

Psychanalyse et psychothérapie

Sous la direction de
Daniel Widlöcher



Avec

- Marilia Aisenstein - Christine Anzieu-Premmereur*
- Alain Braconnier - Bernard Brusset - Raymond Cahn*
- Serge Frisch - Bernard Golse - Roland Gori - Bertrand Hanin*
- Christian Hoffmann - Christian Lachal - Jean Laplanche*
- Sylvain Missonnier - Marie Rose Moro - Roger Perron*
- René Roussillon - Jacques Sédat*



le Carnet **PSY**

éditions **rès**

Collection « *Carnet/PSY* »
dirigée par Manuelle Missonnier

Écrite par des cliniciens pour des cliniciens, la revue mensuelle *Carnet/PSY* (www.carnetpsy.com) est un outil fédérateur des professionnels de la psyché. Source d'informations sensibles, c'est aussi une vivante agora accueillant les débats actuels qui dynamisent les pratiques.

Les ouvrages de la collection « *Carnet/PSY* » actualisent, développent et prolongent les temps forts éditoriaux plébiscités par les abonnés de la revue.

Praticiens avertis et étudiants trouveront dans ces dossiers et documents des repères organisateurs pour relever le défi du soin.

(voir les titres déjà parus en fin d'ouvrage)

À PARAÎTRE :

Sous la direction d'Alain Braconnier
et Bernard Golse

Bébés-ados : à corps et à cri

Sous la direction d'Alain Braconnier
et Bernard Golse

Bébés-ados : crises et chuchotements

Psychanalyse et psychothérapie

ONT PARTICIPÉ À CET OUVRAGE

Marilia Aisenstein
Christine Anzieu-Premmereur
Alain Braconnier
Bernard Brusset
Raymond Cahn
Serge Frisch
Bernard Golse
Roland Gori
Bertrand Hanin
Christian Hoffmann
Christian Lachal
Jean Laplanche
Sylvain Missonnier
Marie Rose Moro
Roger Perron
René Roussillon
Jacques Sédât
Daniel Widlöcher

Sous la direction de

Daniel Widlöcher

Psychanalyse et psychothérapie

 érès

AVERTISSEMENT

D. Widlöcher et l'équipe du *Carnet/Psy* ont engagé une enquête auprès d'une sélection de quatorze psychanalystes d'horizons divers sur leur conceptualisation de leurs pratiques psychothérapeutiques en regard du modèle de la cure-type. Onze questions leur ont été posées (voir le questionnaire en annexe, p. 183). Chacun des auteurs a rédigé le texte de sa contribution en puisant librement dans ce vivier d'interrogations. Dans une rubrique intitulée « Psychanalyse et psychothérapie : débats et enjeux », les réponses ont été publiées dans la revue entre février 2006 et avril 2007.

Sur cette base, un double projet a vu le jour : réunir ces contributions dans cet ouvrage de synthèse ; organiser une journée scientifique pour prolonger de vive-voix le débat engagé par textes interposés (Maison de la chimie à Paris, le 9 février 2008).

Conception de la couverture :
Anne Hébert

ISBN : 978-2-7492-0854-1

CF - 1500

© Éditions érès, 2008

11, rue des Alouettes - 31520 Ramonville Saint-Agne

www.edition-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Ouverture

Daniel Widlöcher

À un moment où les psychothérapeutes, et tout particulièrement les psychanalystes, sont directement invités à se situer par rapport à la question de l'évaluation des soins et à celle des critères de qualification des praticiens, on ne peut que s'interroger plus que jamais sur les difficultés, parfois insurmontables, que les psychanalystes et leurs institutions rencontrent pour conceptualiser leurs pratiques psychothérapeutiques au regard du modèle de la cure psychanalytique proprement dite. Pour faciliter les débats et intensifier l'attention que nous devons absolument porter à ces questions, il faut mieux comprendre l'origine de ces difficultés, voire de cette impuissance. Une

enquête a été menée auprès des cliniciens, et tout spécialement de ceux qui par leur expérience et leurs responsabilités institutionnelles sont en position de prendre la mesure de ces difficultés et de la nécessité de les surmonter face aux pressions internes et externes que nous connaissons.

Comment se fait-il que si peu de travaux cliniques soient consacrés à ces questions ? Comment se fait-il que les recherches conceptuelles, dont les psychanalystes sont si friands, s'y réfèrent si peu ? Tout a-t-il été dit ? Certes pas. Tout se pratique alors sans se dire ? Mais pourquoi ?

Un ensemble de questions a donc été élaboré, qui s'adressent par des voies différentes aux mêmes interrogations fondamentales. Peut-être ainsi une véritable tribune permettra-t-elle aux cliniciens de mesurer leurs écarts, voire leurs divergences, mais aussi de mieux saisir les difficultés et la complexité des questions posées. Peut-être ainsi un débat permanent nous aidera-t-il à mieux nous situer dans le champ complexe des pratiques et – pourquoi pas ? – nous aider à réfléchir sur les nécessités de la formation. Il se dit souvent que la psychothérapie psychanalytique est une forme compliquée de psychanalyse. Trop d'habitudes et d'implicites reflètent plutôt l'idée d'une pratique analytique au rabais. De quoi avons-nous peur ? D'une dissolution de la pratique psychanaly-

tique proprement dite ? Faut-il redouter que des (petites) différences concernant notre conception de la psychanalyse conduisent à l'idée que la psychothérapie, c'est la psychanalyse des autres ? En tout cas, reconnaissons que, avant de dénoncer l'incompréhension ou la malveillance de l'environnement politique et social qui exerce sur nous ses pressions, ce sont nos limites conceptuelles et cliniques que nous devons explorer.

Du divan au face-à-face, la question du cadre

Raymond Cahn

Quelqu'un vient chez un analyste demander une psychanalyse. Si ce dernier n'y voit rien à redire, il n'y a rien à en dire. Un contrat est conclu à leurs risques et périls entre les deux désormais partenaires, excluant tout tiers, y compris payant.

Quelqu'un peut arriver aussi chez l'analyste pour une plainte ancienne, tout aussi multiforme que stéréotypée, objet déjà d'une succession de tentatives thérapeutiques aussi variées que vaines. C'est alors qu'une simple écoute,

Raymond Cahn, psychiatre, psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris, a publié, en 2002, *La fin du divan ?* aux éditions Odile Jacob.

analytique cette fois, tout aussi nouvelle que totalement inattendue, opérera un bouleversement tel que ce quelqu'un ne sera plus jamais le même qu'avant ce moment, qu'il prenne alors la fuite ou qu'il vienne continuer ce travail. Pour la première fois, quelque chose en lui désormais soupçonne, entrevoit derrière des pensées, des affects, des larmes jusqu'alors jamais advenus, une autre histoire, une autre représentation de lui-même, d'autres causalités que celles qui constituaient jusqu'alors l'évidence même.

Troisième cas de figure, le plus fréquent : quelqu'un vient chez le « psy » parce qu'il souffre psychiquement et que tout naturellement c'est à ce dernier qu'il s'adresse. Il se trouve que celui-ci est psychanalyste et que, le plus souvent, sauf contre-indication ou acceptation dans certains cas d'une psychanalyse, ce sera donc une psychothérapie qu'il proposera à son patient, psychanalytique bien entendu, qualificatif consubstantiel à sa qualification. Mais un qualificatif qui ne sera pas nécessairement formulé au patient, pas plus qu'une explicitation introductive solennelle de la règle fondamentale. Ce qui apparaîtra en revanche déjà spécifique à la dimension analytique – même si, bien entendu, nombre de non-analystes opèrent de même – sera la régularité dans la durée et la fréquence des séances et des modalités de paiement.

À l'intérieur d'un tel cadre, pourront ainsi se déployer toutes les modalités de fonctionne-

ment mental, y compris et bien souvent les moins apparemment analysables : récit narratif sans failles, pensée concrète, système de causalités autojustificatif, surdité à toute interrogation personnelle. Problématiques qui le confronteront nécessairement à tous les ingrédients composant l'abord psychothérapie non analytique, quelles qu'en soient les théories et les techniques : séduction, argumentation plus ou moins logique ou rationalisante, dédramatisation, déculpabilisation, écoute bienveillante ou coparticipation plus ou moins mesurée ou intense, confrontation, manipulation et aussi... interprétation, toutes interventions visant essentiellement le moi, indépendamment du déploiement ou de l'utilisation implicites d'un transfert de degré ou de qualité variables.

La différence – qui me paraît essentielle – au sein de telles situations entre non-analystes et analystes semble bien être la capacité de ces derniers à saisir les véritables ressorts de ces diverses interventions et l'opportunité ou non de les utiliser, sur un mode plus ou moins discret ou appuyé, et sans demeurer prisonnier de la théorisation – plus ou moins idéologique – qui sous-tend chacune des autres méthodes. N'est-ce pas finalement ce que pratiquent depuis de nombreuses années les psychanalystes psychosomaticiens dans la visée qui est la leur d'en affiner l'opportunité et l'impact dans une lecture authentiquement m  tapsycho-

logique ? Une façon peut-être aussi d'accorder ses lettres de noblesse à une pratique en fait pour le moins assez éloignée du travail psychanalytique proprement dit. Compromis plus ou moins tacite ou affirmé pour légitimer psychanalytiquement des approches pour le moins assez éloignées de la cure-type, s'inscrivant dans l'ambivalence ou le malaise qu'elles seraient susceptibles de susciter chez le thérapeute par rapport à son identité. Ambivalence et malaise qui pourraient expliquer un certain silence, un certain évitement de la part des institutions et des lieux de publications psychanalytiques devant l'abord en face-à-face, alors que celui-ci – au-delà des psychoses et des psychosomatoses – est depuis longtemps devenu une part de plus en plus importante de leur pratique.

Ce n'est donc que depuis quelques années qu'un tel mode prend progressivement, du moins en France, la place qu'il mérite, imposée tant par la clinique que par le contexte culturel et social actuel. Il n'en pose pas moins le problème essentiel de la dilution, de l'affadissement de la psychanalyse dans un cadre et une pratique risquant de lui faire perdre l'essentiel de son tranchant et de sa spécificité.

Le problème est réel et ne peut être abordé ici. Il se trouve néanmoins que, grâce notamment aux travaux de Bion et de Winnicott, et à l'articulation nouvelle qu'ils ont permise entre l'en-

vironnement premier et le fonctionnement psychique, entre le cadre et la dialectique trans-féro-contre-transférentielle, une perspective et un travail authentiquement psychanalytiques peuvent et doivent désormais être envisagés pour une part grandissante des tableaux psychopathologiques auxquels un analyste est aujourd'hui confronté, comme la diversité des sites qui les accueillent et dont le face-à-face s'est imposé comme le plus fréquemment adopté. D'autant que l'expérience n'avait jamais cessé de démontrer l'inadéquation de la cure de divan pour un certain nombre de cas qui apparemment en relevaient, et en revanche la possibilité d'un travail psychanalytique, efficace et suffisant, en face-à-face. Si l'absence du regard de l'autre est souvent un facteur important pour le déploiement du processus, il peut aussi parfois constituer un obstacle. De toute façon, que le dispositif l'exclue ou le maintienne, l'essentiel apparaît bien ailleurs, transcendant l'alternative couché/assis, dans la manière, psychanalytique ou non, dont le thérapeute accueille et utilise le matériel du patient quel que soit le cadre choisi. Mieux : le cadre lui-même peut devenir le lieu même du processus et rendre ainsi psychanalytiques nombre de procédés jusqu'alors considérés comme purement psychothérapeutiques. La pratique psychanalytique voit ainsi peu à peu ses modèles se modifier de telle sorte que, comme le souligne

Widlöcher, « l'accent est beaucoup moins mis sur les modèles explicatifs et les modèles de contrôle au profit des modèles de transformation », où « le couple analytique » peut être considéré « comme une forme assymétrique d'intersubjectivité spécifique en prise avec l'intrasubjectivité du patient et de l'analyste » (Brusset).

De sorte qu'aujourd'hui – et c'est le quatrième cas de figure de la rencontre en face-à-face – le psychanalytique qui la caractérise passe par la fonction simultanément encadrante et analysante du contre-transfert à partir duquel, au sein de la dimension ludique de l'échange, se révèle progressivement au patient un nouveau regard sur soi et autrui, un autre mode de liens entre les pensées et ce qui y fait obstacle, etc., soit la découverte progressive par le sujet du travail psychanalytique et de son utilisation, et qui fait de ce face-à-face une autre manière de faire de la psychanalyse (voire une psychanalyse), avec les techniques et les modes d'intervention qui lui sont propres.

Le point de vue d'un pédopsychiatre-psychanalyste

Bernard Golse

René Roussillon a bien dit* à quel point, selon S. Freud, la ligne de démarcation fondamentale ne passait pas entre psychanalyse et psychothérapie (pour lui, la psychanalyse

Bernard Golse est pédopsychiatre-psychanalyste, chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker (Paris), professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université René Descartes (Paris 5).

* René Roussillon, « Pour une clinique de la théorie », rapport au III^e Congrès francophone organisé conjointement par la Fédération européenne de psychothérapie psychanalytique (EFPP) et par l'Association de recherche en psychiatrie et psychanalyse de l'enfant (ARPPE), sur le thème « Clinique et théorie. Rupture et continuité », qui s'est tenu à la faculté de lettres de Metz, le 2 décembre 2005, rapport que j'ai eu le plaisir de discuter.

était, clairement, l'une des différentes formes de psychothérapie), mais passait principalement entre les techniques utilisant la suggestion et celles qui la refusaient.

Par ailleurs, en tant que pédopsychiatre et psychanalyste-psychothérapeute d'enfants (cette autodésignation ayant déjà, par elle-même, valeur de prise de position), le débat, me semble-t-il, ne peut faire abstraction du cadre, et c'est par là que j'entrerai dans la discussion. En effet, le cadre divan-fauteuil n'ayant pas cours en tant que tel avec l'enfant, lorsque qu'on s'est doté d'une véritable formation d'analyste et que l'on reçoit un enfant deux ou trois fois par semaine (voire davantage, ce qui, hélas, est devenu rare dans les institutions !), bien malin serait celui qui pourrait dire à l'avance si l'on va conduire une analyse au sens strict ou une psychothérapie... Souvent, c'est seulement dans l'après-coup que l'on pourra se dire si le travail a été mené sur un plan authentiquement psychanalytique ou pas. La remarque est d'importance car elle nous invite à exclure toute position idéalisante a priori.

Si l'on retient comme critères susceptibles de définir le champ de l'analyse, non seulement le cadre (dont on voit l'aspect relatif chez l'enfant), mais encore le travail interprétatif sur les contenus et les résistances mené sur le fond de la dynamique transféro-contre-trans-

férentielle, on s'aperçoit, en outre, que les choses sont loin d'être simples chez l'enfant, et que deux composantes doivent impérativement être prises en compte : les modalités de fonctionnement psychique des parents d'une part (qui permettent ou ne permettent pas d'envisager et de conduire un travail de nature réellement psychanalytique avec un enfant), l'impact du travail de supervision d'autre part. C'est pourquoi l'action de la Fédération européenne de psychothérapie psychanalytique (en service public) m'apparaît aujourd'hui digne d'intérêt.

Cette fédération regroupe un certain nombre d'associations nationales et, en France, en ce qui concerne la branche « enfants » de la fédération (à côté de la branche « adultes » et de la branche « groupes et familles »), il existe actuellement trois groupes actifs : l'un à Caen animé par D. Houzel ; un autre à Bordeaux animé par C. Geissmann (hélas, récemment disparue !) ; un autre à Paris animé par F. Jardin, A. Aubert et C. Athanassiou.

Ces groupes, dont l'objectif est d'offrir une formation sérieuse à la « psychothérapie psychanalytique », proposent à des candidats ayant déjà effectué un travail analytique personnel jugé suffisant, un cursus (sur trois ou quatre ans) qui rassemble un certain nombre de composantes existant, individuellement, de manière plus ou moins éparse, ici ou là, mais qui trouvent ici, dans ce cadre

particulier, un contenant institutionnel unificateur, à savoir une formation à l'observation directe analytique des bébés (selon la méthodologie d'Esther Bick), la participation à des séminaires théorico-cliniques, et la supervision de deux cas de psychothérapie d'enfants, dont l'un, au moins, au rythme de trois séances par semaine.

En dépit des polémiques qui ont pu naître, en France, autour de cette initiative, cet espace de formation me semble intéressant en ce sens qu'il part d'une constatation réaliste, et qui est la suivante : même si les instituts de formation des analystes en place au sein des sociétés psychanalytiques officielles sont en mesure de former des analystes d'enfants aptes à effectuer des psychothérapies d'enfants de qualité (encore faudrait-il, pour cela, que lesdits instituts offrent effectivement une formation théorico-clinique spécifique du champ de l'enfance, et notamment la possibilité d'un contrôle d'analyse d'enfant, ce qui, on le sait, est encore loin d'être le cas !), le nombre d'analystes ainsi formés est indubitablement insuffisant pour répondre à l'ensemble de la demande et des besoins en la matière.

À partir de là, la FEPP pourrait éventuellement être conçue comme une sorte d'espace intersociétés d'analyse, qui fournirait aux futurs thérapeutes ainsi qu'aux analystes en formation dans telle ou telle société, la formation

qui leur manque en matière d'analyse ou de psychothérapies d'enfants et d'adolescents, voire en matière de thérapies psychanalytiques conjointes parent(s)-bébé. Inutile de dire que nous en sommes encore loin... Mais là n'est pas notre propos dans le cadre de cette réflexion.

Ce qu'il importe de souligner, c'est que cet espace FEPP ne s'obsède pas sur la distinction, en fait relativement théorique chez l'enfant, entre psychanalyse et psychothérapie. L'accent est mis, au contraire, sur la question du travail avec les parents et sur la qualité du travail de supervision qui permettent de définir le niveau du travail possible et celui du travail effectivement atteint. C'est par la qualité de la supervision que l'on peut en particulier étayer convenablement des élèves non analystes au sens d'un cursus analytique complet, dans la conduite de cures de patients s'avérant finalement plus lourdes que prévu, et s'inscrivant de fait dans un travail analytique véritable.

Une autre manière de réfléchir à cette problématique de la psychanalyse, versus la psychothérapie, est de se pencher sur la question du cadre. Dans le champ du psychodrame auquel le label « psychanalytique » est aujourd'hui assez couramment reconnu, il existe une triple décondensation, ou triple déploiement, du cadre (parce que tout ne passe pas par le langage, parce que le transfert est diffracté sur

plusieurs thérapeutes, et parce que les indications concernent des patients au psychisme moins différencié que les patients névrotiques standard, s'il en est...) ; de la même manière, il existe une décondensation du cadre analogue dans nombre de dispositifs thérapeutiques avec les bébés, les enfants et les adolescents, comme a pu le montrer utilement J.-M. Dupeu.

La distinction entre psychanalyse et psychothérapie ne renvoie donc pas du tout, ici, à une distinction structurale du type névroses, psychoses ou états-limites. À cadre décondensé comparable, la distinction renvoie plutôt à la profondeur du travail atteint et au remaniement structural qui en découle, ce qui, encore une fois, ne pourra souvent être précisé qu'après coup, l'important étant, dans tous les cas, de mettre en œuvre les conditions potentielles d'un authentique travail psychanalytique.

Dans le cadre de ces quelques lignes, il est difficile d'aller beaucoup plus loin. J'aimerais seulement faire quelques remarques ponctuelles, en guise de conclusion. La place de la sexualité infantile se trouve, bien évidemment, au cœur du modèle de la cure psychanalytique, mais aussi au cœur de celui des psychothérapies dites psychanalytiques. Ce n'est donc pas là le véritable point de divergence ou de démarcation. En revanche, c'est la place faite au travail interprétatif (non seulement des contenus, mais aussi des résistances et du transfert) qui peut

nous fournir la pierre angulaire de la réflexion. En sachant toutefois, que l'analyse des structures dites archaïques (de type autistique notamment) nous invite à approfondir soigneusement les champs respectifs du travail de verbalisation et du travail d'interprétation proprement dit (A. Alvarez). Nous avons encore beaucoup à apprendre et à comprendre ici, ne serait-ce que parce qu'un simple travail de verbalisation peut aussi revêtir une fonction d'interprétation contenante, et parce que, d'autre part, notre théorie de l'interprétation est encore loin d'être complète.

Le travail avec les bébés et les très jeunes enfants peut déjà, et pourra encore, beaucoup nous apporter dans ce domaine, en mettant la question des émotions, du corps et de la narrativité préverbale au tout premier plan. Interpréter est en soi un acte de langage qui modifie le monde représentationnel de l'autre. Mais par où passe l'effet des différentes sortes d'interprétation propres à la pratique analytique, et par où passent les effets des verbalisations plus focalisées de la pratique psychothérapique ?

La discussion demeure encore largement ouverte, et elle me semble aller bien au-delà de la simple question de savoir si la psychothérapie reconnaît ou non des objectifs plus circonscrits et plus définis a priori que la cure analytique *stricto sensu*. Je parierais volontiers

que le travail psychothérapeutique et psychanalytique avec l'enfant peut s'avérer très heuristique non seulement pour préciser les distinctions entre les deux perspectives, mais aussi pour venir féconder le champ de la psychanalyse en général, et celui de la cure-type en particulier.

Attention : un mot peut en cacher un autre... !

Roger Perron

À la question : « Est-il légitime d'établir une distinction entre psychanalyse (cure psychanalytique proprement dite) et psychothérapies psychanalytiques ? », ma réponse est immédiate, instinctive : « Mais c'est la même chose ! »

J'admets que la réponse, quelque peu brute, demande à être affinée et justifiée. On peut remarquer d'abord que dans cette question le terme « psychanalyse », employé au singulier, est précisé comme désignant la cure ; et que,

Roger Perron, psychanalyste, SPP.

passant du substantif à l'adjectif, il vient ensuite spécifier des psychothérapies, au pluriel.

Je me méfie des mots. Ce sont des serviteurs nécessaires, mais parfois insidieusement voleurs de sens. Humpty-Dumpty nous l'avait bien dit : les mots peuvent être infidèles, surtout les plus polysémiques, même si on les paye bien, disait-il ; et il ajoutait : la question est de savoir « qui est le maître ». Or nous avons pris des habitudes contestables. Dans la formule que je relève, on peut signaler plusieurs mots infidèles, si ancrés dans les habitudes qu'ils risquent de passer en fraude des pseudo-évidences.

D'emblée le terme « psychanalyse » lui-même est ambigu, puisqu'il peut désigner tout aussi bien « une » psychanalyse comme entreprise individuelle que « la » psychanalyse comme discipline. La question que j'épluche ici précise qu'il s'agit du premier sens, celui d'une entreprise – je préfère dire « une aventure » – personnelle, celle de la « cure psychanalytique proprement dite », ce qu'on appelle souvent aussi la « cure classique », autrement dit la situation divan-fauteuil. Nous sommes très généralement d'accord, me semble-t-il, pour penser qu'il s'agit là du paradigme de toute la psychanalyse, au sens le plus général du terme, même si le psychanalyste peut situer son action dans d'autres modes de relation à son patient (patient ? analysant ? analysé ? client ? etc. On

disait autrefois, bravement, son « malade »). Il n'est pas neutre d'appeler cela une « cure », ou un « traitement ». Les deux termes désignent une action de soin, au sens médical du terme (et non pas du soin dans d'autres sens, comme s'agissant de la mère qui donne ses soins à son bébé, de l'écolier qui soigne son écriture, du soigneur qui soigne le boxeur qui soigne sa gauche, etc.). Il s'agit bien du soin au sens médical. On retrouve ici le poids de l'histoire de la psychanalyse, et des tensions qui ont pu opposer, institutionnellement, médecins et non-médecins. Même si « traitement » a un aspect plus médicamenteux, et « cure » fait plus penser à un séjour thermal, il s'agit bien de soigner, au sens de la médecine. Dès lors, la « cure » psychanalytique est bien, par définition, une psychothérapie ; on y soigne des malades, à tout le moins des gens qui vont mal, qui souffrent de bleus à l'âme.

Sous cet angle, le débat pour savoir s'il convient ou non de considérer la « cure » psychanalytique comme une psychothérapie pourrait se clore simplement : puisque « cure » il y a, la psychanalyse est une psychothérapie. Cependant, bien évidemment, ce n'est pas si simple. Passons sur les raisons d'opportunité qui pourraient militer pour une réponse négative (non, la psychanalyse n'est pas une psychothérapie), afin que le praticien de la psychanalyse ne soit pas pris dans les rets d'une définition légale des psycho-

thérapies. Cela peut être politique, mais n'a pas grand-chose à voir avec une réflexion au fond.

