité.

Pour chercher à atteindre une objectivité et une neutralité à la fois relatives et thérapeutiques, le psychanalyste doit encadrer le processus analytique avec des bornes qui constituent un accord général sur la manière de travailler. C'est dire que les attentes à l'endroit de la conduite de l'analyste et du travail psychique du patient doivent être établies, partagées et comprises. Ce cadre ne doit être ni rigide ni laxiste. Il se doit d'être flexible afin de circonscrire les déviations inattendues du cadre et de les contenir dans la situation thérapeutique afin de les analyser. Le maintien de ce cadre, à mon avis, permet l'exploration intérieure, ce qui constitue le don le plus précieux que l'on puisse offrir au patient.

Un dernier exemple clinique

Il s'agit du début du traitement d'une femme avec qui je suis parvenue, par la suite, à travailler pendant douze ans d'une manière satisfaisante. Elle me demandait d'écrire un mensonge sur son formulaire d'assurance médicale. Elle m'a attaquée, provoquée; elle s'est accrochée à sa propre logique, puis a menacé d'interrompre l'analyse si je ne me pliais pas à sa volonté. J'ai passé des séances à lui demander comment elle croyait pouvoir avoir confiance en moi si elle savait que je mentais, insistant sur le fait que je refusais d'accéder à sa demande pour protéger l'analyse, lui montrant qu'elle était prête à renoncer à l'occasion, qu'elle croyait unique, de parvenir à une vie moins souffrante pour se venger de moi. Malgré mes efforts, un lundi, elle a quitté l'analyse. Elle sortit du bureau au milieu de la séance. Définitivement. Alors que, le dos tourné, elle sortait, je lui promis de garder les heures de ses séances pendant le reste de la semaine. Le lendemain, elle était là. C'était la chose la plus difficile que j'ai jamais faite. Elle n'a jamais oublié le fait que j'avais tenu bon. Elle m'en était très reconnaissante. Je n'ai pas oublié cet incident moi non plus. Peu importait la paranoïa du transfert, peu importaient ses provocations, peu importait ses projections – j'essayais de la contrôler, de la déposséder – j'espérais qu'elle arriverait à voir la différence entre sa réalité psychique et la mienne.

Le fait d'avoir tenu bon signifiait pour cette patiente, l'établissement d'un fondement sur lequel et contre lequel pouvait se jouer notre relation transférentielle.

J'ai insisté sur un principe pour la protéger. Si la relation est si importante, pourquoi s'obstiner à encadrer le processus, pourquoi ne pas fournir la relation directement?

Si une relation n'existe qu'au moment où on en fait l'expérience, elle ne peut être thérapeutique. Elle ne dure pas au-delà de l'instant de l'expérience. On connaît bien, dans le cas des pathologies plus sévères, comment le patient dirige son agressivité contre son processus de pensée, et comment cette agressivité peut détruire le plaisir de la relation ressentie. C'est l'intériorisation réussie de la relation qui rend celle-ci thérapeutique. Sans entrer dans les complexités de cette théorie, disons que l'intériorisation de la relation exige le développement de la capacité de contempler la signification de ce rapport, contemplation qui combat le morcellement de la relation dès l'instant où l'individu n'est plus en présence de l'objet.

L'établissement de limites qui permettent au transfert de se dérouler dans une forme où il peut être observé donne à l'hostilité destructrice un lieu où s'exercer. Il était aussi important pour ma patiente de lutter contre moi, que de cesser de le faire et de percevoir la distinction entre son fantasme et ma réalité. Enfin, l'établissement de limites donne à l'agressivité destructrice un lieu pour se transformer en agressivité positive. Quand on encourage l'exploration de la signification qu'attribue le patient aux phénomènes à l'intérieur de ses limites, on permet que se développe chez lui la capacité de penser sa relation à l'analyste, de maintenir une relation avec lui en dépit de l'absence.

Il n'est donc pas question d'établir une position clivée : soit la relation, soit l'analyse. Se comporter d'une manière économe avec un patient veut dire se conduire avec une économie d'action, non pas avec une omission d'action. Cela ne veut pas dire, non plus, se conduire avec une économie d'intimité affective. Au contraire. Cette dernière vient avec l'exploration et la compréhension conjointe de la signification personnelle du patient. Elle est l'essentiel de la psychanalyse. Elle ne s'y oppose pas.

Si l'on maintient les principes de la psychanalyse, on pourra survivre aux conditions sociales qui s'opposent à cette dernière. Cela ne sera ni confortable, ni facile, seulement possible. En revanche, si l'on se laisse prendre par cette dichotomie polémique, on n'arrivera pas à suivre les principes de la psychanalyse. On aura cessé de les comprendre. Voilà le défi nous fait face à l'orée du deuxième millénaire?

gail s. reed

1199, park avenue
new york, ny 10128-1711

Références

- Arlow, J., 1987, The dynamics of interpretation. *Psychoanal. Q.* 56 : 68-87.
- Bion, W., 1959., Attacks on Linking. *Int. J. Psychoanal.* 40 : 308-329.
- Bion, W., 1962, *Learning from Experience*. London : Heinemann.
- Chasseguet-Smirgel, J., 1984, *Creativity and Perversion*. New York : Norton.
- Freud, S., 1912, *Recommendations to physicians practicing psycho-analysis*. S.E. 12.
- Gill, M., 1994, *Psychoanalysis in Transition*. Hillsdale, N.J. : The Analytic Press.
- Greenson, R. R., 1967, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York : International Universities Press.
- Jacobs, T., 1993, The inner experiences of the analyst : their contributions to the analytic process. *Int. J. Psychoanal.* 74 : 7-14.
- Kernberg, O., 1979, Object relations theory and psychoanalytic technique. in : *Internal World and External Reality*. New York : Jason Aronson, 1980.
- Poland, W., 1988, Insight and the analytic dyad. *Psychoanal. Q.* 57 : 341.
- Rangell, *et al.*, 1997, The unitary theory of Leo Rangell : Proceedings of the Annual Scientific Conference of the New York Freudian Society. In : *Journal of Clinical Psychoanalysis*.
- Reed, G., 1994, *Transference Neurosis and Psychoanalytic Experience : Perspectives on Contemporary Clinical Practice*. New Haven, Ct : Yale University Press.
- Reed, G., 1995, Clinical truth and contemporary relativism : meaning and narration in the psychoanalytic situation. *J. American Psychoanal. Assn.* 43 : 713-739.
- Reed, G., 1998, in press, Analysts Who Submit and Patients Who Comply : Sado-Masochistic Transference/Countertransference Interchanges and Their Rationalizations. In : *Clinical Aspects of Compliance. An Issue of Psychoanalytic Inquiry*.
- Renik, O., 1993, Analytic interaction : conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal. Q.* 62 : 553-571.
- Renik, O., 1995, The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanal. Q.* 64 : 466-495.
- Searl, N. M., 1936, Some queries on principles of technique. *Int. J. Psychoanal.* 17 : 471-493.
- Spillius, E. ed., 1988, *Melanie Klein Today*. 2 vols. London : Routledge.
- Winnicott, D. W., 1956, On transference. *Int. J. Psychoanal.* 37 : 386-388.
- Winnicott, D. W., 1960, The theory of the parent-infant relationship. *Int. J. Psychoanal.* 42 : 585-595.