Le plus infidèle des mots infidèles qui se bousculent dans cette affaire est sans doute le terme « psychothérapie ». Au sens large, cela désigne toute entreprise thérapeutique portant sur les troubles, difficultés, malaises, dysfonctionnements, etc., de... de quoi ? Faut-il dire la psyché, le psychisme, l'appareil psychique, l'esprit, l'âme, etc. ? (Ici encore les mots sont bien infidèles : c'est cette infidélité qu'utilisent les gourous de telle ou telle secte pour se désigner comme « psychothérapeutes » en arguant qu'ils prennent soin de l'âme de leurs ouailles...) Cependant, les psychanalystes ont la fâcheuse habitude de prendre le terme en un sens plus restreint, et de désigner comme « psychothérapie » ce que, en tant que psychanalystes, ils font avec un patient (client, etc.) assis dans un fauteuil et non pas allongé sur un divan. Pour éviter la confusion avec d'autres entreprises psychothérapeutiques, on spécifie alors (pas toujours) qu'il s'agit de psychothérapie « psychanalytique »... ou « d'inspiration psychanalytique », ou « psychodynamique ». Les termes depuis quelque temps fleurissent, d'où une belle confusion : que fait exactement ce monsieur qui se revendique « psychodynamique » ?

Cette confusion est extrêmement nocive. On l'a bien vu dans un récent rapport INSERM (« Trois approches évaluées ») où elle a couvert des

entreprises hétéroclites (le plus souvent des « thérapies brèves ») toutes désignées comme du domaine d'une « approche psychodynamique (psychanalytique) », regroupées là sous le simple prétexte que les psychothérapeutes en cause se désignaient eux-mêmes comme psychanalystes, ou disaient « s'inspirer de la psychanalyse ». Et ce « rapport », en une belle utilisation de l'infidélité des mots, invite dans ses conclusions générales à glisser de l'expression « approche psychodynamique (psychanalytique) » vers, tout simplement, « psychanalyse », pour établir que cela ne soigne pas grand-chose... On trouve à son apogée cette exploitation hostile de la confusion si l'on descend, plusieurs degrés au-dessous, vers le plus récent *Livre noir de la psychanalyse* qui en donne un malodorant exemple. C'est un mauvais lieu, remontons.

Actuellement, bien d'autres techniques de « soin » que la psychanalyse et ses « variantes techniques » se disent psychothérapeutiques. Libre à leurs praticiens de dire ce qu'ils entendent par là. Il nous appartient, à nous psychanalystes, de dire ce que nous désignons ainsi. Je crois qu'on ne peut plus poser la question comme au temps bien révolu du débat entre Nacht et Lacan, un débat durci sous la forme d'une alternative : ou bien la psychanalyse est une thérapeutique, ou bien c'est une démarche de remaniement de soi qui ne guérit que « de

surcroît ». Mais elle est l'un et l'autre ! Cela dépend du patient, c'est-à-dire de l'indication ; cela dépend du psychanalyste, c'est-à-dire de sa façon de poser l'indication ; cela dépend de la technique choisie (divan, face-à-face, ou d'autres formes d'action) ; cela dépend de la façon dont l'analyste « conduit » cela ; et cela dépend, finalement, de l'ensemble des modalités de développement du processus, dans cette interaction analyste-patient particulière.

Nous avons tous l'expérience de cas de face-à-face où se développe un authentique processus psychanalytique, et de « cures de divan » qui paraissent ne devoir jamais y parvenir. Le pronostic est délicat, parce que cela dépendra du fonctionnement psychique du patient, de sa demande (telle qu'elle est posée à l'origine et telle qu'elle évoluera), et cela dépend des réponses possibles de l'analyste. En tout cas, il n'est plus de mise de considérer le face-à-face comme une forme mineure d'analyse, non plus d'ailleurs que de suivre la mode qui, ensuite, a considéré la pratique du face-à-face comme plus difficile.

Comme à bien d'autres je pense, il m'est arrivé de me demander « en quoi ce qui se passe en ce moment est-il psychanalytique ? En quoi suis-je en ce moment psychanalyste ? » Cela dans le cas du divan-fauteuil tout autant que dans celui du fauteuil-fauteuil ; mais cette question m'est venue plus souvent encore dans le cadre d'une

longue pratique du psychodrame psychanalytique. En ce cas en effet, la figuration d'action invite à bien des chemins de traverse, et le psychanalyste doit se surveiller pour rester psychanalyste et ne pas glisser vers la position du comédien amateur qui improvise. La meilleure réponse que j'ai pu trouver, ce n'est pas : c'est parce qu'il y est question de sexualité, d'inconscient, de traces mémorielles, d'enfance, de traumatismes, etc. ; tout cela est vrai, mais pourrait sous-tendre une autre pratique que psychanalytique. Ma meilleure réponse possible – sans doute insuffisante – est : « Je me sens psychanalyste lorsque je garde en ligne de mire ce postulat fondamental : derrière le sens apparent, un autre sens est possible, et derrière celui-ci un autre encore. Le pari est celui de la multiplicité des sens, de la polysémie. »

Après tout, les mots sont peut-être infidèles, mais c'est aussi leur charme : c'est leur liberté, donc la nôtre...

Entre psychanalyse et psychothérapie psychanalytique : une tension dynamique

Serge Frisch

Dans *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, A. Green¹ avertit avec force : « On ne voit plus très bien comment (la théorie psychanalytique) qui se désintéresse à ce point de l'environnement pour y faire prévaloir des idées issues du seul cadre analytique, peut mériter de l'intérêt dans le patrimoine des connaissances actuelles. Une psychanalyse qui dissocie à ce point ce dont elle est témoin dans le monde et ce qu'elle est amenée à connaître à

Serge Frisch, psychiatre, psychanalyste (Société Belge de Psychanalyse, IPA).

1. A. Green, *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, Paris, PUF, 2002.

l'intérieur du cadre analytique devient littéralement schizophrénique. » A. Green semble dire que la psychanalyse n'est pas renfermée sur elle-même et doit évoluer avec le monde actuel sous peine de devenir obsolète, mais, j'ajouterais, sans pour autant y perdre son âme. En fait, la psychanalyse ne s'est jamais sclérosée ; Freud en premier a bouleversé sa théorie (introduction de la seconde topique par Freud), elle s'est adaptée à l'environnement de son exercice (cf. la psychanalyse sans divan en institution), aux incidences sur la théorie des changements sociaux en perpétuelle évolution (pensons à *Deuil et mélancolie* de Freud écrit lors de la Première Guerre mondiale, ou encore aux apports de Bion avec les théories sur les groupes après la Seconde Guerre mondiale), en introduisant des modifications techniques ou des adaptations du cadre (psychanalyse de groupe, de couple, psychodrame), ou encore aux modifications du cadre avec certaines pathologies (états limites, patients psychosomatiques...) sans oublier les développements en psychanalyse des enfants, pour ne pas en citer plus. Tous les changements et évolutions, qui ont parfois mené à des remises en question déchirantes des théories et des pratiques, ont suscité des résistances chez certains analystes craignant une dilution de « l'or pur » de la psychanalyse. En serait-il de même actuellement dans le débat (schizophrénique ?) entre psychanalyse et psychothérapie psychanalytique ?

Il existe des relations dialectiques à la fois complexes et intimes entre psychanalyse et psychothérapie psychanalytique. La psychanalyse sert clairement de référentiel pour les psychothérapies psychodynamiques. En effet, la psychothérapie psychanalytique ne peut être évoquée hors du contexte de la psychanalyse puisqu'elle se réfère à la fois à sa théorie à travers la métapsychologie freudienne, à sa technique à travers des notions de neutralité, d'interprétation, de travail sur le transfert et le contre-transfert, et à son cadre. A notre connaissance, Freud n'a d'ailleurs jamais opposé psychanalyse et psychothérapie (psychanalytique). « On ne peut échapper, sous peine de sclérose ou de dilution, à une tension dialectique entre un modèle vers lequel on doit tendre et les nécessaires adaptations de ce modèle à la clinique individuelle. Sans la référence au modèle psychanalytique, la démarche thérapeutique risque de s'abâtardir ou de perdre sa spécificité ; sans les adaptations de ce modèle, la pratique se fige, ne serait-ce que parce qu'elle n'est possible que dans un certain cadre qui suppose des conditions préalables et ne peut concerner qu'une minorité de personnalités qui présentent un certain type de fonctionnement mental² ». Vue sous cet angle, la psycho-

2. P. Jeammet, « Le perçu, l'agi et la représentation dans le processus psychanalytique », débats de la psychanalyse : psychothérapies psychanalytiques, *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, 1998, p. 29-48.

thérapie analytique est une technique dérivée de la psychanalyse et en lien étroit avec cette dernière. Il existe une proximité de fait marquée par des ressemblances mais également par des différences. Ces dernières se situent surtout, nous semble-t-il, au niveau des buts et des moyens mis en œuvre pour les atteindre. Certains auteurs, en revanche, différencient le champ de la psychothérapie psychanalytique non par son contenu mais par la formation de celui qui la pratique. Ne seraient psychanalytiques que les psychothérapies effectuées par des psychanalystes et non celles effectuées par des psychothérapeutes qui ne sont pas membres de sociétés de psychanalyse.

À l'heure actuelle, selon René Roussillon, « la psychanalyse est la théorie la plus complète et la plus avancée qui tente de rendre compte de l'intégralité du fonctionnement psychique normal et pathologique, qui ouvre sur une méthode d'observation et sur une clinique générale de la souffrance psychique et des pratiques de soins à y apporter³ ». Cet auteur souligne que la psychothérapie est psychanalytique à condition de s'appuyer sur le corpus théorique psychanalytique. Les pathologies que

3. R. Roussillon, « Quelques remarques épistémologiques à propos du travail psychanalytique en face-à-face », débats de la psychanalyse : psychothérapies psychanalytiques, *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, 1998, p. 67-76.

nous rencontrons actuellement dans nos consultations sont surtout celles de l'agir, du narcissisme, du désespoir, des difficultés de symbolisation et des somatisations. Ces patients ont de grandes difficultés à être seuls, tout manque devient insupportable et doit être comblé immédiatement. Les angoisses profondes, les sentiments de rage, de désespoir et de terreur caractérisent bien souvent ces patients dont la psyché est construite sur le clivage et est constituée d'éléments non symbolisés, bien plus que basée sur le refoulement et la remémoration. Le travail analytique dans ce genre de situation est donc très spécifique et la question se pose de savoir si le modèle classique de formation analytique est celui qui y prépare le mieux le clinicien. La relation thérapeutique, du fait que le patient ressent l'analyste trop proche ou trop loin, a parfois un effet traumatique pour le patient. Dans ces conditions, le travail thérapeutique souvent centré autour du travail du cadre commencera à raison d'une ou de deux séances par semaine en face-à-face pour que du perceptif advienne progressivement de la pensée. La sollicitation contre-transférentielle est alors intense et, bien plus que dans une cure-type, l'analyste sera amené à être plus actif, parfois hors de sa neutralité bienveillante. Les psychothérapeutes psychanalytiques souvent plus à l'aise dans l'interaction avec le patient, ne seraient-ils pas alors mieux formés pour faire

face à ces patients, du moins dans un premier temps, avant d'entreprendre une cure psychanalytique type⁴ ? Et Roussillon de proposer pour ce travail « sous le regard de l'autre » une formation spécifique pour les psychanalystes.

Depuis ses origines, la psychanalyse n'a jamais cessé de s'interroger sur sa propre pratique, sur ses dispositifs. Elle possède ainsi les instruments pour analyser les incidences des différents dispositifs de soins sur les processus en cours. Il reste à prouver que les élaborations déduites de la pratique de la cure-type puissent être transposées telles quelles sur la pratique psychothérapeutique. Y a-t-il un processus psychothérapeutique différent du processus psychanalytique ? Quelles sont les incidences du dispositif lors d'un travail psychothérapeutique fait à basse fréquence, comparé à un travail à haute fréquence ? Actuellement, de plus en plus de patients partagent leur vie professionnelle entre différents pays, voire continents, de sorte que le dispositif thérapeutique qui leur est proposé ne peut être qu'un dispositif discontinu. Et pourtant, en règle générale, un processus thérapeu-

4. Sandell et coll., « Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long term psychotherapy : a review of findings in the Stockholm outcome psychoanalysis and psychotherapy project » (STOPP), *Int. J. Psychoanalysis*, vol. 81, 2000.

tique a bien lieu⁵ ! On est loin alors des buts analytiques initiaux de Freud : « que le Moi advienne où était le Ça » ou « de rendre conscient l'inconscient ». Mais les patients aux malaises existentiels souvent indéfinis et indéfinissables nous demandent une aide plus concrète, plus ancrée dans la réalité, avant qu'ils ne puissent éventuellement envisager une cure de parole plus traditionnelle.

Pour Freud, il n'y a pas d'opposition entre psychanalyse et psychothérapie, mais il y a plutôt une adaptation de la technique aux pathologies spécifiques des personnes qui consultent. Et de fait, la psychothérapie psychanalytique s'est développée en prenant appui sur la psychanalyse, mais aussi en développant des aspects techniques différents, et peut-être même processuels différents, pour s'adapter aux pathologies rencontrées. La démarche psychothérapeutique ne se fait alors pas par défaut en référence à la cure-type, mais par rapport à des indications précises, et aussi par rapport à des buts plus précis.

L'analyse doit se soumettre à ces questions, y apporter des réponses, et certainement en retour, être elle-même influencée et transformée par ces réponses.

5. M. Giovannetti, « De l'hospitalité dans la clinique psychanalytique aujourd'hui », *Revue belge de psychanalyse*, Liège, Société belge de psychanalyse, 2005.

Psychothérapie : un mot-girouette ?

Roland Gori

Est-il légitime d'établir une distinction entre psychanalyse (cure psychanalytique proprement dite) et psychothérapies psychanalytiques ? Indépendamment même du principe de cette distinction, comment prendre en compte les variations des pratiques et des théories du processus thérapeutique ?

Un même mot n'est pas un même concept, et le débat actuel autour des décrets d'application de l'amendement 52 de la loi du 9 août 2004 sur l'usage du titre de psychothérapeute le

Roland Gori, professeur de psychopathologie clinique à l'université d'Aix-Marseille et psychanalyste, membre d'Espace analytique.

démontre amplement. Dans l'avant-projet des décrets d'application que la Direction générale de la santé a remis aux représentants des associations de professionnels concernées par la psychothérapie, nous trouvons une définition bureaucratique de la psychothérapie réduite aux « quatre principales approches de psychothérapie validées scientifiquement (analytique, systémique, cognitivo-comportementaliste, intégrative) » (article 8). La référence médico-administrative à la validation « scientifique » des « quatre approches » procède d'un cache-misère rhétorique plaçant sous le manteau de miséricorde de la science la nudité et l'indigence de l'épistémologie de ce catalogue à la Prevert. Ici nul besoin de réflexion épistémologique ou méthodologique, on rassemble au nom du contrôle social et sanitaire un ensemble de pratiques qui, sous le même nom, procèdent de concepts totalement hétérogènes.

Pour nombre d'entre nous, les TCC ne sont pas des psychothérapies et leur rationalité technique procède d'une démarche psycho-rééducative permettant la réhabilitation de scénarios et de schémas d'apprentissage sinistrés. C'est toute une conception cognitivo-instrumentale de l'individu qui fait bien souvent du psychologue l'instrument d'un pouvoir qui transforme l'homme en instrument pour reprendre la célèbre phrase de Canguilhem. Les psychothérapies systémiques et familiales procèdent d'un

autre paradigme épistémologique qui fonde sa rhétorique d'influence sur la communication et l'analyse des interactions. Cette approche systémique suggère une décentration de l'individu isolé pour agir efficacement sur le contexte relationnel dans lequel il s'insère. Elle procède essentiellement de la psychologie sociale et environnementale tout en se réclamant davantage de l'efficacité que de la vérité. Quant à la psychothérapie intégrative, comme son nom l'indique, elle relève d'une épistémologie éclectique, molle, qui libère le praticien des contraintes méthodologiques pour doser à sa convenance toutes les techniques que la pathologie du patient lui semble requérir. C'est dire que l'on gagne ici en flexibilité et en liquidité ce que l'on perd en rigueur et en consistance méthodologique. Comme on le sait, le seul ensemble qui soit aussi son propre sous-ensemble est l'ensemble vide... En conséquence de quoi, si comme je le pense, la psychothérapie psychanalytique se fonde sur un paradigme épistémologique radicalement hétérogène à ce qui précède, il convient de ne pas la dissocier de la psychanalyse proprement dite. En effet, toutes deux demeurent subordonnées aux mêmes règles méthodologiques et aux mêmes concepts fondamentaux.

De mon point de vue, les psychothérapies psychanalytiques constituent des variantes, des ajustements des modalités d'un travail psychana-

nalytique qui procède de la même méthode que celle mise en œuvre dans la cure. Ces variantes et ces ajustements sont des traitements authentiquement analytiques nécessités par les problèmes que posent des situations cliniques et pratiques particulières. Le travail psychanalytique s'effectue au cas par cas et à distance d'une idéalisation qui imposerait au praticien un protocole formel, homogène et standard.

Avant d'être un corpus théorique ou une situation « ultraclinique », la psychanalyse est avant tout une méthode mise en acte dans une pratique dont le transfert s'avère l'opérateur et le concept fondamental. Quant à la question de savoir, comme on le dit traditionnellement, si l'analyse du transfert serait la spécificité de la cure par opposition aux psychothérapies psychanalytiques, elle me paraît conduire à une impasse. Non seulement il nous faudrait préciser davantage ce que les uns et les autres entendent par « analyse du transfert », mais encore on risquerait de réduire la pratique analytique à une technique dont Freud, comme Lacan, Ferenczi ou Winnicott, ont su montrer qu'elle demeurerait subordonnée aux effets de transfert de l'analyste sur la vérité de l'analysant qui l'affecte. Pour le dire autrement, l'analyste fait acte analytique lorsque, à certains moments de la cure, il se montre psychothérapeute en tant que cette posture se trouve subordonnée au dialogue analytique et ne procède pas d'une

autre finalité. C'est pour moi toute la question. La psychanalyse n'a pas d'autre finalité que sa mise en œuvre, et comme le rappelle Conrad Stein, tout projet fait obstacle à la méthode de l'analyse, et ce quel que soit le projet thérapeutique ou didactique. À partir de cette position éthique et épistémologique, c'est seulement dans l'après-coup que l'on pourra constater les effets d'un travail analytique et en délimiter la portée. Ce travail analytique ne saurait se confondre avec les conditions de sa mise en œuvre et en particulier la situation concrète qui en assure le développement. On peut ainsi, dans l'après-coup, constater qu'une analyse n'aura été pour tel ou tel patient qu'une psychothérapie, alors que pour tel ou tel autre « en psychothérapie » une analyse a pu avoir lieu.

De même que la souffrance au nom de laquelle le patient vient consulter ne saurait se confondre avec la souffrance spécifique de la cure que le transfert actualise, de même les effets psychothérapeutiques d'un travail psychanalytique ne sauraient se confondre avec la finalité programmatique d'une psychothérapie. La pesée d'un tel projet ferait obstacle à la méthode. On l'aura compris, pour reprendre les termes chers à Pierre Fédida, pour moi la psychothérapie psychanalytique n'est pas une « psychanalysette » mais bien plutôt une « psychanalyse compliquée ». Je préfère quant à moi dire « ajustée » aux problématiques des

patients telles qu'elles se manifestent dans les situations cliniques. C'est un acte authentiquement analytique d'en tenir compte, et Winnicott comme Ferenczi, sur cette question, nous ont énormément appris. Par exemple, la psychanalyse avec certains jeunes enfants ou certains patients, ou encore dans certaines situations, ne saurait être initialisée selon le protocole habituel. Ce serait une nouvelle violence que d'essayer à tout prix d'y conformer nos patients, et donc anti-analytique. Alors, la méthode nécessite des ajustements pour permettre à la fonction symbolique de la parole de produire ses effets. C'est bien souvent l'analyste qui s'ouvre alors aux effets de l'analyse pour se positionner dans l'interlocution et permettre une subjectivation des questions.

Nous connaissons le travail remarquable de Jacques Hochmann qui a donné toute son importance à la valeur symbolique de l'aide matérielle dans la prise en charge des patients psychotiques. Il a montré comment les signaux de l'espace soignant pouvaient devenir les possibles signifiants d'une désaliénation. Dans ce cas, les symboles se greffent sur la syntaxe des objets familiers en passant de l'utile à l'effet signifiant. Au moins pour les thérapeutes, dans de telles pratiques, les conditions matérielles du soin peuvent se trouver élevées à la dignité d'occasions d'un travail authentiquement analytique. Pour conclure, l'expression « psychothérapie

psychanalytique » porte en elle-même une contradiction fondamentale, car aucun projet, fût-il de soin, ne saurait peser sur la méthode analytique. Quant à la spécificité de cette méthode, c'est de tenir compte plus que toute autre des conditions de sa genèse et de sa mise en œuvre.

Quelle place accorder aux institutions psychanalytiques, à des institutions de psychothérapie psychanalytique, à l'université, aux structures de soins ?

L'évaluation des pratiques psychothérapeutiques dans le domaine du soin semble une nécessité. Quelle place réserver à l'expertise individuelle fondée sur la qualité de la formation (initiale ou continue) ? Quelle place accorder aux recherches empiriques et selon quelles orientations méthodologiques doivent-elles être développées ? Quelle place accorder à la recherche conceptuelle ?

Compte tenu de ce que je viens de développer, il apparaît que la transmission de la psychanalyse est inséparable de la mise en œuvre de sa méthode, et qu'elle ne saurait constituer un projet déterminé à l'avance, sauf à risquer d'y faire obstacle. L'histoire singulière de cette transmission peut se trouver archivée par des institutions de psychanalystes (et non par des institutions psychanalytiques). À cette occasion, les psychanalystes de ces institutions

peuvent offrir des dispositifs d'habilitation et de formations spécifiques qui permettent à chaque sujet qui en fait la demande d'éprouver et d'analyser les enjeux subjectifs que mobilise la reconnaissance sociale de ce travail, au nom de laquelle il est venu se présenter. L'institution demeurant libre, à l'instar de toute association, d'inscrire à un titre ou à un autre le postulant qui en fait la demande et dont on peut espérer que le travail qui s'en est suivi, et quels qu'en soient les résultats, ait eu aussi des effets analytiques. Ici je suivrai volontiers Jacques Lacan et François Perrier rappelant qu'il n'y avait pas de formations de l'analyste mais simplement des formations de l'inconscient.

Quant à la place de l'université, je m'en suis longuement expliqué dans un numéro d'*Études freudiennes*. Disons qu'à suivre Freud, il est évident que les étudiants, dans la plupart des formations universitaires, apprendront quelque chose *sur* la psychanalyse plutôt que *de* la psychanalyse. On peut y enseigner les différentes métapsychologies et les concepts fondamentaux de la psychanalyse. On peut aussi y enseigner la psychopathologie clinique qui se décline comme une méthode au cas par cas, méthode du singulier, et procède de la connaissance tragique du *pathei mathos*. On peut aussi y apprendre les différentes constructions psychiatriques et psychologiques qui tentent de rendre compte de l'humain, des formes de sa souffrance

et des conditions tragiques de son existence. Ne serait-ce que pour pouvoir ensuite les déconstruire... Mais ce savoir académique ne s'inscrit pas dans la même région ontologique que le savoir inconscient. Aussi, pour permettre aux étudiants-praticiens du soin psychique (psychiatres et psychologues) d'entrapercevoir cette autre région que suppose l'hypothèse de l'inconscient, il convient de prendre en compte d'autres expériences de formations actuellement en œuvre dans les universités. La première est bien évidemment l'expérience des stages cliniques qui permet aux étudiants praticiens de se confronter à la souffrance, celle des patients comme la leur. Cette expérience clinique constitue le *réel* du savoir académique puisqu'elle en dévoile le manque à être. Le savoir est une chose, en faire l'expérience en est une autre. Ensuite, il y a les groupes de supervision et d'analyse des situations cliniques qui permettent d'analyser, pour un étudiant-praticien, une part des effets intersubjectifs que la rencontre avec la problématique d'une clinique a pu produire sur sa manière de l'entendre et d'en parler. À distance de l'apprentissage d'une technique ou d'un fantasme de psychanalyse, cette expérience d'analyse des situations cliniques est le point pivot d'une formation authentiquement psychopathologique.

Dans tous ces cas, on peut espérer que si quelque chose se trouve transmis de la psych-

nalyse et non seulement sur la psychanalyse à l'université, cela proviendrait non pas d'un projet ou d'un programme, mais de la position d'énonciation qu'un psychanalyste occupe dans son enseignement et qui fait qu'on ne peut le confondre avec un agrégé de philosophie ou un érudit du CNRS intervenant sur les mêmes motifs. C'est donc à son insu, dans sa parfaite « inconscience », qu'un analyste peut de son plein gré transmettre aux étudiants quelque chose *de* la psychanalyse.

J'ai bien conscience qu'en reformulant de cette manière les questions, je ne peux considérer les pratiques d'évaluation actuelles que comme des formes modernes de contrôle social auquel le théoscientisme contemporain a apporté la légitimité qui lui manquait. Mais c'est une autre histoire...

Pour conclure, je dirai avec Conrad Stein : « Nous sommes habitués à penser que la psychanalyse se transmet sur le divan. Cette habitude est fort commode car elle permet d'éluder la question en confondant les processus de la transmission avec les exigences du protocole analytique qui n'est que sa condition habituelle¹. »

1. Conrad Stein, *L'enfant imaginaire*, Paris, Denoël, 1971, p. 336-337.

Se questionner

*Alain Braconnier
Bertrand Hanin*

Est-il légitime d'établir une distinction entre psychanalyse (cure psychanalytique proprement dite) et psychothérapies psychanalytiques ? Indépendamment même du principe de cette distinction, comment prendre en compte les variations des pratiques et des théories du processus thérapeutique ?

Cette distinction, déjà formulée par Freud, reste d'actualité. La cure-type n'est pas une psychothérapie. Sa finalité primordiale ne s'ins-

Alain Braconnier, psychiatre, psychanalyste.
Bertrand Hanin, psychiatre, psychanalyste.

crit pas dans une visée curative au sens des objectifs issus de la pratique strictement médicale. Il ne s'agit pas uniquement de fixer des buts de traitement ; il s'agit bien plus de se fixer des buts de vie, et par là même des buts de processus psychique. Pour autant, il serait réducteur de concevoir une cure-type sans une certaine dimension psychothérapique. En contrepoint, il serait inexact de concevoir la psychothérapie psychanalytique en faisant abstraction de sa spécificité psychanalytique. Pour être psychanalytique, une psychothérapie ne peut faire l'économie d'une référence à la métapsychologie freudienne, c'est-à-dire à la notion de réalité psychique et de conflit intrapsychique, à la sexualité infantile et au fait que l'interprétation ne peut se réclamer d'une approche purement herméneutique. Le principe de cette distinction ou d'une non-distinction ne peut être indépendant de la prise en compte des variations des pratiques et des théories du processus thérapeutique. Par exemple, accorde-t-on une place suffisante aux différents modes d'alliance thérapeutique ou à la distinction entre prise de conscience et perlaboration, ou encore sur quoi se fonde l'indication initiale : la capacité réflexive, associative et/ou le type de conflits internes, etc. ? Mais ces variations ne dépendent pas uniquement, comme les questions suivantes le soulignent, de cette seule distinction.

L'histoire de la psychanalyse nous montre une évolution et une diversité, tant des pratiques (écoute associative, travail d'interprétation, etc.) que des processus (modèles de transformation des représentations inconscientes et préconscientes, des affects, etc., et modèles des processus de transformation des structures psychiques et des formations pathologiques). Cette évolution permet-elle de répondre à la question posée ou celle-ci nécessite-t-elle d'autres approches ?

Lorsque l'on parle de modèle, encore faut-il savoir de quels modèles on parle : s'agit-il d'un modèle du fonctionnement psychique ? D'un modèle issu de la psychopathologie ? D'un modèle se référant à un autre champ de connaissance (sciences dites fondamentales ou autres sciences humaines) ? Ou encore d'un des modèles du processus psychanalytique lui-même. Freud, en son temps, a su être à l'écoute des autres champs de connaissance sans pour autant compromettre son axe de réflexion, de théorisation et de pratique. L'évolution devrait permettre aujourd'hui encore de répondre à cette distinction entre cure-type et psychothérapie telle que lui-même se l'était posée. Est-ce le cas ? Une recherche sur l'épistémologie psychanalytique et la pratique des débats devrait permettre, au moins pour une grande part, d'y répondre.

L'évolution et la diversité, tant des pratiques (écoute associative, travail d'interprétation, etc.) que des processus (modèles de transfor-

mation des représentations inconscientes et préconscientes, des affects, etc., et modèles des processus de transformation des structures psychiques et des formations pathologiques), permettent incontestablement de préciser sur quel continuum (qu'il faudrait mettre justement au pluriel selon ces différents modèles), se situe cette distinction entre cure-type et psychothérapies psychanalytiques. Ce qui justifie le point de vue selon lequel prédéfinir le processus, c'est d'une certaine manière l'empêcher. Mais l'histoire de la psychanalyse est analogue à tous les champs de connaissance issus d'une pratique exercée par des hommes qui sont eux-mêmes inscrits dans un contexte et qui sont dépendants des maîtres qui les ont formés, y compris ici leur propre psychanalyste. La distinction entre psychanalyse (cure psychanalytique proprement dite) et psychothérapies psychanalytiques dépend donc néanmoins d'autres facteurs : économiques, sociaux et culturels.

Une manière de considérer les variantes de la pratique repose sur des définitions catégorielles (cf. Kernberg, Wallerstein). Cette démarche vous semble-t-elle justifiée et suffisante ? Sur quels arguments fondez-vous votre jugement ?

Cette démarche est justifiée mais insuffisante en raison du point de vue qu'il s'agit plus d'un continuum allant de la cure-type, qui est un modèle représentant un idéal (en fait jamais tota-

lement ou constamment atteint), à l'approche psychothérapique qui, si elle est psychanalytique, n'est qu'une « psychanalyse compliquée » par tous les aléas qui font qu'un idéal, par définition, n'est qu'idéal.

La prise en compte de critères psychopathologiques (états limites, psychoses, troubles narcissiques graves, etc.) est-elle une bonne manière pour décrire des variantes de la psychanalyse ? Est-elle bien étayée sur le plan de la technique et de la théorie des processus de transformation ?

Oui, car les critères psychopathologiques, déniés surtout par ceux qui ne s'y sont pas confrontés ou qui les ont formulés différemment, sont des appuis pour mettre en place une alliance thérapeutique, et au-delà sont des appuis pour des identifications solides aux patients pour pouvoir les comprendre, comprendre avec eux, et par là même qu'ils puissent se reconnaître en eux-mêmes.

Dans une perspective qui prendrait en compte avant tout (ou exclusivement) un continuum entre les critères métapsychologiques et développementaux de référence de la psychanalyse et des perspectives prenant en compte d'autres critères de référence (vie sociale, relations interpersonnelles du patient), comment formaliser le poids de ces critères théoriques dans chaque cas individuel ?

L'originalité de la psychanalyse repose ici sur l'intérêt fondamental accordé au transfert. Cela

permet de dépasser la question des critères de référence sans pour autant les annuler, qu'ils soient plus liés à une théorisation toujours à rendre vivante ou à des situations diverses que le sujet évoque dans tout traitement analytique, quel qu'il soit, comme représentations de son existence.

Comment articuler par exemple psychanalyse et facteurs sociaux ou déficit cognitif ?

Ce n'est que dans l'après-coup que l'analyste et/ou l'analysé pourra s'interroger sur ces articulations dans le traitement entrepris. Sinon, nous serons dans un autre type de technique, comme les psychothérapies institutionnelles ou la thérapie psychanalytique et cognitive (malheureusement peu exercée en tant que telle en France).

Quels concepts de référence psychanalytique tiendra-t-on pour essentiels (sexualité infantile, conflit intrapsychique, perspective topique et structurale, etc.) ?

Aucun des concepts théoriques n'est plus essentiel qu'un autre. Cela dépend du moment du traitement, du patient, du transfert, mais probablement aussi de la formation théorique du psychanalyste.

Psychanalyse et psychothérapie

Jean Laplanche

Je tenterai d'être bref et clair, tant la question a été embrouillée par des considérations importantes mais malgré tout extrinsèques (notamment de setting).

Je distinguerai l'acte psychanalytique : ce que le psychanalyste fait en tant que psychanalyste, et la pratique courante des psychanalystes, ce qu'ils font dans une cure, et plus généralement, dans le rapport avec tout patient.

Jean Laplanche, professeur, psychanalyste, membre de l'Association psychanalytique de France.

L'acte psychanalytique peut-être commodément divisé en situation et méthode, l'une et l'autre sont essentielles.

La « situation » est de radicale asymétrie. Celle-ci a pu prêter à tous les malentendus, y compris celui formulé par Ferenczi d'hypocrisie professionnelle. On sait que, de nos jours, cette asymétrie a été balayée par l'idée que la position de l'analyste, pas plus que celle de l'observateur en physique, n'a droit à aucun privilège. C'est là la fameuse ritournelle « transféro-contre-transférentielle » qui n'est absente d'aucune communication de congrès. Or, l'invention géniale de la situation analytique ne s'entend bien que couplée à une conception de la « situation anthropologique fondamentale » (adulte-*infans*) comme dissymétrie originaire, dont l'autre nom est « séduction ».

C'est seulement par la dissymétrie infantile que s'explique et se justifie l'« insupportable » dissymétrie analytique. La « neutralité » n'est pas primairement refus à l'autre (au patient) d'aide, de conseils, de savoir, etc. Elle ne se soutient que par ce qu'on doit nommer « refusement » interne de l'analyste : peut-être appréhension de ses propres mécanismes inconscients, respect de l'altérité inconsciente, et aussi sens de ses limites, ce qui implique une destitution par rapport à toute visée de maîtrise, de façonnement de l'autre, de *poïesis*.

Le transfert, si on veut lui garder une spécificité analytique, ne se conçoit que dans le cadre de cette situation qui replace fondamentalement le sujet au plus près des énigmes qui lui furent proposées dans son enfance. En plus des énigmes de l'autre interne (l'inconscient), c'est le « traitement » des énigmes de l'autre externe (les adultes, les parents) qui est, dans les cas les plus favorables, remis en chantier.

La méthode est, comme son nom l'indique, analytique. Elle vise à mettre à découvert des éléments cachés, inconscients ou avoisinant l'inconscient, ou défensifs, dans les dires, les actes et le transfert de l'analysant. En tant que telle, la méthode psychanalytique a une visée de déstructuration. Elle cherche des éléments cachés là où on ne les attendait pas. Elle met à mal des ensembles cohérents sur lesquels toute une vie a pu s'organiser (idéologies, vision de soi et des autres, schémas narratifs, roman personnel, etc.), pour en désigner les pièces disjointes. La méthode de la psychanalyse est fondée sur la libre association (que l'on peut mieux nommer méthode « associative-dissociative »), et sur les interprétations de l'analyste, je veux dire (au sens du texte « Constructions dans l'analyse ») la façon de souligner, de « pointer » la présence d'un élément insolite, voisin de l'inconscient. L'acte psychanalytique est donc dû à l'action conjointe de l'analysant et de l'analyste, unis dans la méthode.

À proprement parler, nulle psychothérapie n'a jamais guéri, ni nulle psychanalyse. A fortiori cette dernière, si elle prenait l'allure d'un véritable champ de fouilles. Mais ce champ de fouilles est sans cesse réorganisé, reconstitué par le patient. Le seul psychothérapeute est notre « patient », et plus généralement tout être humain qui se constitue dès ses premiers jours comme sujet d'une histoire en se temporalisant, en mémorisant, en « écrivant » ou réécrivant son histoire de façon plus ou moins cohérente. « Sujet » donc d'une narration intime, unique ou ramifiée d'ailleurs. (Cela explique que le seul « compte rendu » de cas véridique soit celui du patient lui-même.)

Freud n'a pas dit autre chose (ce qu'on n'écoute plus guère de nos jours) en énonçant que la « synthèse » (dont on lui reprochait de ne pas se soucier) – ce qu'on nommerait aujourd'hui « reconstruction », « structuration », « subjectivation », etc. – n'était pas son lot, et que, comme en chimie, les éléments disjoints avaient toujours tendance à s'assembler de nouveau spontanément. La remarque vaut toujours, non pas comme une formule d'indifférence ou de refus d'assistance, mais comme test de délimitation essentielle entre psychanalyse et psychothérapie.

Comment appliquer ce critère aux mille formes contemporaines de pratique se référant ou non à la psychanalyse ? Au sein de la psychanalyse

des névroses, telle que nous la pratiquons toujours aujourd'hui, psychothérapie et psychanalyse se côtoient constamment.

Une petite partie du temps et des efforts du patient et de l'analyste vise à « analyser ». J'inclus dans cet acte le « traitement » des défenses, intimement liées aux fantasmes inconscients. La plus grande partie du temps d'une psychanalyse est consacrée à la remise en forme et en histoire de ce que l'analyse a découvert, donc à la « psychothérapie ». Une mise en histoire à laquelle l'analyste n'est pas étranger, proposant éventuellement des liaisons, des schémas narratifs et partiels, « œdipien », « castratif » ou autres, mais toujours avec prudence. Il nous faut cependant souligner que pour Freud, le « devenir conscient » d'un élément inconscient ouvrait, à lui seul, la voie à une nouvelle synthèse. Nous avons, je pense, pris du recul par rapport à cette vue « physicaliste », grâce à des notions comme celles de narrativité, historisation, voire subjectivation, qui donnent à la « perlaboration » freudienne un contenu bien plus riche, comme étant précisément le temps « psychothérapique ».

Résumons encore : toute psychanalyse est en grande partie consacrée à la psychothérapie, à l'auto-historisation du sujet, avec l'aide plus ou moins active de l'analyste. Mais l'acte psychanalytique – parfois bien rare – est autre chose. Œuvre de déliaison, il tente de faire surgir des

matériaux nouveaux pour une historisation profondément renouvelée. Après tout, nous ne nous étonnerons pas que le psychanalyste soit aussi prudent et parcimonieux : son travail de déliaison ne s'apparente-t-il pas à celui de la pulsion sexuelle de mort ?

Les psychothérapies sont multiples. Le fait qu'elles soient ou non pratiquées par des analystes ou même avec une référence analytique a peu à voir avec leur nature.

Il y a les psychanalyses qui risquent de glisser vers la psychothérapie pure et simple. L'auto-structuration, l'auto-historisation persistent, mais travaillent sur un matériau usagé, « de réemploi ». Le résultat n'est pas négligeable, mais les fondements inconscients resurgissent rarement. Pour parler en termes de « traduction », on traduit à partir d'une traduction déjà existante, avec peu de référence au texte original.

Bon nombre des psychothérapies menées par des analystes sont dans ce cas, car elles ne se donnent pas d'emblée les moyens méthodologiques permettant de sonder l'inconscient.

La plupart des psychothérapies dites non analytiques sont dans le même cas. Écouter quelqu'un avec attention et « contenance » lui permet souvent des progrès importants dans son auto-historisation. Les résultats par rapport aux psychothérapies « analytiques » (menées par des analystes) sont comparables, nous disent les

statistiques, et il faudrait vérifier sans préjugés. Notons bien que les « évaluations » en question ne prennent pas en compte les psychanalyses menées selon la méthode « analytique ».

Je laisse évidemment de côté les (psycho ?) thérapies visant à rectifier un comportement névrotique par un véritable dressage (TCC).

La psychothérapie des psychoses et des cas dits borderline graves pose un tout autre préalable : le problème même de l'indication. Est-on en droit d'aider à « délier » ce qui est déjà en mal de liaison. Ici la perspective change radicalement : le psychothérapeute est convié, semble-t-il, à participer « créativement » à la construction, en apportant ses schémas, voire ses propres matériaux. Son « implication » est maximale, au point qu'on puisse se demander si les cas rapportés ne sont pas des exemplaires uniques, auxquels le thérapeute a consacré la majeure partie de son attention et de son temps.

La multiplicité des approches et des théorisations, dans les cas exposés, montre que la plupart du temps, c'est l'idiosyncrasie du thérapeute-analyste qui est en première ligne, dans ses fondements inconscients, ses valeurs, son existence même. Autant de thérapeutes de psychoses que d'individus, et les théories font peu de poids, car elles ne font guère qu'habiller une pratique avant tout individuelle.

J'ajouterai ici un bémol : aucun aliéné ne l'est totalement ; il existe toujours en lui une part névrotique, refoulée (cf. Freud, *Le clivage du moi*). Dans cette mesure, l'analyse précautionneuse de cette part névrotique peut avoir un effet d'entraînement sur l'ensemble de la personne, y compris sa part psychotique (voir mon schéma : trois acceptations du mot inconscient dans le cadre de la théorie de la séduction généralisée).

Conclusion

J'ai voulu surtout montrer que psychanalyse et psychothérapie ne sont pas des domaines séparés mais que dans toute psychanalyse, il y a forcément de l'analyse et de la psychothérapie. « Je le pansai, Dieu le guérit ». Je transposerai : « Je débridai ses plaies, il les cicatrisa à sa façon ».

Sur l'opposition psychothérapie/psychanalyse

René Roussillon

Je ne suis pas sûr que l'opposition psychothérapie/psychanalyse, telle qu'elle est couramment utilisée dans le monde des psychanalystes, ne présente pas plus d'inconvénients que d'avantages, et soit beaucoup plus qu'une machine de guerre dont je crains qu'elle ne se retourne contre la psychanalyse elle-même. Si en effet les psychanalystes récusent le

René Roussillon, professeur de psychologie, Centre de recherches en psychothérapie et psychologie clinique, université Lyon-II, psychanalyste, membre titulaire de la Société psychanalytique de Paris.

fait que la psychanalyse soit une psychothérapie, il ne faut pas s'étonner que l'argument central de ceux qui s'opposent à elle concerne précisément le fait qu'elle n'est pas efficace sur un plan thérapeutique. Je viens de relire, pour l'occasion, les écrits techniques de Freud, et je n'ai trouvé nulle trace chez lui d'une telle opposition. Pour Freud, la psychanalyse est aussi une psychothérapeutique, même si elle n'est pas que cela : il parle à plusieurs reprises de la « psychothérapie psychanalytique » pour désigner ce que l'on nomme maintenant « la psychanalyse ».

Pour lui, l'opposition ne passe pas entre la psychanalyse et la psychothérapie mais entre la psychanalyse et la suggestion, et les pratiques fondées sur la suggestion dont certaines qu'il dit « médicales ». Cette position me paraît sage et socialement efficace, c'est-à-dire de bonne politique. Elle fait de l'analyse du transfert la pierre angulaire, l'axe principal, majeur et identitaire, de la pratique psychanalytique. Le choix passe en effet par le fait d'utiliser la suggestion, celle qui est inévitable et inhérente à la situation – qui surgit de l'existence même du transfert, et sur laquelle l'analyste n'a aucun contrôle car elle ne dépend pas de lui mais du fait que ses interventions sont « reçues » à partir de la position qu'il occupe dans le transfert –, pour « dépasser » la suggestion par l'analyse du transfert, et

le fait d'utiliser la suggestion pour exercer une influence sur le patient. Qu'il s'agisse d'une « bonne » influence (je ne connais aucun soignant qui déclare ne pas vouloir le bien de son patient et l'enfer, comme on sait, est pavé de bonnes intentions) ou d'une « mauvaise » influence ne change rien à l'affaire, c'est l'influence qui fait problème pas son contenu ou son intention. Et elle fait problème pour Freud parce qu'elle est de peu d'efficacité thérapeutique profonde. Bien sûr, s'ouvre ensuite la vaste question de savoir s'il est possible d'éviter tout effet de suggestion, surtout dans la mesure où une large partie de celle-ci est un effet direct de l'existence du transfert, et dans la mesure où la théorie de l'analyste, quelles que soient les précautions qu'il prenne, ne peut pas ne pas avoir d'effets induits ou d'induction sur la vie psychique de son patient. C'est bien pourquoi on pourrait d'ailleurs se demander s'il existe « une » psychanalyse ou « des » psychanalyses, tant les différences entre les écoles produisent des manières de travailler différentes. Mais au moins on peut penser que l'analyse du transfert réduit ou tente de contrôler ces effets, en tout cas plus que l'absence de leur prise en compte.

Poursuivons notre réflexion à partir de la position de Freud, par la reprise d'une autre des questions souvent invoquées : celle de la « guérison de surcroît ». Quand Freud évoque

l'importance pour le psychanalyste de ne pas rechercher d'effets immédiats à ses interventions, quand donc la guérison est située « de surcroît », ce n'est pas au nom d'une posture qui exclurait le souci de guérir ou de soigner de son champ, c'est au nom d'une stratégie générale qui vaut par son... efficacité thérapeutique ! Il évoque alors par exemple la métaphore de la course de lévriers dans laquelle un chapelet de saucisses est promis au vainqueur ; un plaisantin s'amuse à jeter une saucisse au milieu du parcours, et les lévriers se jettent sur elle au détriment de la récompense finale, autrement plus attractive. Comment mieux dire que le problème est de renoncer à l'apaisement à court terme à l'aide d'une tentative de réassurance nécessairement alors fallacieuse (et qui donc ne rassure pas vraiment, qui n'est qu'une mauvaise réassurance, qu'une fausse solution) fondée sur la suggestion du moment, pour pouvoir effectuer le travail en profondeur que l'analyse du transfert permet d'envisager. Le « de surcroît » de Freud n'est pas un renvoi aux calendes grecques de la question de la guérison, c'est l'énoncé qui souligne que c'est de l'analyse et du travail de symbolisation qu'elle rend possible, que celle-ci doit être attendue, et non de n'importe quelle « voie courte ». La question passe plutôt entre une « bonne » intervention, et celle-là résulte du travail

psychanalytique, et une « mauvaise » intervention qui tente de court-circuiter le lent défilé de l'analyse et se borne à un simple effet de suggestion. La psychothérapie psychanalytique de Freud est un procédé qui se fonde sur l'appropriation subjective de l'histoire subjective et de ses enjeux historiques et actuels, sur l'appropriation par la perlaboration et la prise de conscience. Cela trace une ligne de départage qui différencie ce qui est psychanalyse de ce qui ne l'est pas, que le patient soit en face-à-face ou allongé, que le nombre de séances soit de cinq séances ou seulement d'une séance.

Pour en venir aux questions du dispositif, là encore il me semble qu'il règne une certaine confusion. Freud pratiquait à raison de cinq séances par semaine d'une heure, mais il admettait que, « dans les cas légers », trois pouvaient suffire. L'important était de pouvoir suivre « pas à pas » le fonctionnement psychique de l'analysant. Certains de nos collègues anglosaxons continuent de penser que cinq, voire six, séances d'une heure sont nécessaires pour une analyse ; pour l'IPA, quatre séances sont actuellement requises¹. Mais en France on

1. Récemment, lors du dernier congrès de l'IPA sous la présidence du professeur Daniel Widlöcher, le nombre de trois séances a été retenu.

pratique la plupart du temps à trois séances, et même de plus en plus, certains proposent simplement deux séances par semaine. On imagine les enjeux financiers de telles considérations : moins de séances mais plus chères.

Je me souviens d'un débat au sein d'un congrès de l'IPA, avec des analystes néerlandais pour qui les trois séances habituelles des Français ne pouvaient produire « que » de la psychothérapie, les analystes français s'esclaffaient en retour devant le type d'interventions de leurs collègues néerlandais qui n'étaient d'évidence pour eux « que » de la psychothérapie de soutien. Psychothérapie d'un côté de la frontière, psychanalyse de l'autre ! Sans doute un nombre significativement différent de séances va-t-il avoir des effets sur le processus psychanalytique, les différences de setting font des différences de processus : comment en serait-il autrement ? Mais est-il bien pertinent de proposer de faire de celui-ci des différences identitaires ? À moins de penser que plus on diminue les séances et plus on augmente les effets de suggestion potentiels, mais ce n'est pas l'argument avancé la plupart du temps, et on peut alors penser aussi que la diminution du nombre de séances produit une baisse de l'intensité des processus transférentiels et donc de leur potentialité suggestive.

L'opposition psychanalyse / psychothérapie peut aussi être tentée de s'appuyer sur la posi-

tion corporelle proposée à l'analysant : allongé sur le divan, c'est de la psychanalyse ; face-à-face ou « côte à côte », ce n'est que de la psychothérapie. Freud ne semblait pas non plus considérer que le face-à-face interdirait la pratique de la psychanalyse, il se bornait à constater que pour lui il en allait ainsi, et qu'il trouvait plus « confortable » que le patient soit allongé ; mais il n'en faisait pas une question identitaire de la psychanalyse. Là encore, on peut sans doute penser avec lui que le face-à-face et les « messages » visuels que l'analyste envoie, malgré lui mais inévitablement, ont plus d'effets de suggestion que la position allongée dans laquelle ces messages sont absents ou réduits. Mais, inversement, on sait aussi que certains analysants développent une certaine intolérance à cette absence d'échanges de messages visuels et à la position allongée qui les empêche, et que le dispositif mobilise alors de telles formations réactionnelles que ce que l'on gagne en modération des effets de suggestion d'un côté, est plus que largement perdu de l'autre.

Je sais aussi des sujets qui se précipitent sur le divan pour éviter de vivre ce que le transfert en face-à-face réveille en eux. Là encore, les différences de dispositifs entraînent des différences de processus : comment en irait-il autrement ? Mais pourquoi faire de la position corporelle pendant la séance une question

identitaire différenciant une pratique dite psychanalytique et une pratique de simple psychothérapie ? Une cure pratiquée à trois séances, allongé sur le divan, dans laquelle l'analyste se croit contraint « d'ajouter à l'or pur du psychanalytique le cuivre de la suggestion » est-elle plus « psychanalytique » qu'une cure à trois ou quatre séances en face-à-face dans laquelle l'analyste s'abstient de toute suggestion délibérée ?

Peut-on donc dès lors s'en tenir à ces critères formels sans autre forme de procès et décréter *ipso facto* que seules la position allongée et au moins trois séances garantissent le « psychanalytique » ? Que dans de suffisamment bonnes conditions transférentielles, un tel dispositif rassemble les meilleures conditions de l'analyse du transfert – ce que je crois – doit-il nous faire vouer aux gémonies « non psychanalytiques » les ajustements du dispositifs qui tiennent compte des particularités du fonctionnement psychique de certains analysants ou de leur situation financière ?

Continuons notre relevé des questions. Pouvons nous à l'heure actuelle « sortir » de la psychanalyse les pratiques de groupe ou les pratiques « familiales », ou celles qui se développent auprès d'enfants ? Comment situer les pratiques nombreuses dans lesquelles des psychanalystes sont conduits à ajuster le dispositif d'analyse aux particularités cliniques

des sujets à qui il s'adresse (et je ne pense pas seulement à la pratique auprès de sujets présentant des états psychotiques ou psychosomatiques, mais à toutes les pratiques qui se développent dans les institutions de soins et les structures hospitalières) ? N'ont-elles pas le droit de se dire « psychanalytiques » au nom des particularités de leur dispositif ?

J'ai souvent remarqué, lors des discussions informelles avec des collègues psychanalystes, que l'appellation de « psychothérapie » semblait autoriser une perte de rigueur et des attitudes techniques approximatives, comme si les impératifs de la pratique psychanalytique semblaient pouvoir se relâcher dès que l'on quitte la stricte définition de la cure-type, et que l'appellation de « psychothérapie » autorisait toutes les variantes et tous les aménagements ! Je comprends bien dès lors que ces mêmes collègues tiennent à opposer la psychanalyse et la psychothérapie, mais on me permettra de douter du bien-fondé d'une telle licence.

Tout cela me fait personnellement plaider pour définir les conditions fondamentales d'un « travail psychanalytique », et ouvrir la question de ses formes particulières selon ses objets et les ajustements du dispositif analysant à ceux-ci. Chaque dispositif définit un site analytique et une situation analysante qui lui sont spécifiques ; celle-ci rend possible

l'analyse d'un pan de la vie psychique qui lui est propre, mais exclut aussi de l'analyse ce que le dispositif tient éloigné par sa structure même. On n'analyse pas la même chose en face-à-face, ou côte à côte, et dans la position divan-fauteuil, pas la même chose dans un dispositif familial ou groupal que dans un dispositif individuel, pas la même chose selon la durée et la fréquence des séances, pas la même chose selon les âges de la vie. La psyché est hypercomplexe et multiple, même si le sujet tend à s'unifier ; chaque dispositif mobilise, du fait de sa configuration spécifique, des pans particuliers de celle-ci qu'il permet d'éclairer par l'analyse, ou une face particulière de ceux-ci qu'il rend interprétable. Mais chaque dispositif, du fait même des particularités de sa configuration, tient aussi éloignés du transfert d'autres aspects du fonctionnement psychique. Penser qu'au sein d'un même dispositif tous les aspects de la vie psychique peuvent être abordés relève de l'utopie ou de l'idéologie, et d'une méconnaissance des limites inévitables de tout dispositif de pratique. Que l'on requière pour la formation des psychanalystes une forme particulière de pratique psychanalytique – cure à au moins trois ou quatre séances par semaine en position allongée – est une autre question et relève d'un autre niveau de pertinence qui ne doit pas être amalgamée aux considérations

qui précèdent. Mais l'on n'évitera pas alors de rencontrer la question de savoir si cette formation ouvre l'autorisation à toute forme de pratique psychanalytique, ou seulement à certaines formes de celles-ci, et s'il n'est pas nécessaire de penser que la pratique en face-à-face, ou en groupe, ou auprès d'enfants par exemple, suppose d'autres dispositifs de formation complémentaires.

Position du psychanalyste

Jacques Sédat

« L'activité psychanalytique... ne se laisse pas manier aussi aisément que des lunettes qu'on chausse pour lire et qu'on enlève pour se promener. »

Sigmund Freud

La distinction entre psychanalyse et psychothérapie est récente, y compris dans la psychanalyse. Elle ne s'est développée qu'à partir des psychothérapies relationnelles ou non, qui ont pris naissance après guerre et surtout dans les

Jacques Sédat, psychiatre, psychanalyste, membre d'Espace analytique, vice-président de l'Association internationale d'histoire de la psychanalyse.

années 1960. Ce phénomène épistémologique est devenu politique par le développement associatif et fédératif des psychothérapeutes en Europe. Enfin, dernière étape, la scientification de psychothérapies systémiques et cognitivo-comportementales, que d'aucuns considèrent comme non rationnelles, ajoute à l'extension indéfinie du terme de psychothérapie, tout en introduisant une nouvelle variante : l'exigibilité d'une évaluation scientifique des psychothérapies. Cette évaluation en termes d'efficacité ajoute une dimension prédictive sur la dangerosité, illustrée par le dernier Rapport Inserm sur « les troubles de conduites ». Ce qui contribue à obscurcir la possibilité de subsumer sous ce terme autant de pratiques hétérogènes.

On peut donc s'interroger légitimement sur ce qui peut paraître paradoxal de la part de Freud : sa revendication initiale de la psychothérapie, au sens d'une activité psychique sur la psyché elle-même et sur son propre corps, et non pas de l'action du psychothérapeute sur la psyché de l'autre (hypnose, suggestion) ; et en même temps, un certain dépassement de celle-ci dans la psychanalyse, ce qui fait qu'il lui est paru inadéquat et non pertinent d'user du terme de « psychothérapie psychanalytique ». De ses pratiques d'origine (bains, électrothérapie, suggestion, hypnose), Freud neurologue retient que le facteur essentiel de guérison est le « rapport », qui préfigure le transfert.

Pour Franz Messmer (1734-1815), le rapport (fluide animal, médium entre l'homme et le monde) est à l'origine aussi bien de la maladie que de la guérison. Tout est également dans le rapport pour Auguste Liébault (1823-1904), médecin populaire qui guérissait par suggestion (il guérit Bernheim d'une sciatique). Et pour Bernheim (1840-1919), « tout est dans la suggestion, tout est dans la relation, tout est dans la relation de sujet à sujet ». Tout est dans le rapport, de même que tout est dans « l'attente croyante », facteur de guérison que Freud explicite, en 1890, dans son texte destiné à un livre de médecine populaire, « Le traitement psychique », où il va prendre la relève de différentes traditions. Quand Freud parle de « traitement psychique », il faut l'entendre non comme traitement *du* psychique mais comme traitement *par* le psychique. Dans ce texte qui prend en compte ses expériences à la Salpêtrière (avec Charcot) et à Nancy (avec Bernheim), tout en prenant ses distances avec eux, Freud oppose deux stades psychiques de l'attente, laquelle est « susceptible de mettre en branle toute une série de forces psychiques ayant le plus grand effet sur le déclenchement de la guérison des affections organiques¹ » : « l'attente anxieuse » qui peut intervenir dans

1. S. Freud, « Traitement psychique », dans *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, p. 8.

le déclenchement de la maladie, et à l'opposé, « l'attente croyante » qui est la « force agissante sur laquelle nous devons compter dans toutes nos tentatives de traitement et de guérison² ». D'ailleurs, Freud insiste plus loin pour montrer que le facteur de guérison réside dans le patient et non point dans le psychothérapeute : « Mais c'est dans le cas de guérisons dites miraculeuses qu'aujourd'hui encore nous voyons se produire sous nos yeux, sans le concours de l'art médical, que l'influence de l'attente croyante est la plus saisissante³. »

Cette expression d'attente croyante n'est donc que la préfiguration du transfert comme appel à l'autre, comme message adressé à l'autre. Et ce à tel point que cet abandon à l'autre se retrouve dans « l'attitude de l'enfant à l'égard des parents aimés⁴ ». Cette première caractéristique du transfert comme attente, comme appel à l'autre, s'accompagne d'une seconde : dans le transfert, l'analysant exigiblement fait appel à un tiers, que Freud dénomme la « tierce personne⁵ ». En d'autres termes, ce qui est visé dans le transfert, c'est de retrouver les fragments de l'histoire du passé, de renouer

2. *Ibid.*, p. 9.

3. *Ibid.*

4. *Ibid.*, p. 16.

5. S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, p. 245.

avec elle. C'est cette dimension inédite qu'introduit Freud avec cette affirmation inaugurale sur l'hystérie : « L'hystérique souffre principalement de réminiscences⁶. » Autrement dit, l'hystérique souffre de son histoire passée et oubliée, souffre d'un certain type de temporalité et d'un passé qui ne passe pas.

Tout est dans le rapport, mais à condition que l'analyste soit cette « tierce personne » de l'histoire du patient. Rien ne se joue au présent, dans le simple actuel de la relation.

Ainsi, la seule règle qui fonde la relation analytique, c'est la règle fondamentale dans sa double acception : du côté de l'analysant, laisser surgir les pensées, nécessairement en lien avec la relation dans le transfert ; du côté de l'analyste, « il devra se déplacer, osciller (le verbe allemand *schwingen* est traduit par *swing* en anglais) d'une position psychique à une autre selon les besoins du patient⁷ ». En déplaçant l'analyste comme figure du passé du patient, la règle fondamentale permet à celui-ci de rééditer son histoire et de la reconstruire, là où des faits et des paroles, inouïs à ce jour, peuvent enfin être convoqués et entendus. À ce

6. Communication préliminaire de 1892, dans *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, p. 5.

7. Conseils aux médecins, dans *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, p. 85 (traduction revue).

titre, la suggestion et l'hypnose représentent la résistance majeure à l'introduction à l'histoire d'un sujet, ce que rend possible non le transfert mais la règle fondamentale. Dans la suggestion et l'hypnose, dans la méconnaissance du passé et de l'histoire du patient, tout se passe dans le pur présent de la relation.

Faut-il rappeler que Freud, à l'issue du traitement d'Élisabeth von R., se revendique psychothérapeute, mais en se démarquant des pratiques psychothérapeutiques qu'il a connues : « Je n'ai pas toujours été psychothérapeute, mais j'ai été formé aux diagnostics locaux et à l'électrodiagnostic comme les autres neuropathologistes et je suis moi-même singulièrement étonné de ce que les histoires de malades que j'écris se lisent comme des nouvelles et qu'elles soient dépourvues pour ainsi dire du caractère sérieux de la scientificité. Je dois me consoler du fait que la nature de l'objet est manifestement responsable de ce résultat et non mon choix personnel ; le diagnostic local et les réactions électriques n'ont aucune valeur pour l'étude de l'hystérie, tandis qu'une présentation approfondie des processus psychiques, à la façon dont elle nous est donnée par les poètes, permet, par l'emploi de quelques rares formules psychologiques, d'obtenir une certaine intelligence du déroulement d'une hystérie. De telles histoires de malades doivent être considérées comme psychiatriques, mais

elles ont sur celles-ci un avantage, précisément la relation étroite entre l'histoire de la souffrance et les symptômes de la maladie, relation que nous cherchons en vain dans les biographies d'autres psychoses⁸. » Tout en visant ici à relativiser la « scientificité » de la psychanalyse, Freud introduit une opposition fondamentale pour la suite de ses recherches : il opère une distinction entre « l'histoire de malade » qui est analytique, car les symptômes sont rapportés à l'histoire du sujet, à sa souffrance et à son vécu subjectif, et l'histoire de symptômes (ou de maladie) qui relève d'une démarche psychiatrique, dans la mesure où le malade n'est que le support de signes dont le psychiatre fait l'inventaire, indépendamment de la souffrance du sujet et de ses processus psychiques. En introduisant le concept de « processus psychique », Freud abolit l'opposition jusqu'alors maintenue entre théorie et praxis, et surtout entre analyste et analysant.

Alors que dans la psychothérapie avant Freud, c'était le psychothérapeute qui, par l'hypnose et la suggestion, déplaçait le patient, avec Freud, c'est le psychothérapeute qui est déplacé par la parole du patient, parole qui, dans sa dimension performative, impose à l'analyste d'être le représentant d'une figure du passé. Ce qu'on va

8. S. Freud, *Études sur l'hystérie*, p. 227 (traduction revue).

donc qualifier d'espace analytique, c'est non pas un cadre objectivant mais une double position psychique qui renvoie à un espace d'interlocution de la parole et d'énonciation de l'analysant. Il s'agit d'un espace extraterritorial d'énonciation où il serait totalement illusoire de prétendre à l'objectivation et à l'évaluation.

Psychothérapies aux États-Unis

Christine Anzieu-Premmereur

Depuis les années 1940, les psychothérapies font partie de la culture américaine. Mais ce sont les thérapies behavioristes qui sont les plus pratiquées et les seules reconnues comme valides. Un psychothérapeute non behavioriste peut être un psychanalyste, un psychologue clinicien, un travailleur social sans formation spécifique ou bien un coach qui exerce en donnant conseils et soutiens actifs.

Il n'existe pas de statut du psychothérapeute aux États-Unis. Pour pouvoir pratiquer des trai-

Christine Anzieu-Premmereur, psychiatre, psychanalyste, New York.

tements individuels en institution comme en privé, il faut obtenir une autorisation officielle de l'État dans lequel le thérapeute est installé. Un niveau de doctorat et la preuve d'une pratique clinique, supervisée par un professionnel déjà reconnu par l'administration américaine pendant au moins deux ans, sont requis pour obtenir l'autorisation de passer un examen de *Licensing*, qui fait le tour des données scientifiques les plus récentes en psychiatrie, psychologie, neurologie. La réussite à cet examen donne l'autorisation de voir des patients. Il faut réévaluer régulièrement les connaissances pour prolonger cette autorisation.

Les psychothérapeutes qui ne peuvent obtenir le droit de passer l'examen de *licensing* et qui ne peuvent pas être reconnus par les sociétés de psychanalyse, ont entrepris de créer un statut spécial de psychanalyste.

Un examen de *licensing* en psychanalyse vient d'être créé, source de conflits intenses avec les instituts de psychanalyse appartenant à l'API qui y voient une autorisation légale de pratiquer l'analyse et la psychothérapie par des collègues sans formation analytique. Les débats sont en ce moment lourds devant la menace de voir le monde politique légiférer sur le statut des psychanalystes, sans reconnaître la spécificité de la formation psychanalytique, et en donnant un statut de psychanalyste à des collègues venus d'horizons divers, sans la formation

clinique ni la rigueur théorique des écoles analytiques.

Mais le problème le plus difficile pour les psychanalystes est la suprématie de la pensée behavioriste. Les traitements comportementaux sont les seuls reconnus par les compagnies d'assurance, et ce sont les recherches sur l'efficacité de ce genre de traitement qui fixent les critères de thérapies. Les travaux statistiques déterminent la confiance dans les thérapies, et les psychanalystes ont pris du retard pour démontrer leur efficacité. La psychanalyse n'a pas très bonne presse en Amérique et la pratique de la psychothérapie est devenue le processus nécessaire aussi bien pour former les cliniciens que pour faire découvrir le travail analytique à un patient.

Les heures de gloire de la psychanalyse américaine se situent dans les années 1950-1960, quand la volonté de maintenir la pureté analytique a dévalorisé la pratique de la psychothérapie dans les sociétés analytiques américaines. C'est toujours le cas dans la formation, malgré la diminution spectaculaire des cas d'analyse ces quinze dernières années. La règle pour la formation analytique est stricte : trois cas supervisés à quatre séances par semaine. La peur de diluer la psychanalyse a entraîné une politique rigide des instituts analytiques par rapport à l'analyse. Les années 1950 ont été l'époque des grands débats, l'analyse étant défi-

nie par le processus, la recherche d'un noyau conflictuel, la continuité du traitement et les quatre séances par semaine. La psychothérapie étant alors une pratique plus légère dans la fréquence, sans recherche d'analyse du transfert, mais qui peut se faire avec le patient sur le divan.

Cependant, le cadre dans lequel les analyses sont pratiquées est parfois flou ; en effet, on peut parler de traitement analytique quand les quatre ou cinq séances par semaine sont en face-à-face. Même si elles n'entrent pas dans le contexte des analyses supervisées pour la formation, les analyses par téléphone ou par e-mail sont de plus en plus au goût du jour. La prescription médicamenteuse est pratiquement inévitable aux États-Unis même pendant un traitement analytique – et rares sont les analystes médecins qui ne prescrivent pas eux-mêmes à leurs patients –, rompant avec la neutralité classique.

Les négociations difficiles avec les compagnies d'assurance qui fixent les tarifs de remboursement et demandent des preuves d'efficacité aux thérapeutes, associées à la diminution des demandes d'analyse et à la perte de l'intérêt des jeunes cliniciens pour l'analyse, ont amené les sociétés analytiques à être moins rigides. La pratique de la psychothérapie a été reconnue officiellement pour attirer de nouveaux élèves. Certains instituts autorisent comme premier

cas de contrôle un patient en psychothérapie afin d'enseigner les indications de l'analyse et la façon de proposer une analyse à un patient.

Dans les années 1990, de nombreux instituts de psychanalyse se sont mis à proposer aux jeunes psychiatres et psychologues, parfois aussi aux travailleurs sociaux, une formation spécifique de psychothérapeute, totalement séparée de la formation analytique. Les universités médicales ou de sciences humaines ne donnent presque plus de formation à une connaissance de la vie psychique. Rares sont les écoles qui offrent une initiation aux théories psychanalytiques ou une lecture de Freud. La formation des médecins ou des psychologues est presque uniquement organisée autour de connaissances neurologiques, génétiques, pharmacologiques, et sur la recherche chiffrée. Les jeunes thérapeutes n'ont aucune idée sur l'existence d'une vie inconsciente, du transfert, d'une dynamique interne. Toute explication est centrée sur des causes externes, les traumatismes, et internes, la neurobiologie ; les traitements seront donc médicamenteux et behavioristes.

Les formations de psychothérapie offertes par les instituts de psychanalyse sont une introduction à la vie psychique, ce que l'on appelle la « psychodynamique ». Il est recommandé aux élèves de psychothérapie de faire une thérapie personnelle, mais ce n'est pas une condition

pour commencer la formation. La formation à la psychothérapie est plus légère que la formation analytique – un soir de cours par semaine pendant deux ans, associée à des supervisions faites par des psychanalystes ; cela permet d’attirer de nombreux cliniciens ou jeunes médecins et psychologues qui pratiquent déjà la psychothérapie mais sans formation adéquate. Certains vont ensuite s’orienter vers la psychanalyse et commencer une formation longue, mais ce n’est pas la majorité.

La puissante association américaine de psychanalyse qui régule la plupart des instituts de formation dans le pays, et fait partie de l’association internationale de psychanalyse, a entrepris une *psychotherapy initiative* qui offre un statut spécial aux collègues non analystes pratiquant la psychothérapie dynamique : ils peuvent devenir membres associés, *psychotherapist associate*, et participer aux congrès de psychanalyse où des meetings et des ateliers spécialement consacrés à la psychothérapie ont beaucoup de succès. De même, les jeunes psychiatres et psychologues peuvent faire leurs deux ans de *fellowship* (une sorte d’internat) dans le cadre des instituts de psychanalyse où leur pratique de psychothérapie sera supervisée par un analyste.

Des programmes spéciaux existent aussi avec succès depuis une dizaine d’années : comment pratiquer la psychothérapie avec des patients

états limites ou borderline ? Le travail d'Otto Kernberg avec les patients narcissiques et états limites a été à l'origine de formations spéciales, tant analytiques que psychothérapeutiques. Comment évaluer quels sont les patients pouvant relever de l'analyse ? Quelle est la bonne technique psychothérapeutique avec des patients suicidaires, toujours débordant le cadre, ou violents ?

Enfin, l'analyse d'enfant a subi aussi la même désaffection que l'analyse d'adulte, dans un monde où la pratique des quatre séances par semaine était la seule reconnue. Les candidats se font rares dans les instituts pour suivre la formation spécifique à l'analyse d'enfant, elle aussi longue et coûteuse, et souvent requise après la formation à l'analyse d'adulte ; c'est à la fois lourd pour eux, et il est très difficile de trouver des cas. Ou alors ce sont seulement des patients présentant des troubles graves qui rendent difficile le travail analytique. Les nouvelles formations des instituts analytiques à la psychothérapie de l'enfant rencontrent un grand succès.

Psychanalyse et psychothérapies

Bernard Brusset

Les pratiques psychanalytiques, par-delà les différences de dispositifs, peuvent-elles être distinguées en psychanalyse proprement dite et psychothérapie ? L'insistance sur le « continuum des traitements psychanalytiques » tend à dissoudre les différences et infère corrélative-

Bernard Brusset, psychiatre, professeur à l'université de Paris 5, psychanalyste, SPP, Paris.

Cf. du même auteur et pour approfondir : « Les psychothérapies », n° 480, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2003, rééd. 2005 ; « L'or et le cuivre », dans F. Richard (sous la direction de), *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*, Paris, Dunod, 2002, p.35-70 ; « Spécificité des pratiques psychanalytiques », dans *Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique*, Paris, PUF, à paraître.

ment l'idée de continuité entre le conscient (le conscient implicite, l'inconscient cognitif, le subconscient), le préconscient et l'inconscient : l'essentiel est alors, dans tous les cas, la bonne communication, l'empathie réparatrice, voire la recherche de « l'expérience émotionnelle correctrice ». La dimension psychothérapique est centrale. Inversement, dire que toute pratique est analytique dès lors qu'elle est celle des psychanalystes évacue également la question des différences entre psychanalyse et psychothérapie.

Aussi, sur le plan des pratiques, est-il discutable d'opposer psychanalyse et psychothérapie comme deux catégories prototypiques, induisant à penser qu'elles sont exclusives l'une de l'autre. Il y a dans les traitements psychanalytiques une double dimension des interventions : celles de type psychothérapique et celles qui sont spécifiquement psychanalytiques. On peut parler d'un rapport de type série complémentaire : à une extrémité, l'effacement de l'analyste « qui fait le mort », support de projection et figure du quiproquo anachronique du transfert à partir duquel il interprète les conflits névrotiques infantiles actualisés par le processus ; à l'autre extrémité, celle de la psychothérapie visant l'enrichissement du sens par la participation active de l'analyste aux associations d'idées tout en renonçant à l'interprétation.

Il peut s'agir seulement d'un premier temps respectant le principe de neutralité et prépara-

toire à l'analyse proprement dite. L'analyste s'en tient à des relances associatives, la verbalisation des émotions, la clarification du discours, l'attention portée aux analogies, aux inférences logiques et sémantiques. Mais le glissement se fait facilement vers des interventions qui ne sont plus d'ordre analytique. Il est de fait que, par exemple lors des supervisions dans le cadre du cursus de formation de l'Institut de la société psychanalytique de Paris, l'abandon par les analystes en formation des attitudes psychothérapeutiques est le premier objectif. La plupart d'entre eux ont déjà une longue expérience des psychothérapies, le plus souvent d'enfants ou d'adultes aux confins de la psychose. Ils sont amenés à se rendre compte que certaines de leurs interventions en analyse sont à leur insu d'ordre pédagogique, de réassurance, de suggestion, de séduction, ou encore d'interprétations prématurées ou arbitraires dont ils ne mesurent pas suffisamment les effets sur le processus analytique inconscient.

Dans la psychanalyse dite classique, l'effacement de l'analyste comme personne, sa réserve, son silence, le maintien du cadre et la facilitation de l'association libre des pensées de l'analysant et de l'écoute métapsychologique de l'analyste sont les premiers impératifs. Le processus est induit par les effets propres du cadre, dont l'asymétrie et les attitudes de l'analyste, et par la règle fondamentale de

l'association-dissociation des idées. Le modèle fondateur est le sommeil et le rêve : l'interprétation des rêves comme voie royale de la connaissance de l'inconscient refoulé. Un détail insolite du discours de l'analysant, comme un élément étrange d'un rêve, conduit à « l'autre scène » qui est en rupture logique et en opposition avec les contenus manifestes.

Les associations d'idées en séance se font dans une double direction : celle du narratif de l'histoire personnelle, de la cohérence rationnelle, de la prédominance des processus secondaires ; et celle de la dissociation, de la déliaison des pensées sous l'effet des processus primaires de l'inconscient finalisés par la réalisation hallucinatoire du désir, des fantasmes refoulés ou clivés, les motions pulsionnelles dans les actes, les émotions et les sensations. Pour ne pas s'en tenir au conscient et au préconscient, force est de prendre en compte la résistance, les défenses à l'égard de la conflictualité intrapsychique et de l'activité de penser, l'hétérogénéité des modes de fonctionnement psychique. Mais, outre l'interprétation en fonction du transfert, l'analyste est généralement obligé de recourir à d'autres interventions que l'on peut dire d'ordre psychothérapeutique, mais qui restent ordonnées au but spécifiquement psychanalytique d'investigation en quête de vérité faisant place aux manifestations de l'inconscient pulsionnel.

La dimension psychothérapique fondée sur la participation de l'analyste en position de psychothérapeute est variée et tributaire de ses intuitions, de son expérience, de ses capacités empathiques, notamment dans la perception des niveaux de fonctionnements régressifs extra-verbaux qui trouvent théorisation dans la référence aux phénomènes d'identification projective, aux premières relations mère-enfant ou même enfant-environnement en deçà de la constitution de la mère comme objet. L'interprétation est différée et les interventions de l'analyste se fondent sur la perception contre-transférentielle de l'économie psychique du patient : un modèle en est le jeu winnicottien. La participation de l'analyste n'est à l'abri de l'arbitraire et de la suggestion que par l'analyse du contre-transfert. Elle est guidée par l'attention portée à ses effets sur les mouvements psychiques, sur les séquences associatives, sur l'émergence de l'inconscient, soit dans l'ordre de la symbolisation, du retour du refoulé, soit, en deçà des représentations, dans l'ordre des motions pulsionnelles, de l'inconscient du ça, de ce qui appelle figuration, construction et transformation par l'analyste.

Les pratiques psychothérapiques de renforcement des liens intrapsychiques à partir de l'expérience interpsychique sont requises quand la pratique spécifiquement analytique de déliaison est impossible. Il faut des restes

diurnes et des pensées oniriques de veille pour alimenter le travail du rêve ; il faut de même des contenus manifestes conscients et préconscients pour l'émergence des représentations inconscientes, mais c'est l'analyse des résistances qui les rend accessibles à l'interprétation et à la perlaboration. Celle-ci est facilitée par la dimension psychothérapique des interventions ultérieures de l'analyste.

Le risque de la généralisation des psychothérapies et de l'éclectisme théorique actuel en psychanalyse est – beaucoup le craignent – la disparition de la psychanalyse au sens d'un processus au long cours dans le cadre spécifique, donnant lieu à interprétation d'une manière qui dessaisit le sujet de ses évidences, et lui ouvre de nouveaux horizons, expérience de déliaison productrice de changements structurels, de remaniements internes, et pas seulement de réaménagement des défenses et de réparation narcissique.

Les psychanalystes qui ont une pratique réduite de la psychanalyse tendent à privilégier la dimension psychothérapique et à réduire la métapsychologie à une simple théorie de la pratique psychothérapique : d'où les dérives dogmatique, herméneutique, narrative ou intersubjectiviste. L'essor des psychothérapies va dans le sens de la demande des patients de séances espacées et de durée brève pour des objectifs à court terme. De ce fait, un certain

nombre de patients viennent à l'analyse proprement dite après avoir perdu beaucoup de temps dans la demi-mesure de psychothérapies à répétition. Il n'en est pas moins vrai que la psychanalyse dite classique n'est pas toujours de réalisation possible et pas toujours opportune. Certains parcours analytiques requièrent une composante psychothérapique qui demeure subordonnée à la finalité analytique.

L'épreuve de la diversité

Marie Rose Moro
Christian Lachal

Disons-le tout de go, soit c'est de la psychanalyse, soit cela n'en est pas, mais on ne peut séparer les deux même s'il y a des aménagements du cadre pour les psychothérapies. Comme René Roussillon, nous contestons la distinction entre psychanalyse et psychothérapie psychanalytique.

Marie Rose Moro, pédopsychiatre, psychanalyste, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service de la Maison des adolescents, hôpital Avicenne, Bobigny.

Christian Lachal, psychiatre, psychanalyste, consultant à MSF.

Voir également, des mêmes auteurs : *Les psychothérapies. Modèles, méthodes et indications*, Paris, Armand Colin, 2006.

Cette distinction n'est que formelle et n'apporte un supplément ni de théorie ni de pratique. L'opposition ne passe pas entre psychanalyse et psychothérapie mais entre psychanalyse et suggestion contestée par Freud ; il en découle donc que la psychanalyse est une psychothérapie (Roussillon). De par notre expérience psychanalytique avec les bébés et les migrants par exemple, nous voudrions proposer ici l'idée qu'il est un autre point qui fonde le processus psychanalytique ; c'est la position contre-transférentielle du thérapeute et pas le dispositif qui, lui, doit varier pour s'adapter aux besoins et à la spécificité des situations rencontrées. Il s'agit de s'adapter au sens noble du terme aux patients, à leurs demandes et à leurs besoins, c'est-à-dire de penser à partir d'eux.

Les variantes de la cure restent de la psychanalyse, et sans nul doute l'aiguillonnent et la renouvellent : penser à partir de la subjectivité telle qu'elle se déploie dans ses formes singulières et des structures qui la portent et l'informent, qu'elles soient familiales, sociales ou culturelles. Ainsi, un bébé ne parle pas, et pourtant si on pense à partir de lui et si on se laisse affecter par l'être-bébé, on peut s'adapter à lui et aux bras qui le portent pour traduire son langage et l'inscrire dans un processus psychanalytique (Lebovici, Golse). Il en est de même, pour les patients migrants qui viennent d'ailleurs, qui, parfois, ne parlent pas la même langue que le psychanalyste,

parfois encore sont habités par des représentations et des structurations qui ne nous sont pas d'emblée familières et auxquelles pourtant on peut, on doit s'adapter pour traduire leurs langages et leur permettre une inscription dans un processus psychanalytique (Devereux, Nathan, Moro). Il en est d'autres : les adolescents qui agissent plus qu'ils ne parlent, les patients toxicomanes qui cherchent à s'anesthésier... Mais si, sous cette diversité, la psychanalyse est « une et indivisible », cela suppose plusieurs conditions qui passent d'abord et avant tout par la construction de la position contre-transférentielle du thérapeute psychanalyste : telle était, au sens de Devereux, la véritable révolution de la psychanalyse. Pour le psychanalyste, il s'agit d'expérimenter une position spécifique qui allie l'être et le faire, l'investigation et le soin.

Revenons, pour en comprendre les termes, à la définition de la technique selon Freud. Dans ses *Écrits techniques* de 1923, Freud définit la cure psychanalytique comme : un procédé d'investigation des processus psychiques ; une méthode de traitement des troubles névrotiques, fondée sur cette investigation ; des concepts acquis au moyen de cette méthode et qui fusionnent progressivement en une discipline scientifique nouvelle. En fait, pour Freud, les deux versants, celui de l'investigation et celui du soin, sont toujours liés ; il n'établit ainsi pas de frontière qui isolerait le normal du pathologique.

PENSER À PARTIR DU FAIRE :

L'ENJEU DE LA RECHERCHE SUR LES PROCESSUS

Les études actuelles nous contraignent à penser une véritable métathéorie des psychothérapies qui intègre à la fois la question de la relation thérapeutique psychanalytique, facteur commun de toute psychothérapie psychanalytique, et les facteurs spécifiques mis en œuvre dans des thérapies particulières. Finalement, ces modifications des paramètres en milieu naturel (individuel, groupe, temps, nature des interventions...) sont le véritable laboratoire de la psychanalyse. Que se passe-t-il en modifiant tel paramètre ? Et pourquoi ? « Penser qu'au sein d'un même dispositif tous les aspects de la vie psychique peuvent être abordés, relève de l'utopie ou de l'idéologie, et d'une méconnaissance des limites inévitables de tout dispositif pratique » (Roussillon). Observer, décrire, conceptualiser, évaluer, ce qui se déroule dans un certain dispositif et ce qui change dans un autre, cela permet d'avancer dans la compréhension des processus à l'œuvre dans une psychothérapie, mais aussi de leurs limites « Chaque dispositif mobilise, du fait de sa configuration spécifique, des pans particuliers de celle-ci qu'il permet d'éclairer par l'analyse, ou une face particulière de ceux-ci qu'il rend interprétable. Mais chaque dispositif, du fait même des particularités de sa configuration, tient aussi éloigné du transfert d'autres aspects

du fonctionnement psychique » (*ibid.*). La recherche sur les processus nous semble être la plus importante et la plus spécifique du champ des psychothérapies dans la mesure où elle nous permet de comprendre ce que l'on fait ou doit faire, comment on le fait ou ce qui se passerait si on faisait autrement, et enfin pourquoi. C'est donc une recherche sur la complexité à laquelle on ne peut renoncer car elle est gage d'efficacité et de transmission possible.

FAIRE AVEC ET SE LAISSER AFFECTER PAR LE FAIRE : L'ENJEU DE LA FORMATION

Les discussions actuelles, en France, sur le statut des psychothérapeutes se centrent bien souvent sur la question de la définition – « Qui peut devenir psychothérapeute ? » – et pas assez, à notre goût, sur le comment, sur la formation, sur l'évaluation, sur la formation continue..., en un mot sur la formation de l'être et le faire thérapeute. On ne s'improvise pas psychanalyste, on le devient, mais comment ? C'est sans doute ce comment qui doit faire l'objet d'une réflexion vigoureuse. Contrairement à d'autres pays européens, l'université est trop peu engagée dans cette formation aux côtés des instituts de formation, alors que cela pourrait développer une articulation plus grande entre formation et recherche, et entre la psychanalyse et les autres disciplines présentes à l'Université, la médecine,

toutes les sciences humaines comme la psychologie, la linguistique ou l'anthropologie, mais aussi la littérature ou l'histoire. L'université pourrait être un lieu privilégié où la psychanalyse serait affectée par les données des autres, et où elle pourrait, en retour, affecter en tant que méthode d'investigation certaines recherches en sémiologie linguistique, en anthropologie des processus intimes, ou en littérature.

Pour se former, il y a sans doute plusieurs manières de faire : soit apprendre d'abord les facteurs communs à toute psychothérapie, c'est ce que l'on appelle ici la position psychanalytique, et ensuite apprendre à faire ce que l'on est censé faire pour comprendre et mettre en œuvre une technique particulière. Ou de manière plus initiatique, tendre vers le général par le particulier, c'est-à-dire par un apprentissage qui part d'abord de soi, par une psychanalyse personnelle puis didactique ; on apprend sur soi la technique psychanalytique et on l'applique à la psychothérapie psychanalytique. Et on retrouve au cœur de cette formation l'apprentissage de la position psychanalytique qui fonde la psychanalyse. Ces deux modalités coexistent en général dans la plupart des manières d'apprendre, mais il importe de définir les modes d'entrée dans les formations nécessairement plurielles, les modalités du faire et comment on les termine. D'autant qu'en général, la pratique vous oblige à mettre en

œuvre des psychothérapies alors que votre propre analyse et encore davantage votre processus de formation à la psychanalyse ne sont pas terminés. Et plus on est jeune, plus on a des patients complexes, par exemple à l'hôpital où les internes apprentis thérapeutes entreprennent des psychothérapies, et il devrait en être de même des psychologues. Plus encore que le statut – et cette question agite l'ensemble de la communauté –, il importe de structurer de manière efficiente et adaptée à notre objet la question de la formation, et de l'articuler à celle de la formation universitaire et à celle de la recherche : formation à la psychanalyse et formation à telle pratique particulière par exemple, ce qui suppose un apprentissage minutieux des limites et du contre-transfert.

Se jouent par conséquent la nécessité de la formation et celle de la recherche sur les processus thérapeutiques eux-mêmes. C'est donc à ce double prix que, sous la diversité des processus thérapeutiques, la psychanalyse est en mesure de faire la preuve de sa capacité à intégrer des questions qui n'existaient pas à l'origine, qu'elle déploie sa créativité et même qu'elle se renouvelle par ses marges. C'est, nous croyons, un point crucial, fidèle à l'esprit transgressif, qui doit présider à toute position psychanalytique, loin des tentations normatives ou idéologiques qui régulièrement hantent la psychanalyse et son histoire, ici et ailleurs.

La phobie des TCC

Christian Hoffmann

Les TCC proposent aujourd'hui de guérir une phobie en dix à quinze séances. En prenant au sérieux cette offre thérapeutique et en accordant un crédit aux psychiatres et aux psychologues cliniciens qui ont adopté ces pratiques, je vais m'intéresser à ce qui, dans la clinique et dans la subjectivité d'un sujet phobique, peut venir répondre à cette méthode des TCC.

Christian Hoffmann, professeur de psychopathologie clinique, université Paris 7, psychanalyste. Dernier ouvrage paru : *Des cerveaux et des hommes*, Toulouse, érès, 2007.

UNE QUESTION DE MÉTHODE

Freud¹ ne s'est pas opposé à l'insertion possible de la psychanalyse dans la médecine à condition qu'elle y apparaisse comme une spécialité de la médecine. Il craignait néanmoins que la visée thérapeutique de sa méthode ne l'emporte sur la recherche scientifique de la psychanalyse. Cette articulation entre la recherche et la thérapeutique est au cœur de la méthode freudienne : pas l'une sans l'autre. C'est d'ailleurs ce nouage qui permet de distinguer, comme Freud le proposa lui-même, entre la psychanalyse et les psychothérapies². Freud reconnaît aux psychothérapies la volonté de guérir par l'extérieur, par le soutien externe, ce qui est en souffrance chez le sujet. Il en va autrement de la psychanalyse qui tente de l'attraper par l'intérieur avec l'aide du sujet. La plupart des psychothérapies s'appuient sur la découverte freudienne du transfert, sans forcément le distinguer de la suggestion ; ce qui a comme effet de renforcer la croyance dans un Autre supposé savoir. Nos patients viennent avec cette demande d'obtenir une parole de l'Autre

1. S. Freud, « Postface de 1927 », *La question de l'analyse profane*, Paris, Gallimard, 1985.

2. Cf. l'excellent article de Annie Tardits, dans *Psychologie clinique*, n° 20, Paris, L'Harmattan.

supposé savoir mieux qu'eux la vérité de leurs souffrances. Cette définition du transfert permet de saisir les effets thérapeutiques de toutes situations de demande de soins adressée à un Autre, médecin, psychothérapeute, etc., qui, pour presque naturelle dans la relation humaine, suppose néanmoins un « savoir y faire avec » de la part de celui qui vient à cette place du sujet-supposé-savoir, cela pour éviter un simple effet hypnotique passager.

La cure freudienne apporte un savoir nouveau au patient, un savoir qu'il cherche au-delà des limites de sa raison ; ne se plaint-il pas souvent, pendant la cure, de n'avoir encore rien trouvé de neuf qui puisse l'éclairer et par conséquent le soulager ? Bref, l'inconscient est un savoir ; Freud parlait de notre meilleur savoir, celui qui a un effet thérapeutique par sa recherche et sa découverte. Ce que les Grecs reconnaissaient de la vérité comme *alêthéia*.

Pour Dostoïevski, il y avait déjà deux sortes d'hommes : ceux qui sont dans l'action et ceux qui ne peuvent s'empêcher d'être dans la réflexion. Ni l'un ni l'autre ne se prescrivent, mais le passage est possible. Ce qui a fait dire à Lacan dans *Télévision*, qu'il faut au sujet avoir « un désir décidé³ » pour engager une cure

3. J. Lacan (1974), *Télévision. Autres écrits*, Paris, Le Seuil, 2001.

psychanalytique. En tout cas, Freud insistait sur le fait qu'il ne faut pas céder aux considérations pratiques et politiques de la demande psychothérapique. Ce qui est à méditer aujourd'hui où la demande psychothérapique émerge du politique en jouant du pluralisme des demandes et des réponses à apporter aux patients.

Les TCC proposent la guérison d'un comportement mal conditionné, comme une phobie, sur le modèle de la rééducation de patients cérébraux-lésés. On re-conditionne, on ré-éduque, on re-formate, en passant contrat avec son patient, dans une situation qui se veut « hors-transfert » et qui pourrait être appliquée par n'importe quel thérapeute auprès de n'importe quel sujet. Le contrat prime⁴. Avec le « contrat » comme engagement thérapeutique, nous pouvons d'emblée reconnaître ce que nous savons bien, à savoir que le « contrat » engage deux instances « moiïques » et fait de la conscience le lieu de sa garantie.

Dès les *Études sur l'hystérie*, Freud fait la distinction entre la thérapie symptomatique et la thérapie causale en attirant notre attention sur le déplacement toujours possible du symp-

4. G. Vila, « Faut-il exposer le petit Hans ? Regard sur les TCC du trauma et de l'ESPT chez l'enfant », *Revue francophone du stress et du trauma*, n° 3, 2006.

tôme dans la thérapie symptomatique. En revanche, la visée de la thérapie causale est non seulement la cause du symptôme, mais également la cause de la névrose. Depuis Aristote, nous savons que c'est le savoir sur la cause qui peut prétendre à la scientificité. Il faut maintenant répondre à la question de ce qu'est un symptôme. Le symptôme n'est pas qu'une formation de l'inconscient, c'est-à-dire un message inconscient qui est à déchiffrer comme un rêve. Il est aussi la production d'une jouissance, ce que la névrose traumatique, la répétition et la réaction thérapeutique négative nous apprennent. Que l'être humain répète le Bien est une chose, mais qu'il puisse aussi répéter le Mal, cela paraît à première vue aberrant. Pourtant l'histoire en a fait la monstration par la barbarie. C'est justement cette compulsion à la répétition du symptôme qui échappe, selon leurs praticiens, aux TCC. Dostoïevski, dans *Les nuits blanches*, attribuait déjà à l'homme la préférence d'un grand malheur à un petit bonheur ; comme il se cramponnera à sa répétition plutôt que de courir le risque d'une nouveauté. D'où vient ce poids de jouissance du symptôme ? La réponse nous vient du réel, celui qui est mis en place par le sujet dans son enfance. Le sujet ne renonce pas complètement à la jouissance de l'objet maternel. Nous savons que c'est cette perte qui lui permettrait un accès à la jouissance phallique et sexuée. Il suffit

pour s'en convaincre de lire les déboires du *Petit Hans*⁵ avec son « fait-pipi ». En même temps, le sujet ne renonce pas à la castration, c'est-à-dire à vouloir perdre cet objet de jouissance prégénital. Entre ces deux positions, le sujet va se construire une figure imaginaire du père, un Père Idéal pour lui, celui qui fermerait les yeux sur ces désirs infantiles. La lecture du *Roi des Aulnes* de Goethe nous invite à ce savoir. Nous venons de constater qu'on passe du symptôme à la névrose et de la névrose au transfert comme névrose de transfert. On l'aura saisi, le symptôme est à la névrose ce que la feuille est à l'arbre.

La psychothérapie pratiquée par un psychanalyste se distingue de la cure analytique par une adaptation de la méthode à l'enveloppe subjective du patient à même de supporter une certaine dose de dialectique entre « la feuille » et « l'arbre » de la structure.

LA PHOBIE

Il est temps maintenant d'examiner pourquoi la phobie est devenue de façon privilégiée la cible des TCC à un moment de notre histoire où les psychothérapies sont redevenues l'objet de la

5. S. Freud, « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans) », *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1970.

demande politique et sociale. Dans un excellent article sur la phobie⁶, Charles Melman évoque Legrand du Saulle qui, au XIX^e siècle, avait déjà bien perçu la structure de l'agoraphobie. Il a noté que l'angoisse se déclenchait dans un espace comme un théâtre ou une cathédrale, lorsque le sujet est en rapport direct avec l'abîme. Ce qui peut se produire à l'opéra du haut d'un balcon en regardant la corbeille, lorsque plus rien ne fait obstacle entre le sujet et le trou ou le vide. Il suffirait d'un petit rien architectural pour le rassurer. Plus précisément, nous pouvons constater que l'angoisse se déclenche dans un espace à point de fuite. Ce point phobogène est le point à l'infini d'où le regard peut émerger dans l'espace. Bref, le trou vaut comme regard. Mais que se passe-t-il lors de l'émergence du regard dans l'espace d'un sujet ? M. Safouan, dans un bel article « Du regard⁷ », nous permet de saisir de quoi il s'agit. Il donne l'exemple d'une analysante qui s'est trouvée saisie d'effroi au moment où elle quittait la cabine d'essayage d'un magasin de vêtements, en percevant un regard jeté sur elle. On distingue bien ici la différence entre l'expérience narcissique du miroir où le regard est

6. C. Melman, « Le nouage borroméen dans la phobie », *Cliniques méditerranéennes*, n° 51-52, Toulouse, érès.

7. M. Safouan, *Du regard. Dix conférences*, Paris, Fayard, 2001.

sollicité par le sujet, et le moment où le regard de l'Autre se donne à voir⁸. Dans ce cas, le regard se réduisait finalement à un éclat de lumière sur un mannequin.

Nous saisissons ainsi que, hors de son cadre narcissique, le miroir, le regard peut se réduire à un ocelle de papillon où l'on reconnaît son caractère insaisissable, inconnu, c'est-à-dire hors des coordonnées du narcissisme. C'est là, dans cette surprise où le regard de l'Autre se montre, que commence la chute du sujet phobique. Quelle chute ? Nous venons de constater avec M. Safouan que le regard est désiré, mais c'est l'effroi quand il se montre. Pour le phobique de l'espace et du regard, il se produit ce que C. Melman décrit bien comme une dissolution du fantasme avec sa conséquence qui est l'évanouissement du sujet. Cette dissolution de l'imaginaire, qui est celle du moi avec ses coordonnées de l'image du corps, provoque la paralysie du sujet. Le sujet en chute libre ne peut que rechercher un semblable pour s'en servir comme d'un « Moi » qui lui permettra de se stabiliser à nouveau dans l'espace et de retrouver ainsi le mouvement. Nous repérons là très précisément l'usage

8. Ce que H. Damisch distingue dans le tableau entre le point géométrique du sujet (le point de fuite) et son lieu imaginaire, dans *L'origine de la perspective*, Paris, Flammarion, 1987.

orthopédique d'un Moi de secours, qu'on appelle classiquement l'objet contraphobique. Cet usage est une solution structurale temporaire de la phobie. Le thérapeute TCC vient proposer ses bons soins en s'offrant comme Moi orthopédique par contrat avec le moi du sujet phobique. Ce qui nous fait connaître maintenant l'effet produit par ces thérapies et leur ressort. Cet effet orthopédique, comme nous l'avons déjà montré, n'a rien de psychothérapeutique⁹.

9. R. Gori, C. Hoffmann, A. Vanier, « Les TCC ne sont pas des psychothérapies », *Carnet/Psy*, n° 103, 2005.

Contre la notion de psychothérapie psychanalytique*

Marilia Aisenstein

Je l'ai déjà écrit : la psychothérapie psychanalytique n'existe pas ; issue du même corpus théorique et métapsychologique que la psychanalyse, elle se fonde sur l'écoute du discours d'un patient dans le cadre d'une séance et ne peut qu'être « psychanalytique » : soit elle est menée par un psychanalyste, soit elle n'est pas. Cette affirmation me paraît très simplement freu-

Marilia Aisenstein, psychanalyste, membre titulaire formateur de la Société psychanalytique de Paris et de la Société hellénique de psychanalyse, ancien président de la SPP.

* Une version de ce texte a été publiée en anglais dans S. Frisch, *Psychoanalysis and Psychotherapy*, Londres, Karnac, 2000.

dienne. Je ne doute pas de l'existence d'autres formes de thérapies et même de psychothérapies ; je ne me permettrais en aucun cas de les évaluer n'en ayant ni le savoir ni les moyens, encore moins de suggérer leur inefficacité. Je ne considère ici que le champ des psychothérapies dites « psychanalytiques », parfois dénommées « d'inspiration psychanalytique », appellation à mon sens énigmatique et propre à faire perdre un certain flou dans les esprits.

Pour Freud, la psychanalyse est une « cure » ; elle est thérapeutique et reste à ses yeux la meilleure des psychothérapies, *prima inter pares*, non en ce qu'elle serait hiérarchiquement supérieure mais parce qu'elle nous sert de modèle théorico-clinique. Et Freud d'ajouter, pour clore sa 34^e Conférence : « Si elle n'avait pas de valeur thérapeutique, elle n'aurait pas été découverte au contact des malades et ne se serait pas développée pendant plus de trente ans. » Nous sommes en 1933.

La psychanalyse comme savoir scientifique et la pratique qui en découle sont indissociables l'une de l'autre et dans une constante interaction mutuelle. Il me paraît impensable d'être un penseur ou un chercheur en psychanalyse sans pratique, de même je ne crois pas à l'existence de « bons praticiens » qui ne s'appuient pas sur de solides connaissances théoriques ; certains n'ont pas le talent de l'expression orale ou écrite, mais cela est autre chose. À l'aube de ce

XXI^e siècle, il souffle, au cœur même des institutions psychanalytiques les plus vénérables, un vent hautement toxique que je ne peux que rapprocher de la dernière définition freudienne de la pulsion de mort comme motion de déliaison. Ce vent toxique procède d'un esprit de déliaison selon lequel la psychanalyse se découpe et se diversifie. D'aucuns seront les théoriciens ; d'autres se consacreront à des recherches empiriques nécessitant des connaissances annexes ; d'autres enfin ayant acquis une formation psychanalytique labellisée, enseigneront et exporteront la psychanalyse au sein de disciplines différentes. De ce même esprit que je qualifie de « hautement toxique » – et je pèse mes mots – procède aussi l'idée de former pour de « basses besognes » soit dit en passant : les patients les plus difficiles et les plus en danger, des « psychothérapeutes » certes formés par des psychanalystes mais sans expérience personnelle de la conduite de cures-type. Comment peut-on imaginer utiliser un modèle et en diverger en l'adaptant aux situations sans le posséder pleinement ? Comment s'abstenir de faire une interprétation si l'on n'a pas l'expérience de l'interprétation classique de transfert ? Ce seront mes premières questions mais j'y reviendrai.

LA QUESTION POLITIQUE

Derrière une apparence « ouverte », voire démagogique, se profile l'éternelle volonté hiérarchique qui pourrait trivialement se comprendre en termes d'étude de marchés : les plus galonnés, disons par exemple les psychanalystes didacticiens membres titulaires d'une association internationale, voire mondiale, de psychanalyse, que nous pourrions définir comme généraux « cinq étoiles », s'assurent une clientèle facile faite d'élèves des instituts et d'autres qui, s'ils étaient refusés, deviendraient des psychothérapeutes de premier ordre puisque analysés par un « cinq étoiles ». Ces premiers, dépendants des psychanalystes labellisés, reçoivent les patients « non névrotiques » : border-line, psychotiques, psychosomatiques, les névroses de caractère grave. Peu importe que ces thérapeutes soient en difficulté, ils pourront avoir recours à des enseignements, voire des supervisions onéreuses mais enrichissantes, avec un « cinq étoiles » ! Au mieux, mais en tous les cas trouveront-ils un « trois étoiles » heureux de leur dispenser son savoir. Au pire, s'ils s'avéraient vraiment débordés, il leur sera éventuellement conseillé de retourner sur le divan...

Par-delà cet aspect banalement commercial auquel nulle profession n'échappe, n'assiste-t-on pas là à une véritable perversion du système qui ne fait que renforcer les différences tant

pour les patients que pour les soignants, et ne va pas, à mon sens, sans soulever quelques questions éthiques. Pour n'en évoquer qu'une, parmi d'autres, choisie au hasard : que penser d'un psychanalyste didacticien qui, au sein d'une commission d'enseignement, participe au refus d'un candidat mais accepte hors institution de superviser ce même candidat, voire lui adresse des patients difficiles et démunis avec lesquels les « élèves officiels », de son institut, ne se lanceraient peut-être pas dans l'aventure ?

Si, dans un mouvement d'humeur, j'ai évoqué d'emblée les aspects politiques et éthiques de la question, il n'en reste pas moins que ces derniers restent, à mon sens, très secondaires par rapport à la philosophie et à la théorie qui me font dénoncer la pratique de la psychothérapie psychanalytique par des non-psychanalystes. Il me faut d'abord clarifier un point : je ne me place pas sur un plan institutionnel ; ceux que j'appelle ici psychanalystes sont, toutes écoles confondues, ceux qui pratiquent la psychanalyse et ont l'expérience de la cure-type, même si beaucoup de leurs patients n'en relèvent pas.

La cure-type et l'analyse de la névrose de transfert font partie d'un modèle incontournable et toujours en vigueur qui est celui des psychonévroses de défense. La psychanalyse, en tant que fait culturel et révolution scientifique, est issue de l'étude du fonctionnement mental des patients hystériques d'abord, puis généralement

atteints de névrose mentale. La méthode psychanalytique est indissociablement liée à un corpus théorique qui cherche, à partir de la clinique, à explorer la structure profonde de l'appareil psychique mais surtout les forces qui y sont en jeu. L'écriture en psychanalyse est la réélaboration après coup d'une expérience, et cherche à réordonner à l'aide de catégories conceptuelles une compréhension qui soit transmissible. Le concept de refoulement est issu de la confrontation de Freud à l'hystérie ; la conceptualisation du transfert comme outil est liée à ses difficultés dans ses premières cures. Il forge les notions de projection et de clivage parce que le refoulement ne suffit pas à rendre compte des mécanismes de défense qu'il subodore dans la psychose... La seconde théorie des pulsions et par conséquent l'élaboration de la deuxième topique sont le résultat des échecs de Freud dans la clinique : réaction thérapeutique négative, inanalysibilité du caractère... En 1924, il revient sur sa première définition du masochisme pour postuler l'existence d'un masochisme primaire érogène conceptuellement inaccessible sans l'hypothèse de la pulsion de mort.

La théorie psychanalytique – et le parcours de Freud en reste exemplaire – ne peut être l'œuvre de penseurs qui ne seraient pas immergés dans une pratique quotidienne faite d'errements et de déceptions, d'émerveillements parfois aussi, mais qui assaillent de questions

lancinantes et obligent sans cesse à redécouvrir la métapsychologie. Imaginer que puissent travailler avec des patients des praticiens qui ne disposeraient que d'une part de l'expérience et ne sachent avoir recours qu'à certaines notions me paraît folie. Il s'agit en tous les cas d'une dérive selon laquelle le savoir psychanalytique évoluerait pour son propre compte comme discipline culturelle ou scientifique, mais serait coupé de l'expérience intime de ce qu'est une séance, du déploiement du transfert et plus encore donc de ce qu'interpréter veut dire. Mais à titre d'exemple, prenons cette seule question de l'interprétation.

L'INTERPRÉTATION VIRTUELLE

Une définition classique de l'interprétation serait :

- dégagement par l'investigation psychanalytique du sens latent. L'interprétation met au jour les modalités du conflit et vise le désir qui se formule dans toute production de l'inconscient ;
- dans la cure, communication faite au sujet et visant à le faire accéder à ce sens latent, selon les règles commandées par la direction de la cure¹.

1. Voir Laplanche et Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, p. 206 à 209.

Rappelons ici qu'Aristote disait, lui, qu'énoncer quelque chose sur quelque chose est déjà une interprétation. Toutes les discussions sur ce qui seraient des interprétations et les interventions qui n'en seraient pas me semblent vaines ici. Tout énoncé par l'analyste a valeur interprétative, et cela qu'il le veuille ou non. L'interprétation surgit de la réunion de deux préconscients au travail dans l'espace virtuel du cadre qui fait l'unité d'une séance. Elle vient à l'analyste en relation avec le matériel donné d'un patient dans cette séance-là. Il ne suffit pas de dire qu'elle se construit grâce à l'expérience et au savoir théorique du psychanalyste, car il faut aussi reconnaître qu'elle s'impose en lui à la faveur d'automatismes psychiques qui gouvernent la cure².

Je l'ai dénommée interprétation virtuelle pour bien montrer qu'elle est virtuellement infinie et se déploie sous l'effet de forces diverses dans un espace potentiel qui ne se présentera plus jamais à l'identique. Mais virtuelle est aussi l'interprétation qui surgit et que tout psychanalyste avisé s'abstient de dire, de transmettre, et met en latence. S'il s'abstient, ce n'est pas en raison de la non-validité de cette interprétation,

2. Voir « Différend, conversion, interprétation », dans J.-C. Rolland, *Guérir du mal d'aimer*, Paris, Gallimard, 1998, p. 147-169.

c'est en raison de son inadéquation pour ce patient à ce moment donné du processus.

Cela implique que, pour s'abstenir, il faut d'abord savoir pourquoi on s'abstient et de quoi on s'abstient, c'est-à-dire de quoi on diverge. Pour retenir une interprétation, il faut qu'elle se soit intérieurement formulée. Si le lecteur veut bien me suivre, il faut par conséquent admettre que l'on ne cesse pas d'être psychanalyste pour devenir psychothérapeute parce que l'on garde par devers soi l'intervention classique qui se serait en d'autres circonstances imposée.

Il ne vient jamais à l'esprit qu'un médecin qui, devant tel tableau clinique, décide de ne rien prescrire, dès ce moment-là cesse d'être médecin, ou bien qu'un avocat qui déconseille une action soit déqualifié de sa fonction parce que prenant une position d'attente. La psychanalyse, écrivait Freud toujours dans sa 34^e Nouvelle Conférence³, est difficile et exigeante, elle ne se laisse pas manier aussi aisément que des lunettes qu'on chausse pour lire et que l'on enlève pour aller se promener... En règle générale, la psychanalyse possède totalement ou pas du tout. Les psychothérapeutes qui se servent aussi, à l'occasion, de la psychanalyse

3. « Éclaircissements, orientations, applications », Gallimard, 1984, p. 182-211.

ne se trouvent pas sur un terrain analytique solide ; ils n'ont pas accepté toute l'analyse, mais ils l'ont diluée, peut-être désintoxiquée⁴...

Ces textes ne me paraissent toujours pas caducs aujourd'hui, et je ne peux imaginer qu'il en soit autrement, sauf à penser la psychanalyse dépassée dans son ensemble. Pour revenir plus strictement sur le terrain de l'interprétation que je dénomme virtuelle, son énoncé ou sa non-énonciation, comme l'infini combinatoire qui lui donnera sa formulation définitive, dépend du psychanalyste – c'est pourquoi plus minutieusement et patiemment il se sera formé, mieux cela vaudra – mais aussi essentiellement de l'organisation psychique du patient avec lequel il est actuellement en relation.

*Un seul et même modèle théorico-clinique,
une même référence
à un seul corpus métapsychologique*

Pourquoi et au nom de quoi décréter que l'extension d'un même modèle scientifique, forcément adapté à des pathologies nouvelles, en fait autre chose ? Je récusé et tiens pour une erreur logique l'idée selon laquelle une seule et même pratique change d'essence selon les modalités techniques qu'elle adopte. J'utilise ici le terme

4. *Op. cit.*, p. 204-205.

essence dans la stricte définition husserlienne de la variation éidétique. En fonction des matériaux et de son inspiration, le sculpteur peut utiliser le ciseau, le marteau, le couteau, il n'en reste pas moins sculpteur. Devant un même paysage, dix peintres, également mais différemment talentueux, feront qui à la gouache, qui à l'huile, qui à l'aquarelle, des exécutions chacune singulière – des interprétations – dont l'essence n'en restera pas moins une.

L'extension de la psychanalyse aux patients non névrotiques, borderline, psychotiques, psychosomatiques, ne va pas sans entraîner des paramètres techniques dont la périodicité des séances comme la modalité du face-à-face font partie. Ils ne sont à considérer que comme des paramètres ou aménagements du setting en fonction de l'organisation psychique et de la pathologie des patients. Cette extension est parfaitement nécessaire à la survie de la psychanalyse tant comme praxis que comme théorie scientifique. Seule l'étude constante des limites du champ de la psychanalyse peut nous permettre d'exister.

Or je maintiens que toute pratique aux limites implique la parfaite connaissance de ce que je qualifierai de « cœur » de la discipline : le modèle de la névrose. Pour reconnaître en quoi le transfert est plutôt de l'ordre de l'appétence relationnelle, ou bien si et comment il est idéalisé, fétichique, encore faut-il avoir eu l'expé-

rience de la névrose de transfert classique. Et je ne pense pas que la seule expérience individuelle de sa propre analyse suffise pour faire un psychanalyste. Je crois, en revanche, que seul le maniement d'au moins trois cures de divan, parcours minimum demandé en général, peut donner de l'analyse une expérience interne suffisante pour estimer ce modèle intégré.

Travail psychanalytique de face-à-face

Ce que l'on appelle psychothérapie psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique est à mon sens du travail de psychanalyse mené par un psychanalyste dans des circonstances qu'il juge assez complexes pour utiliser des paramètres. La visée d'une psychothérapie psychanalytique ne saurait être autre que celle de l'analyse, soit le changement psychique. La non-interprétation du transfert est une décision technique, comme peut l'être par exemple celle du respect d'un clivage d'objet. La psychothérapie dite « de soutien » est une modalité selon laquelle est privilégiée la relation au détriment du transfert. Il s'agit à mon sens d'un temps d'abstention interprétative qui peut s'avérer indispensable mais qui n'est en aucun cas isolable comme méthode en elle-même. L'isoler et la faire pratiquer par des praticiens non psychanalystes voudraient dire que l'on considère impossible le changement psychique que l'on prône et que l'on

cherche. Le passage d'un mode d'intervention psychanalytique à un mode plus psychothérapeutique n'est, de plus, pas toujours lié au setting. Selon l'organisation psychique du patient et l'expérience et les options théoriques du psychanalyste, peuvent s'instaurer des psychothérapies sur divan au rythme de cinq fois par semaine, comme des psychanalyses de face-à-face. Personnellement, mon souhait serait que tout travail psychanalytique soit dénommé « psychanalyse », qu'il soit de face-à-face ou sur le divan, et que soit précisé le cadre⁵.

Ne nous arrive-t-il pas de plus, avec le même patient et selon les classiques du transfert ou les avatars du moment, d'être dans l'interprétation et parfois d'intervenir plus près du moi ? Il ne s'agit pas seulement d'interpréter le transfert, il s'agit de l'accueillir et de l'entendre, d'attendre qu'il s'organise et organise un matériel, aussi pauvre fût-il dans les commencements. Être psychanalyste, à mon sens, ne va pas sans la conviction de la force de l'inconscient et un espoir forcené dans le travail de penser. Penser est douloureux souvent, difficile, plein de plaisir mais irréductible à quelque destin : il peut toujours en être autrement, et toute histoire peut aussi se raconter différemment.

5. Marilia Aisenstein, « On est prié de ne pas tourner le dos », dans *Débats de psychanalyse*, 1998.

EN GUISE DE CONCLUSION

Je tenais à défendre ici des options qui ne sont que strictement freudiennes, non pas au nom de l'histoire mais parce que la lecture de Freud me paraît toujours bouleversante de modernité. Je crois ceci lié à une écriture faite de l'élaboration d'une confrontation de tous les instants à l'inconscient, aux forces conflictuelles du psychisme, au malaise, à la destructivité, à la souffrance. C'est dans sa suite que j'ai violemment récusé ici ce que je considère comme un faux débat : opposer, comparer psychanalyse et psychothérapie psychanalytique alors qu'elles ne sont que des variations d'une seule et même méthode, fondées sur la même doctrine et qu'elles ont la même visée.

Prôner une certaine pureté psychanalytique ne veut en aucun cas dire ne pas s'engager. Je l'ai suffisamment écrit ailleurs, le psychanalyste d'aujourd'hui ne peut qu'être engagé sur le terrain. Il faut que des psychanalystes travaillent à l'hôpital psychiatrique, à l'hôpital général, dans les prisons, dans le service public en général et avec des patients extrêmes... Il en va même de la survie de la psychanalyse. Comment aller sur le terrain sans faire de l'analyse une adaptation affadie ? C'est le pari qu'il nous faut tenir aujourd'hui plus que jamais.

Psychanalyse et psychothérapie

*Étude comparative et critique**

Sylvain Missonnier

Ce travail est animé d'une volonté explicite : favoriser une élaboration collégiale que des impératifs clinique, didactique, déontologique, épistémologique, éthique et politique rendent aujourd'hui incontournable. Pour tenter d'apporter une pierre à ce vaste édifice, il s'agit

Sylvain Missonnier, maître de conférences en psychologie clinique à Paris X-Nanterre, directeur de recherches dans le laboratoire du LASI, psychanalyste (Institut de psychanalyse de Paris, SPP).

* D. Widlöcher et l'équipe du Carnet/PSY ont engagé une enquête auprès d'une sélection de quatorze psychanalystes d'horizons divers sur leur conceptualisation de leurs pratiques psychothérapeutiques en regard du modèle de la cure-type. Onze questions leur ont été posées (voir le questionnaire en annexe, p. 183).

d'abord de témoigner de la hiérarchie transversale des thématiques traitées par les cliniciens interrogés. Secondairement, je décrirai les principales lignes de force des convergences et des divergences des traitements singuliers. Enfin, dégagé de la neutralité du rapporteur mais enrichi par elle, j'esquisserai une synthèse critique subjective des enjeux en présence, résolument orientée vers l'avenir. L'objectif sera essentiellement de mettre en relief les composantes dynamiques au profit du débat et les vecteurs de résistance, de répétition, qui risquent d'alimenter la polémique.

Le postulat qui justifie l'ensemble de cette démarche repose sur une hypothèse impressionniste : *l'ensemble de ces contributions compose une photographie représentative de l'état des lieux de la question dans l'Hexagone ; on y retrouve les principales argumentations défendues et l'essentiel des objets conceptuels actuellement en vigueur dans cette zone frontière, aussi sensible qu'heuristique, entre psychanalyse et psychothérapie. Chemin*

Chacun des auteurs a rédigé le texte de sa contribution en puisant librement dans ce vivier d'interrogations. Dans une rubrique intitulée « Psychanalyse et psychothérapie : débats et enjeux », les réponses ont été publiées dans la revue entre février 2006 et avril 2007.

Sur cette base, un double projet a vu le jour : réunir ces contributions dans cet ouvrage de synthèse ; organiser une journée scientifique pour prolonger de vive-voix le débat engagé par textes interposés (Maison de la chimie à Paris, le 9 février 2008).

faisant le lecteur jugera de sa pertinence à l'aune de ses propres positions et de sa connaissance du débat actuel. Qu'il sache aussi que j'ai volontairement joué le jeu de me centrer uniquement sur ces quatorze textes en m'interdisant toute autre référence à d'autres auteurs, quelle que soit leur pertinence en ce domaine, mais absents de cette rubrique (P. Denis, C. Janin, A. Green, F. Richard, D. Widlöcher...).

HIÉRARCHIE TRANSVERSALE DES QUESTIONS RETENUES (voir en annexe le questionnaire proposé)

Un premier constat est d'ordre quantitatif. Les cliniciens interrogés ont unanimement plébiscité la question centrée sur la *légitimité* d'une distinction cure-type/psychothérapies psychanalytiques et la prise en compte des *variations des pratiques* et des *théories sur le processus* en présence (Q1). Ce consensus délimite le débat : c'est une surface triangulaire dont les trois pointes sont *la légitimité de la distinction*, *les modifications des pratiques* et *les variations des processus*. Pour chaque auteur, ces trois variables et leurs interactions dessinent une surface triangulée singulière : le triangle est commun mais la covariance des angles et l'épicentre du centre de gravité sont uniques.

Derrière cette unanime triangulation, la hiérarchie de traitement des autres questions est instructive car elle ouvre sur la diversité des

thématiques explicitement revendiquées comme composantes de la première ou implicitement associées. La question de la *formation* (Q8) est première : la moitié des auteurs l'évoquent (7/14).

Vient ensuite celle des *variations du cadre* de la cure-type « dans des cas où des contraintes obligent à des aménagements » (première partie de Q8, 6/14). Je crois utile de détailler quels sont ces cadres autres de la cure-type, évoqués par les auteurs comme induisant ces « aménagements » : la psychothérapie d'enfant (3/14), le face-à-face (2/14), le psychodrame (2/14), la clinique « psychosomatique » (2/14), les thérapies parents/bébé (2/14). Sont aussi évoquées une seule fois les thérapies avec les adolescents, les migrants, les prisonniers, les *borderline*, les psychotiques, les groupes.

La quatrième question la plus fréquemment abordée est celle de *l'histoire* des pratiques et des processus de la psychanalyse (Q2, 5/14). Celle de *l'évaluation* obtient le même score (Q11, 5/14).

En cinquième position, on trouve les interrogations portant spécifiquement sur l'hypothétique *continuum* entre cure-type et psychothérapie (Q5, 6, 7 ; 2/14). La question de la pertinence du recours aux *critères psychopathologiques* pour décrire les variations est aussi traitée par deux auteurs (Q4).

Enfin, en sixième place, le bien-fondé du recours aux *critères catégoriels* (Q3) n'est abordé que par un seul contributeur.

Ce classement quantitatif n'a aucune prétention statistique ; il permet toutefois de constater la présence insistante de plusieurs thématiques inhérentes à la première question : la formation, les aménagements du cadre de la cure-type dans l'histoire de la psychanalyse, l'évaluation.

Cure-type, psychothérapie et formation

La question d'une hypothétique distinction entre cure-type (CT) et psychothérapie psychanalytique (PP) est d'abord manifestement indissociable d'un débat sur la *formation*. Cette lapalissade se complexifie très vite si l'on veut bien prendre en compte que les sociétés de psychanalyse ont une feuille de route claire pour la formation à la CT et, justement, beaucoup moins ou pas du tout pour les PP, sources de polémiques internes. Bien sûr, on trouve facilement des psychanalystes enthousiastes pour décrire les vertus didactiques du psychodrame ; ils sont un peu moins nombreux pour décrire celles de la psychothérapie d'enfants, d'adolescents, de bébés... Néanmoins, au vu des textes réunis, les positions se conflictualisent très vite si l'on aborde avec eux la chronologie et la place que ces cadres « exotiques » par rapport à la cure-type peuvent occuper dans

une formation psychanalytique. Concrètement, doit-on, d'abord, devenir psychanalyste (connaissant le « cœur » de la psychanalyse, la clinique des névroses, Marilia Aisenstein) puis s'engager dans des aménagements imposés par des cadres autres que la CT ? Est-il plutôt recommandé de s'investir simultanément dans un processus de formation à la cure-type et aux aménagements du cadre des PP (Bernard Golse ; Marie Rose Moro) ? Et que penser de ceux, nombreux (étudiants, jeunes praticiens en psychiatrie et en psychologie), qui ont une pratique intensive de psychothérapeute, parfois avec des cas difficiles que l'on réserve souvent aux derniers arrivés, et qui, soit sont encore en analyse, soit ont déjà démarré un cursus de formation (Marie Rose Moro, Christian Lachal ; Serge Frisch) ? Pour ces derniers, le devenir « psychanalyste » équivaut-il, comme le suggère Bernard Brusset, à un *abandon* des techniques psychothérapeutiques ? « L'abandon par les analystes en formation des attitudes psychothérapeutiques est le premier objectif. La plupart d'entre eux ont déjà une longue expérience des psychothérapies, le plus souvent d'enfants ou d'adultes aux confins de la psychose. Ils sont amenés à se rendre compte que certaines de leurs interventions en analyse sont à leur insu d'ordre pédagogique, de réassurance, de suggestion, de séduction, ou encore d'interprétations prématurées ou arbitraires, dont ils ne mesu-

rent pas suffisamment les effets sur le processus analytique inconscient » (Bernard Brusset). S'agit-il plutôt de l'apprentissage d'une *abstention* réfléchie (Marilia Aisenstein) qui aurait le mérite de mettre l'impétrant à l'abri d'une didactique répressive à l'égard du psychothérapeutique au profit d'une compréhension différentielle des prises de parole de l'analyste dans différents contextes ?

Enfin, quelles place et valeur accorder aux analysants qui souhaitent devenir non pas analystes mais praticiens de la psychothérapie psychanalytique ?

La cure-type et les autres cadres

L'apport des aménagements des autres cadres (psychothérapie d'enfants, psychodrame, clinique « psychosomatique », thérapies parents/bébé adolescents, migrants, prisonniers, *borderline*, psychotiques, groupes...) au profit de la psychanalyse s'impose ici comme un argument fortement récurrent. *Un important consensus s'établit autour de la reconnaissance de la dette épistémologique de la psychanalyse à l'égard de l'apport de ces confrontations illustrées par l'histoire.* Pour autant, les conséquences qui en sont tirées diffèrent largement pour, d'une part, affirmer ou nier la distinction entre CT et PP et, d'autre part, défendre ou non une formation spécifique à la PP.

La discussion de la proposition théorique « changement de cadre = changement de processus » est indissociable de ce qui précède. Si les aménagements du cadre impliquent des processus différents, on comprendra aisément la revendication de certains explorateurs des limites en faveur de formations spécifiques (Marie Rose Moro, Christian Lachal, Serge Frisch, Bernard Golse, René Roussillon). Comme on l'a vu, la chronologie de ces apprentissages est discutée (avant, pendant, après celui de la CT).

L'évaluation

Dans le droit fil de cette hypothétique pluri-processualité, on ne sera pas étonné de trouver en bonne place la question de *l'évaluation* des pratiques à l'occasion de ce débat. Actuellement, et en particulier suite au rapport Inserm à ce sujet (Roger Perron, Jacques Sedat), c'est une thématique polémique dans la communauté des professionnels du soin psychique. Les attentes du politique et du social en faveur d'une exigibilité d'une évaluation dite scientifique des psychothérapies sont fortes, et le risque que « cette évaluation en termes d'efficacité ajoute une dimension prédictive sur la dangerosité » (Jacques Sedat). Cette authentique menace de l'évaluation d'un espace analytique qui n'est

pas un cadre objectivant, rend-elle alors nécessairement « totalement illusoire de prétendre à l'objectivation et l'évaluation » (Jacques Sedat) ?

Quelle que soit la pertinence de ces interrogations, ne doit-on pas aussi envisager les oppositions frontales à l'évaluation comme le reflet de nos propres limites cliniques et conceptuelles ? En d'autres termes, le chantier de l'évaluation en France souffre de la misère méthodologique et des intentions scientistes de ses expériences les plus médiatisées. Cette mauvaise réputation justifiée va-t-elle barrer la route à toute possible créativité ? Dans ce contexte, on peut se demander si le peu d'écho aux questions techniques précises sur les éventuels *continuum* (Q5,6,7) entre CT et PP, mais aussi sur la pertinence de l'usage des définitions catégorielles (Q3) et des critères psychopathologiques (Q4), n'illustre pas l'état des lieux du débat : tant que la question de la légitimité épistémologique et éthique de l'évaluation des processus inhérents à la CT et aux psychothérapies n'est pas élaborée, l'attention pour les variables pressenties reste bridée. *Pour comprendre les risques d'incompréhension, sinon de clivage entre les cliniciens-chercheurs engagés dans cette voie et les cliniciens moins ou pas investis dans la recherche, ce point est sans doute déterminant.*

LIGNES DE FORCE DES CONVERGENCES ET DES DIVERGENCES

Le psychanalytique étendu ou la dialectique psychanalytique/psychothérapeutique

Le débat engagé se centre sur la légitimité et la pertinence d'une distinction entre CT et PP. Si, artificiellement, on suspend transitoirement la variable fondamentale de la formation (analysant/analyste en formation/analyste confirmé) dont on vient de souligner ici la profonde empreinte, les contributions sont traversées d'une opposition entre deux conceptions princeps de l'exercice du psychanalyste. La première est celle d'un champ psychanalytique « étendu » qui englobe le cœur (la CT freudienne de la névrose hystérique) *et* les cadres aux limites (listés plus haut) sans que s'opère pour le psychanalyste un changement de nature (d'essence) de la méthode et de la doctrine. La seconde conception décrit deux sphères, le psychanalytique et le psychothérapeutique, considérant qu'il existe de l'un et de l'autre dans des dosages différents dans la CT elle-même *et, a fortiori*, dans les PP.

Pour illustrer cette dichotomie, on peut confronter les positions de Marilia Aisenstein et de Jean Laplanche qui ont le mérite d'être très éclairantes car fortement contrastées. En s'appuyant sur ces deux pôles, il sera plus facile ensuite de situer les autres auteurs.

Pour Marilia Aisenstein « la psychothérapie psychanalytique n'existe pas ; issue du même corpus théorique et métapsychologique que la psychanalyse, elle se fonde sur l'écoute du discours d'un patient dans le cadre d'une séance et ne peut qu'être "psychanalytique" : soit elle est menée par un psychanalyste, soit elle n'est pas ». Psychanalyse et PP ne sont que des variations d'une seule et même méthode fondée sur la même doctrine et une même visée, le changement psychique.

De son côté, Jean Laplanche distingue, *au sein même de la CT*, le psychothérapeutique et le psychanalytique. Il considère en effet que dans une CT de névrose, ces deux options se côtoient constamment. La première activité correspond selon lui à la remise en forme et en histoire de ce que l'analyse découvre. C'est la conscientisation d'éléments inconscients. La seconde activité, c'est essentiellement le « traitement » des défenses intimement liées aux fantasmes inconscients, rendu possible par la libre association, « que l'on peut mieux nommer méthode "associative-dissociative", et par les interprétations de l'analyste ».

Dans le même sens que Marilia Aisenstein, pour Roland Gori, « les psychothérapies psychanalytiques constituent des variantes, des ajustements des modalités d'un travail psychanalytique qui procède de la même méthode que celle mise en œuvre dans la cure. Ces variantes et ces ajuste-

ments sont des traitements authentiquement analytiques nécessités par les problèmes que posent des situations cliniques et pratiques particulières. Le travail psychanalytique s'effectue au cas par cas et à distance d'une idéalisation qui imposerait au praticien un protocole formel, homogène et standard ». Dans ce contexte, poursuit-il, l'expression « psychothérapie psychanalytique » porte en elle-même une contradiction fondamentale car aucun projet, fût-il de soin, ne saurait peser sur la méthode analytique. Quant à la spécificité de cette méthode, c'est de tenir compte, plus que toute autre, des conditions de sa genèse et de sa mise en œuvre.

En se ralliant aussi à cette voie, Marie Rose Moro et Christian Lachal en montrent le dynamisme : « Nous contestons la distinction entre psychanalyse et psychothérapie psychanalytique. Cette distinction n'est que formelle et n'apporte un supplément ni de théorie ni de pratique. [...] Les variantes de la cure restent de la psychanalyse, et sans nul doute l'aiguillonnent et la renouvellent. » Ils pointent la CT comme signature du processus psychanalytique : « De par notre expérience psychanalytique avec les bébés et les migrants par exemple, nous voudrions proposer ici l'idée qu'il est un autre point qui fonde le processus psychanalytique, c'est la position contre-transférentielle du thérapeute et pas le dispositif qui,

lui, doit varier pour s'adapter aux besoins et à la spécificité des situations rencontrées. »

Alain Braconnier et Bertrand Hanin adhèrent à la bidimensionnalité dialectique défendue par Jean Laplanche : « Il serait réducteur de concevoir une cure-type sans une certaine dimension psychothérapique. En contrepoint, il serait inexact de concevoir la psychothérapie psychanalytique en faisant abstraction de sa spécificité psychanalytique. »

Bernard Brusset reprend aussi à son compte cette dialectique : « Il y a dans les traitements psychanalytiques une double dimension des interventions : celles de type psychothérapique et celles qui sont spécifiquement psychanalytiques. On peut parler d'un rapport de type série complémentaire : à une extrémité, l'effacement de l'analyste "qui fait le mort", support de projection et figure du quiproquo anachronique du transfert à partir duquel il interprète les conflits névrotiques infantiles actualisés par le processus ; à l'autre extrémité, la psychothérapie visant l'enrichissement du sens par la participation active de l'analyste aux associations d'idées tout en renonçant à l'interprétation. »

En effet, outre l'interprétation en fonction du transfert, l'analyste, écrit Bernard Brusset est généralement obligé de recourir aussi à d'autres types d'intervention que l'on peut dire

d'ordre psychothérapique : « La dimension psychothérapique fondée sur la participation de l'analyste en position de psychothérapeute est variée et tributaire de ses intuitions, de son expérience, de ses capacités empathiques, notamment dans la perception des niveaux de fonctionnements régressifs extra-verbaux qui trouvent théorisation dans la référence aux phénomènes d'identification projective, aux premières relations mère-enfant ou même enfant-environnement en deçà de la constitution de la mère comme objet. L'interprétation est différée et les interventions de l'analyste se fondent sur la perception contre-transférentielle de l'économie psychique du patient : un modèle en est le jeu winnicottien. La participation de l'analyste n'est à l'abri de l'arbitraire et de la suggestion que par l'analyse du contre-transfert. Elle est guidée par l'attention portée à ses effets sur les mouvements psychiques, sur les séquences associatives, sur l'émergence de l'inconscient, soit dans l'ordre de la symbolisation, du retour du refoulé, soit, en deçà des représentations, dans l'ordre des motions pulsionnelles, de l'inconscient, du ça, de ce qui appelle figuration, construction et transformation par l'analyste. »

Paradoxalement, comme on l'a déjà vu avec Bernard Brusset, la supervision de formation doit permettre « l'abandon » des attitudes psychothérapiques dans la CT.

Finalement, une bifurcation cruciale émerge ici pour organiser le débat. D'un côté, il y a ceux qui défendent le « tout-psychoanalytique » : « Mon souhait serait que tout travail psychoanalytique soit dénommé “psychoanalyse”, qu'il soit de face-à-face ou sur le divan, et que soit précisé le cadre » (Marilia Aisenstein). De l'autre, il y a ceux qui voient du « psychoanalytique » et du « psychothérapeutique » à l'intérieur même de l'espace de la CT. Pour les premiers, la ligne de démarcation pertinente n'est pas entre CT et PP mais entre « psychanalyste » et « non psychanalyste ». L'intitulé de PP est illogique. Pour les seconds, ce qui prime, c'est le dosage singulier du « psychoanalytique » et du « psychothérapeutique » au sein même de la CT et *a fortiori* dans la PP. Toutes les prises de position à l'égard des thématiques suivantes seront marquées par l'option choisie face à cette dichotomie matricielle.

Tentatives de définitions du psychoanalytique et du psychothérapeutique

Le terme « psychothérapie » apparaît pour la première fois en 1872 alors que le terme « psychoanalyse » n'est introduit qu'en 1896. Mais ce n'est qu'en 1905, dans son article « De la psychothérapie », que Freud prend clairement de la distance par rapport à l'hypnose en opposant la méthode cathartique et sa méthode

analytique. Toutefois dans ses écrits, longtemps il utilisera indifféremment les termes « psychanalyse » et « psychothérapie¹ ».

Aujourd'hui, précise Roger Perron, les psychanalystes font souvent ce qu'il faut pour maintenir cette imprécision : ils ont la fâcheuse habitude de prendre le terme en un sens plus restreint, et de désigner comme « psychothérapie » ce que, en tant que psychanalystes, ils font avec un patient (client, etc.) assis dans un fauteuil et non pas allongé sur un divan. Pour éviter la confusion avec d'autres entreprises psychothérapeutiques, on spécifie alors (pas toujours) qu'il s'agit de psychothérapie « psychanalytique »... ou « d'inspiration psychanalytique », ou « psychodynamique ». Depuis quelque temps les termes fleurissent, d'où une belle confusion.

Plusieurs contributeurs reviennent sur cette distinction et tentent de l'éclaircir. René Roussillon (repris et approuvé par Marie Rose Moro, Christian Lachal et Bernard Golse sur ce point) exprime une ligne de démarcation essentielle : « Pour Freud, la psychanalyse est aussi une psychothérapeutique, même si elle n'est pas que cela ; il parle à plusieurs reprises de la

1. S. Frisch, 2002, « Psychothérapie », dans A. de Mijolla (sous la direction de), *Dictionnaire international de psychanalyse*, Paris, Hachette Littérature, 2005.

“psychothérapie psychanalytique” pour désigner ce que l’on nomme maintenant “la psychanalyse”. Pour lui l’opposition ne passe pas entre la psychanalyse et la psychothérapie mais entre la psychanalyse et la suggestion, et les pratiques fondées sur la suggestion dont certaines pratiques qu’il dit “médicales”. Cette position me paraît sage et socialement efficace, c’est-à-dire de bonne politique. Elle fait de l’analyse du transfert, la pierre angulaire, l’axe principal, majeur et identitaire, de la pratique psychanalytique. Le choix passe en effet par le fait d’utiliser la suggestion, celle qui est inévitable et inhérente à la situation – qui surgit de l’existence même du transfert, et sur laquelle l’analyste n’a aucun contrôle car elle ne dépend pas de lui mais du fait que ses interventions sont “reçues” à partir de la position qu’il occupe dans le transfert –, pour “dépasser” la suggestion par l’analyse du transfert, et le fait d’utiliser la suggestion pour exercer une influence sur le patient. »

Une fois établie cette opposition majeure entre pouvoir d’influence de la suggestion « dépassée » en psychanalyse et pouvoir d’influence de la suggestion « brute », la distinction divan/fauteuil *versus* fauteuil/fauteuil n’est plus décisive : « L’opposition psychanalyse/psychothérapie peut aussi être tentée de s’appuyer sur la position corporelle proposée à l’analysant : allongé sur le divan, c’est de la psychanalyse ; face-à-face ou “côte à côte”, ce

n'est que de la psychothérapie. Freud ne semblait pas non plus considérer que le face-à-face interdirait la pratique de la psychanalyse, il se bornait à constater que, pour lui, il en allait ainsi, et qu'il trouvait plus "confortable" que le patient soit allongé, mais il n'en faisait pas une question identitaire de la psychanalyse » (René Roussillon).

De son côté, Jacques Sédat oppose fermement l'ici-et-maintenant de la psychothérapie à l'historicisation du sujet dans la psychanalyse : « La suggestion et l'hypnose représentent la résistance majeure à l'introduction à l'histoire d'un sujet, ce que rend possible non le transfert mais la règle fondamentale. Dans la suggestion et l'hypnose, dans la méconnaissance du passé et de l'histoire du patient, tout se passe dans le pur présent de la relation. »

Pour Christian Hoffmann : « Freud reconnaît aux psychothérapies la volonté de guérir par l'extérieur, par le soutien externe, ce qui est en souffrance chez le sujet. Il en va autrement de la psychanalyse qui tente de l'attraper par l'intérieur avec l'aide du sujet. La plupart des psychothérapies s'appuient sur la découverte freudienne du transfert, sans forcément le distinguer de la suggestion ; ce qui a comme effet de renforcer la croyance dans un Autre supposé savoir. Nos patients viennent avec cette demande d'obtenir une parole de l'Autre supposé savoir mieux qu'eux la vérité de leurs

souffrances. Cette définition du transfert permet de saisir les effets thérapeutiques de toute situation de demande de soins adressée à un Autre, médecin, psychothérapeute, etc., et, pour presque naturelle dans la relation humaine, suppose néanmoins un “savoir y faire avec” de la part de celui qui vient à cette place du sujet-supposé-savoir, cela pour éviter un simple effet hypnotique passager. »

« Il m’est arrivé, s’interroge Roger Perron, de me demander “en quoi ce qui se passe en ce moment est-il psychanalytique ? En quoi suis-je en ce moment psychanalyste ?” Cela dans le cas du divan-fauteuil tout autant que dans celui du fauteuil-fauteuil. Mais cette question m’est venue plus souvent encore dans le cadre d’une longue pratique du psychodrame psychanalytique. En ce cas en effet, la figuration d’action invite à bien des chemins de traverse, et le psychanalyste doit se surveiller pour rester psychanalyste et ne pas glisser vers la position du comédien amateur qui improvise. La meilleure réponse que j’ai pu trouver n’est pas : c’est parce qu’il y est question de sexualité, d’inconscient, de traces mémorielles, d’enfance, de traumatismes, etc. ; tout cela est vrai, mais pourrait sous-tendre une autre pratique que psychanalytique. Ma meilleure réponse possible – sans doute insuffisante – est : je me sens psychanalyste lorsque je garde en ligne de mire ce postulat fondamental : derrière le sens apparent, un

autre sens est possible, et derrière celui-ci un autre encore. Le pari est celui de la multiplicité des sens, de la polysémie. »

Bernard Golse et Roland Gori partagent une opinion clinique décentrée qui mérite d'être mise en exergue : pour eux, ce n'est seulement *qu'après coup* que l'analyste peut définir la polarité psychanalytique ou psychothérapeutique d'un travail. Selon Bernard Golse, en psychanalyse d'enfant, « la distinction entre psychanalyse et psychothérapie ne renvoie donc pas du tout, ici, à une distinction structurale du type névroses, psychoses ou états-limites. À cadre décondensé comparable, la distinction renvoie plutôt à la profondeur du travail atteint et au remaniement structural qui en découle, ce qui, encore une fois, ne pourra souvent être précisé qu'après coup, l'important étant, dans tous les cas, de mettre en œuvre les conditions potentielles d'un authentique travail psychanalytique. » Pour Roland Gori, chez l'adulte, « on peut ainsi, dans l'après-coup, constater qu'une analyse n'aura été pour tel ou tel patient qu'une psychothérapie, alors que pour tel ou tel autre “en psychothérapie” une analyse a pu avoir lieu. »

CT et PP : un continuum ?

Les questions portant sur un éventuel *continuum* entre CT et PP (Q5,6,7) sont inhérentes à la croyance en deux espaces dialectiques

dans la CT et les PP : le « psychanalytique » et le « psychothérapeutique ». Dans cette optique, on s'écarte de la description d'éléments exclusifs propres à la CT et aux PP au profit d'éléments transversaux dont on explore la variabilité.

En défenseurs du *continuum*, Alain Braconnier et Bertrand Hanin vont plus loin en évoquant non pas un mais plusieurs *continuum* : « L'évolution et la diversité, tant des pratiques (écoute associative, travail d'interprétation, etc.) que des processus (modèles de transformation des représentations inconscientes et préconscientes, des affects, etc., et modèles des processus de transformation des structures psychiques et des formations pathologiques), permettent incontestablement de préciser sur quel *continuum* (qu'il faudrait mettre justement au pluriel selon ces différents modèles), se situe cette distinction entre cure-type et psychothérapies psychanalytiques. Ce qui justifie le point de vue que prédéfinir le processus c'est d'une certaine manière l'empêcher. »

Naturellement, l'option du « tout psychanalytique » s'oppose *a priori* à cette hypothèse d'un *continuum*. « Pourquoi et au nom de quoi décréter que l'extension d'un même modèle scientifique, forcément adapté à des pathologies nouvelles, en fait autre chose ? Je récuse et tiens pour une erreur logique l'idée selon laquelle une seule et même pratique change d'essence

selon les modalités techniques qu'elle adopte. J'utilise ici le terme essence dans la stricte définition husserlienne de la variation éidétique. En fonction des matériaux et de son inspiration, le sculpteur peut utiliser le ciseau, le marteau, le couteau, il n'en reste pas moins sculpteur. Devant un même paysage, dix peintres, également mais différemment talentueux, feront qui à la gouache, qui à l'huile, qui à l'aquarelle, des exécutions chacune singulière – des interprétations – dont l'essence n'en restera pas moins une » (Marilia Aisenstein).

Cette homogénéité de la méthode et de la doctrine soulève aussi un autre problème : « L'insistance sur le "*continuum* des traitements psychanalytiques" tend à dissoudre les différences et infère corrélativement l'idée de continuité entre le conscient, (le conscient implicite, l'inconscient cognitif, le subconscient), le préconscient et l'inconscient : l'essentiel est alors, dans tous les cas, la bonne communication, l'empathie réparatrice, voire la recherche de "l'expérience émotionnelle correctrice"². La dimension psychothérapique est centrale. Inversement, dire que toute pratique est analytique dès lors qu'elle est celle des psychanalystes

2. Croire ou non que la défense d'un tel *continuum* est inévitablement synonyme de confusion des catégories conceptuelles psychanalytiques représente une ligne de démarcation importante.

évacue également la question des différences entre psychanalyse et psychothérapie » (Bernard Brusset).

Enfin, dans une formule forte, Serge Frisch interroge *a priori* la légitimité d'un *continuum* légitime : « Il reste à prouver que les élaborations déduites de la pratique de la cure-type puissent être transposées telle quelles sur la pratique psychothérapeutique. » Notons alors, sous la plume du même auteur, la mitoyenneté des interrogations sur la continuité et la mono ou pluriprocessualité de la CT et des PP : « La psychothérapie psychanalytique s'est développée en prenant appui sur la psychanalyse mais aussi en développant des aspects techniques différents, et peut-être même processuels différents, pour s'adapter aux pathologies rencontrées. La démarche psychothérapeutique ne se fait alors pas par défaut en référence à la cure-type mais par rapport à des indications précises et aussi par rapport à des buts plus précis. »

*Le processus de la CT et des PP :
unité vs diversité*

De fait, dans la suite logique de ces associations au sujet d'une hypothétique continuité, une interrogation sur *l'unité/diversité processuelle* dans la CT et les PP s'impose. Bon nombre d'auteurs s'y sont d'ailleurs employés en faisant ainsi écho à la très forte récurrence du terme

processus dans les questions (sept occurrences). De plus, la convergence de cette question avec les piliers de la formation et de l'évaluation a déjà été soulignée.

La justification de la centration sur les processus psychiques reste fondamentalement freudienne³. Elle a permis à Freud, avec les hystériques, de se démarquer de la psychiatrique histoire de la maladie (des symptômes) pour l'histoire du malade : « Le diagnostic local et les réactions électriques n'ont aucune valeur pour l'étude de l'hystérie, tandis qu'une présentation approfondie des processus psychiques, à la façon dont elle nous est donnée par les poètes, permet, par l'emploi de quelques rares formules psychologiques, d'obtenir une certaine intelligence du déroulement d'une hystérie » (S. Freud, *Études sur l'hystérie*, cité par Jacques Sedat).

Toutefois, dans la prudence de certains à l'égard de cette processualité une ou plurielle, on sent bien qu'il s'agit là d'un Rubicon dont le franchissement est lourd de conséquences. En embuscade derrière la diversité processuelle, se cache la menace du statut de maître étalon de la

3. Il faut souligner combien cette notion de processus psychique est en fait très hétérogène, selon les analystes contemporains (Alain Braconnier, communication personnelle).

CT. Certains contributeurs franchissent allègrement le Rubicon : « Les différences de *setting* font des différences de processus : comment en serait-il autrement ? Mais est-il bien pertinent de proposer de faire de celles-ci des différences identitaires ? » (René Roussillon que citent en l'approuvant Marie Rose Moro et Bernard Golse).

In fine, la processualité est une cible électorale du clinicien chercheur *a fortiori* formateur : « La recherche sur les processus nous semble être la plus importante et la plus spécifique du champ des psychothérapies, dans la mesure où elle nous permet de comprendre, ce que l'on fait ou doit faire, comment on le fait ou ce qui se passerait si on faisait autrement, et enfin pourquoi. C'est donc une recherche sur la complexité à laquelle on ne peut renoncer car elle est gage d'efficacité et de transmission possible » (Marie Rose Moro et Christian Lachal).

*Psychanalyse sans visée curative (guérison
« de surcroît ») vs psychothérapie avec but*

Christian Hoffmann écrit qu'avec le CT, Freud a souhaité se dégager d'une visée médicale : « Il ne s'est pas opposé à l'insertion possible de la psychanalyse dans la médecine à condition qu'elle y apparaisse comme une spécialité de la médecine. Il craignait néanmoins que la visée thérapeutique de sa méthode ne l'emporte sur la recherche scientifique de la psychanalyse. »

Roland Gori enfonce le clou : « La psychanalyse n'a pas d'autre finalité que sa mise en œuvre et, comme le rappelle Conrad Stein, tout projet fait obstacle à la méthode de l'analyse, et ce quel que soit le projet thérapeutique ou didactique. À partir de cette position éthique et épistémologique, c'est seulement dans l'après-coup que l'on pourra constater les effets d'un travail analytique et en délimiter la portée. » La prise en compte de cette présence/absence de représentation-but de la CT peut du coup devenir une ligne de partage exclusive avec la psychothérapie, rendant caduque l'expression même de PP.

Pour Alain Braconnier et Bertrand Hanin, certes « la cure-type n'est pas une psychothérapie. Sa finalité primordiale ne s'inscrit pas dans une visée curative au sens des objectifs issus de la pratique strictement médicale ». Mais pour autant, comme on l'a déjà vu, ces deux auteurs voient du « psychanalytique » dans le « psychothérapeutique » et inversement.

René Roussillon donne une justification thérapeutique freudienne de cette absence de visée curative : « Quand Freud évoque l'importance pour le psychanalyste de ne pas rechercher d'effets immédiats à ses interventions, quand donc la guérison est située "de surcroît", ce n'est pas au nom d'une posture qui exclurait le souci de guérir ou de soigner de son champ, c'est au nom d'une stratégie générale qui vaut par son... efficacité thérapeutique ! [...] Le "de surcroît"

de Freud n'est pas un rejet aux calendes grecques de la question de la guérison, c'est l'énoncé qui souligne que c'est de l'analyse et du travail de symbolisation qu'elle rend possibles, que celle-ci doit être attendue, et non de n'importe quelle "voie courte". La question passe plutôt entre une "bonne" intervention – et celle-là résulte du travail psychanalytique –, et une "mauvaise" intervention qui tente de court-circuiter le lent défilé de l'analyse et se borne à un simple effet de suggestion. »

Différence entre analyste et non-analyste

Face à la « séduction, argumentation plus ou moins logique ou rationalisante, dédramatisation, déculpabilisation, écoute bienveillante ou coparticipation plus ou moins mesurée ou intense, confrontation, manipulation et aussi... interprétation, toutes interventions visent essentiellement le moi, indépendamment du déploiement ou de l'utilisation implicites d'un transfert de degré ou de qualité variables [...] La différence – qui me paraît essentielle – au sein de telles situations entre non-analystes et analystes semble bien être la capacité de ces derniers à saisir les véritables ressorts de ces divers types d'intervention et l'opportunité ou non de les utiliser, sur un mode plus ou moins discret ou appuyé, et sans demeurer prisonnier de la théorisation – plus ou moins idéologique – qui

sous-tend chacune des autres méthodes » (Raymond Cahn).

Dans cette perspective, Marilia Aisenstein prend l'exemple de l'abstention à interpréter du psychanalyste formé : pour s'abstenir, « il faut d'abord savoir pourquoi on s'abstient et de quoi en s'abstient, c'est-à-dire de quoi on diverge. Pour retenir une interprétation, il faut qu'elle se soit intérieurement formulée. Si le lecteur veut bien me suivre, il faut par conséquent admettre que l'on ne cesse pas d'être psychanalyste pour devenir psychothérapeute parce que l'on garde par devers soi l'intervention classique qui se serait en d'autres circonstances imposée. »

DEMAIN : CRÉATIVITÉ ET RÉSISTANCES

À l'issue de ce survol, je voudrais pointer certaines pièces du puzzle qui, dans une perspective épistémologique, me semblent être essentielles pour comprendre les articulations potentiellement dynamiques et les probables points de blocage de ce débat.

Le témoignage de Christine Anzieu sur l'état des lieux aux États-Unis est dans cette perspective bien utile car, en dépit des profondes singularités historiques et culturelles des deux pays, la mondialisation nous invite *a minima* à observer l'évolution outre-Atlantique comme un champ des possibles en France. Que dit-elle ?

« Les heures de gloire de la psychanalyse américaine se situent dans les années 1950-1960, quand la volonté de maintenir la pureté analytique a dévalorisé la pratique de la psychothérapie dans les sociétés analytiques américaines. C'est toujours le cas dans la formation, malgré la diminution spectaculaire des cas d'analyse ces quinze dernières années. La règle pour la formation analytique est stricte : trois cas supervisés à quatre séances par semaine. La peur de diluer la psychanalyse a entraîné une politique rigide des instituts analytiques par rapport à l'analyse. » Parallèlement, il faut mesurer combien « les universités médicales ou de sciences humaines ne donnent presque plus de formation à une connaissance de la vie psychique ».

Au fond, pour Christine Anzieu, « le problème le plus difficile pour les psychanalystes est la suprématie de la pensée behavioriste. Les traitements comportementaux sont les seuls reconnus par les compagnies d'assurance, et ce sont les recherches sur l'efficacité de ce type de traitement qui fixent les critères de thérapies. Les travaux statistiques déterminent la confiance dans les thérapies et les psychanalystes ont pris du retard pour démontrer leur efficacité. La psychanalyse n'a pas très bonne presse en Amérique, et la pratique de la psychothérapie est devenue le processus nécessaire aussi bien pour former les cliniciens que pour faire découvrir le travail analytique à un patient ».

Un état des lieux exhaustif de la diversité de la psychanalyse américaine mériterait de plus amples développements et discussions. Toutefois, il semble d'ores et déjà possible, à partir de ce tableau, de pressentir qu'une volonté de fixer une frontière nette entre l'or de la CT et le cuivre de la psychothérapie aboutit à une raréfaction de la psychanalyse comme pratique de soin, de formation, et à l'émergence d'une ligne de clivage entre psychanalystes et psychothérapeutes⁴. La récente ouverture de l'Association américaine de psychanalyse en direction des psychothérapeutes tente secondairement de contrecarrer cette partition tout en intégrant plus ou moins cette ligne de clivage.

Sans sombrer dans une analogie réductrice entre le présent des États-Unis et l'avenir de l'Hexagone, ni renier l'essence de la psychanalyse, ne pourrions-nous pas en France tenter de faire l'économie de cette fracture et de ces aménagements sous la contrainte ?

4. Il est aussi important d'envisager d'autres critères comme l'inefficacité des traitements cure-type sur de nombreuses pathologies, le rapport coût/bénéfice pour comprendre la forte désillusion par rapport à l'idéalisme des années 1950-1960 (Alain Braconnier, communication personnelle).

Rigueur de la CT et licence des psychothérapies ?

Pour aller vigoureusement dans cette direction, la première conquête qui s'impose dans notre communauté de psychanalystes formés et en formation, c'est la révision de nos représentations du champ de la psychothérapie. La citation suivante de René Roussillon exprime le postulat nécessaire à toute avancée en ce sens : « J'ai souvent remarqué, lors des discussions informelles avec des collègues psychanalystes, que l'appellation de "psychothérapie" semblait autoriser une perte de rigueur et des attitudes techniques approximatives, comme si les impératifs de la pratique psychanalytique semblaient pouvoir se relâcher dès que l'on quitte la stricte définition de la cure-type, et que l'appellation de "psychothérapie" autorisait toutes les variantes et tous les aménagements ! Je comprends bien dès lors que ces mêmes collègues tiennent à opposer la psychanalyse et la psychothérapie, mais on me permettra de douter du bien-fondé d'une telle licence. »

De fait, la dévalorisation des psychothérapies par les psychanalystes comporte le risque de les éloigner de la recherche clinique rigoureuse sur les variations processuelles en présence. Au contraire, si cette valorisante attention est commune à la CT et aux autres cadres aménagés par le psychanalyste, le débat peut s'engager car, finalement, comme le formule justement Marie

Rose Moro, « ces modifications des paramètres en milieu naturel (individuel, groupe, temps, nature des interventions...) sont le véritable laboratoire de la psychanalyse ».

Une fois acquis ce *respect* à l'égard du psychothérapeutique analytique, les questions indissociables de la formation et de la recherche peuvent être envisagées comme des antidotes au clivage. En effet, dans cette perspective d'une complémentarité respectueuse entre la CT et les autres cadres psychanalytiques aménagés, la ligne de démarcation ne se situe plus entre CT et PP mais entre psychothérapies (au sens générique du terme incluant CT et psychothérapies) faites par un psychanalyste *formé*, et psychothérapies effectuées soit par un non-analyste (débutant ou expérimenté) soit par un analysant souhaitant devenir analyste, ou encore un analyste en formation.

Cette frontière met l'accent sur l'usage ou non d'outils spécifiques psychanalytiques (l'élaboration transféro-contre-transférentielle en particulier), et si oui, sur la maturation des compétences du clinicien pour les utiliser.

Sur la base de cette catégorisation, il est alors tentant de reformuler la répartition avec d'un côté analystes, analystes en formation, analysants, et de l'autre, les professionnels sans expérience psychanalytique. *Pourtant, je crois justement essentiel de résister à ce regroupement*

menaçant encore une fois de cliver le paysage en psychanalystes et non-psychanalystes, et surtout, ne correspondant nullement à la réalité du terrain.

Les analysants et les « sans expérience psychanalytique » sont très majoritairement des étudiants en psychiatrie et en psychologie ou de jeunes praticiens en ces deux domaines. Si leur pratique des psychothérapies est dévalorisée par les défenseurs de l'or psychanalytique, les analysants et, *a fortiori*, les « sans expérience psychanalytique » risqueront d'assombrir leur vision de la psychanalyse perçue comme un îlot à mille lieux des enjeux cliniques de leur immersion institutionnelle quotidienne.

Pour s'opposer à cette dépréciation de la psychanalyse *via* ce mécanisme d'isolation de l'activité psychothérapique, je crois que *les universités ont un rôle très prometteur à jouer*. Malheureusement, en France, « contrairement à d'autres pays européens, l'Université est trop peu engagée dans cette formation *aux côtés des instituts de formation*, alors que cela pourrait développer une articulation plus grande entre formation et recherche, et entre la psychanalyse et les autres disciplines présentes à l'université, la médecine, toutes les sciences humaines comme la psychologie, la linguistique ou l'anthropologie, mais aussi la littérature ou l'histoire. L'université pourrait être un lieu privilégié où la psychanalyse serait affectée par les données des autres, et où elle pourrait, en

retour, affecter en tant que méthode d'investigation certaines recherches en sémiologie linguistique, en anthropologie des processus intimes ou en littérature » (Marie Rose Moro, Christian Lachal).

De leur côté, les analystes en formation, pour la plupart psychiatres et psychologues nettement engagés dans la pratique psychothérapique institutionnelle et/ou libérale, peuvent aussi être menacés d'une forme de clivage entre leurs activités de CT didactiques et les psychothérapies si dans leur supervision le cuivre de la psychothérapie est à « abandonner » au profit exclusif de l'or. À l'inverse, une technique didactique en supervision de CT favorisant la compréhension différentielle des dosages « sur mesure » d'éléments relevant du psychothérapique et du psychanalytique sera certainement plus efficace qu'une éradication du psychothérapique. En d'autres termes, c'est la compréhension de la suspension ou non du psychanalytique (« l'interprétation virtuelle » de Marilia Aisenstein par exemple) qui offrira le spectre didactique le plus large. L'expérience cumulée d'une supervision divan/fauteuil et d'une supervision d'un autre cadre aménagé (en face-à-face ou autres) ne peut qu'être bénéfique dans cet esprit.

D'ailleurs, c'est probablement dans le cadre de la formation et de la recherche que la proposition d'une dialectique complexe du psychanalytique et du psychothérapique même et surtout

dans la cure-type s'impose comme beaucoup plus heuristique que celle qui consiste à cliver artificiellement ces deux modalités.

Mais un malentendu risque d'obscurcir le débat à ce sujet. Ceux qui, à l'instar de Jean Laplanche, pointent ces deux entités comme coprésentes se réfèrent à une phénoménologie descriptive de la rencontre au sein de la CT. Ceux qui, comme Marilia Aisenstein, défendent l'idée que le psychanalyste maintient une même doctrine et une même visée en dépit des variations, ne sont pas contre l'idée d'élaborer la connaissance de ces variations. « Seule l'étude constante des limites du champ de la psychanalyse peut nous permettre d'exister » (Marilia Aisenstein). Plus qu'une opposition, il y a ici la revendication commune d'une identité vivante de psychanalyste dont la plasticité en signe la créativité.

Alors, au fond, ne pourrait-on pas simultanément se faire l'avocat de cette plaidoirie en faveur de la plasticité de l'essence de la psychanalyse et accepter l'idée qu'il y a une promesse heuristique capitale dans la recherche sur la dialectique entre les ingrédients spécifiquement psychanalytiques et psychothérapeutiques de n'importe quelles relations psychanalytiques de la cure-type ou d'un cadre aménagé ?

Si le clinicien promoteur de telles recherches sur les covariations du cadre et des processus en présence croit naïvement (comme le

dénonce Bernard Brusset) que la continuité des variables équivaut à un *continuum* grossier entre conscient et inconscient, c'est son problème. Mais ce serait une méprise ou un coup bas obscurantiste que d'accuser toute tentative d'étude de ces variations⁵ comme un déni de la doctrine psychanalytique.

À un niveau théorique, plusieurs pistes s'imposent actuellement comme heuristiques pour ces recherches : « Nous avons, je pense, pris du recul par rapport à cette vue "physicaliste", grâce à des notions comme celles de narrativité, historisation, voire subjectivation, qui donnent à la "perlaboration" freudienne un contenu bien plus riche, comme étant précisément le temps "psychothérapeutique" » (Jean Laplanche). La recherche clinique reposant sur ces éléments mérite de ne pas être *a priori* condamnée comme un symptôme, même si parfois, « les psychanalystes qui ont une pratique réduite de la psychanalyse tendent à privilégier la dimension psychothérapeutique et à réduire la métapsychologie à une simple théorie de la pratique psychothérapeutique : d'où les dérives dogmatique, herméneutique, narrative ou intersubjectiviste » (Bernard Brusset). *Les filières épistémologiques de*

5. Par exemple pour l'interprétation : se formuler à soi-même silencieusement une interprétation, verbaliser un « ballon sonde » interprétatif, formuler explicitement une interprétation...

la narrativité et de la subjectivation devraient pouvoir être explorées sans que leurs pionniers soient nécessairement considérés comme suspects par les gardiens de l'orthodoxie.

À l'abri du saturnisme, les vertus et les limites de l'or rouge

Dans sa traduction française de la conférence de Freud de 1918 au V^e Congrès de Budapest, A. Berman⁶ commet une erreur : elle traduit « *mit dem kupfer der direkten suggestion* » par « du plomb de la suggestion directe ». Le métaphorique cuivre freudien est devenu du plomb. Or, dans la langue française, le plomb et le cuivre ne sont décidément pas logés à la même enseigne !

Le plomb symbolise la lourdeur. Les tentatives des alchimistes pour le transformer en or avec la pierre philosophale, son usage pour réaliser les caractères d'imprimerie et sa vertu protectrice contre les rayons X ne suffisent pas pour inverser cette tendance d'un vil plomb pollueur autrefois avec les munitions et aujourd'hui avec les batteries électriques. De fait, c'est bien sa toxicité qui marque probablement le plus les

6. S. Freud, 1904-1919, « Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique », dans *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953, p.141.

esprits depuis la fin du XIX^e siècle où la reconnaissance et la prévention du redoutable saturnisme⁷ ont vu le jour parallèlement à la découverte et à l'extension de la psychanalyse. Cette maladie n'a certainement pas échappé à Freud.

À l'inverse, le cuivre véhicule une tout autre atmosphère : ce métal pur est un des rares qui existe à l'état natif, ce qui explique probablement qu'il fût le premier utilisé par les hommes. Symboliquement, c'est un métal associé à la féminité, la jeunesse, l'amour... et au narcissisme⁸ car les premiers miroirs des anciens étaient faits de cuivre ! À la génération de Freud, le cuivre est aussi vraisemblablement indissociable de l'oralité, des précieux ustensiles de cuisine et du magnétisme scopique des objets décoratifs soigneusement entretenus par les maîtresses de maison. En métallurgie, ce sont ses qualités de composant de nombreux

7. Le saturnisme est induit par l'ingestion de plomb sous forme de particule fines (écaillés de peinture au plomb) ou par intoxication *via* une eau contaminée par d'anciennes tuyauteries en plomb (notamment dans les régions où l'eau est naturellement acide). L'inhalation est localement un facteur important de contamination à proximité des usines et de sites pollués par le plomb.

8. Encyclopédie Wikipedia
<<http://fr.wikipedia.org/wiki/Cuivre>>

alliages⁹ qui prévalent. Mais c'est en joaillerie, mélangé à l'or pour en augmenter sa rigidité, qu'il tire son principal titre de noblesse : *l'or rouge* est composé de 45 % d'or et de 55 % de cuivre.

Bref, tout se passe au fond comme si l'erreur de traduction de A. Berman reflétait fidèlement les résistances de bon nombre de psychanalystes à l'égard de cet alliage de la psychothérapie qui oblige à mêler l'or pur de l'analyse au vil plomb de la suggestion. En suivant ce fil, rectifier la traduction et substituer le cuivre au plomb, c'est s'ouvrir aux possibles qualités intrinsèques de l'or rouge et, métaphoriquement, à la légitimité de l'étude de l'usage de la suggestion¹⁰, des variations des pratiques, des processus et de

9. Laiton (allié au zinc), bronze (allié à l'étain), cupro-aluminium (allié à l'aluminium), cupronickel (allié au nickel), maillechort (allié au nickel et au zinc).

10. L'analyste, souligne R. Roussillon, n'éradique pas (phobiquement !) la suggestion, mais l'utilise pour en permettre le « dépassement » : « Le choix passe en effet par le fait d'utiliser la suggestion, celle qui est inévitable et inhérente à la situation – qui surgit de l'existence même du transfert, et sur laquelle l'analyste n'a aucun contrôle car elle ne dépend pas de lui mais du fait que ses interventions sont "reçues" à partir de la position qu'il occupe dans le transfert –, pour "dépasser" la suggestion par l'analyse du transfert, et le fait d'utiliser la suggestion pour exercer une influence sur le patient. » (Citation déjà rapportée p. 145).

leurs théorisations dans l'alliage des cadres aménagés.

Il est souhaitable que ce travail favorise l'émergence de recherches cliniques évaluatives pertinentes et de formations adaptées à la dialectique complexe entre le psychanalytique (l'or pur) et le psychothérapique (l'or rouge) dans le travail quotidien du psychanalyste. Parions avec confiance que l'or pur et le cuivre pourront à l'avenir faire meilleur ménage que l'or pur et le plomb autrefois !

Où en est le débat ?

Daniel Widlöcher

Nous sommes partis d'une question aussi ancienne que la psychanalyse, celle de l'unicité ou de la diversité des pratiques psychothérapeutiques qui s'en réclament. Grâce aux nombreux contributeurs qui ont répondu favorablement à notre appel, nous avons pu dresser un panorama actuel de cette diversité et de l'acuité des divergences qui animent plus que jamais le champ de la pratique et des références théoriques. En se détachant de l'hypnose et, moins explicitement,

Daniel Widlöcher est psychiatre, docteur en psychologie et psychanalyste, membre de l'Association psychanalytique de France.

de la thérapie morale, la psychanalyse a très tôt rencontré la question de l'extension de ses applications et d'une certaine flexibilité de sa pratique. Freud introduisit en 1918 la métaphore de l'alliage de l'or et du cuivre et a rapproché à cette occasion le cuivre de la suggestion tout en donnant comme exemple la prescription d'une conduite contra-phobique. Au cours des années 1920 et 1930, il fut surtout question de l'application de la psychanalyse à l'enfant et à des pathologies variées, dont les psychoses et les anomalies sévères de l'organisation de la personnalité. Des variantes techniques ont été proposées, en particulier celle bien connue de Ferenczi, qui se heurtèrent aux orthodoxies régnantes des écoles de Londres et de Vienne. Après la Seconde Guerre mondiale, ce fut l'expansion des psychothérapies d'orientation ou d'inspiration psychanalytique, destinées à répondre aux demandes du plus grand nombre, démarche développée surtout aux États-Unis et qui reprenait la question soulevée par Freud en 1918. Aujourd'hui, le déclin de la popularité de la psychanalyse, la concurrence des thérapies d'autres inspirations, mais aussi la croissance du nombre de praticiens qui étaient initiés à la psychanalyse ont eu le double effet d'une réduction des demandes d'analyse proprement dites et d'une large extension de pratiques inspirées ou tenues pour variantes de la « cure-type ». À la psychanalyse « allégée » a ainsi fait suite la psychanalyse dite compliquée.

Le débat continue. Mais comment ? Le risque est grand de céder à la polémique pour tenter de dépasser le débat. L'inconvénient de formules telles que « ce n'est pas de la psychanalyse » ne tient pas à la vivacité du propos mais au fait qu'elles contournent trop aisément le principe de l'existence même de ce que l'on souhaite exclure. On attend d'un débat non pas qu'il écarte la différence, mais qu'il l'intègre ou la reconnaisse.

Dans le champ de la psychanalyse comme dans celui des autres sciences de l'esprit et plus largement de l'action humaine (Lacan), la complexité des éléments observables, de leurs relations réciproques, tant comme objets de connaissance que comme pratiques de communication intersubjectives, nous invite à des choix et à des hypothèses multiples. Il s'agit d'options, de stratégies d'emploi, dont la diversité, voire l'opposition, nous aident à mieux connaître la complexité du domaine de référence. L'opposition entre débat et polémique n'est donc pas une question de courtoisie. Elle n'est pas simple invitation au respect mutuel. Elle tient à un principe épistémologique. Doit-on, comme dans les sciences de la nature, se fier à la seule logique de l'évidence mais reconnaître que dans le domaine de la psychanalyse comme dans ceux du politique ou de l'éducation des voies divergentes, parallèles ou croisées traversent le champ du savoir et de l'action ? C'est dans cet esprit que nous proposons d'entendre les contributions qui ont nourri le débat.

Mais comment conclure puisque par nature la controverse peut demeurer sans fin. Il est tout aussi fondé de déclarer que la psychothérapie psychanalytique n'existe pas que d'affirmer le contraire. La lecture des textes montre bien à quelles logiques obéissent les deux assertions, quels éclairages elles privilégient, quels risques et quels avantages elles trouvent dans l'un et l'autre point de vue. D'autant plus que lorsqu'on imagine une situation clinique, le différent cède la place à des écarts de pratique et à des options que la pragmatique des cures individuelles permet de nuancer. Cela ne veut pas dire que les pratiques cliniques sont les mêmes mais signifie que les différences résultent d'options théoriques et pratiques compatibles. Est-il alors légitime de tenter une synthèse à partir des différences ? Parlerions-nous aujourd'hui du cuivre comme Freud en parlait, et d'autant que durant des années, les traductions françaises mentionnaient le plomb au lieu du cuivre ? À la limite, on pourrait procéder à des classements et à des regroupements variés. Opposera-t-on unicistes et pluralistes ? Mais à d'autres points de vue (l'appartenance à telle ou telle institution, telle ou telle génération par exemple), convergences et divergences ne sont plus les mêmes. Les points d'accord sont-ils plus nombreux qu'il y paraît ? Sans doute, mais est-il plus intéressant de les souligner que ceux de désaccord ? La référence à l'après-coup ou celle au contre-transfert semblent

« croiser » d'autres critères de jugement. Mais qu'en conclure à partir d'un si faible échantillon ? Nous sommes en présence d'un mycélium – d'un réseau à multidimensions – dont nous devons tout simplement respecter la complexité.

Je me risquerai pourtant à proposer une conclusion. S'il n'y a pas de réponse univoque aux questions posées, ce n'est pas seulement dû aux différences entre des praticiens, mais cela tient au fait que la pratique psychanalytique elle-même est matière à débat. C'est en ce sens que j'ai plaidé pour un continuum, non bien sûr pour gommer les différences mais au contraire pour les rendre plus visibles. Il s'agit, me semble-t-il, d'un continuum qui sous-tend une articulation dialectique entre deux formes d'écoute que je me propose d'appeler le psychanalytique et le psychothérapique.

Le terme « cure-type » n'est pas aussi sot qu'il y paraît. La cure-type est un modèle. C'est celui que le psychanalyste offre à un requérant, « à prendre ou à laisser », oserait-on dire, en n'oubliant pas que si le psychanalyste sait ce qu'il offre, le patient n'en sait rien, à moins que, initié voire engagé, il sait qu'il faut passer par l'expérience-type de la psychanalyse. Lorsque le psychanalyste dit au patient : « Ce que je vous propose est une psychanalyse et rien d'autre », il s'affiche comme garant d'un modèle. Beau déni que de s'insurger contre le sujet « supposé savoir ». L'engagement dans la cure-type

implique de la part du psychanalyste qu'il tentera de répondre au mieux aux réquisits du modèle, et de la part de l'analysant qu'il se pliera aux exigences techniques du cadre. C'est d'un véritable contrat qu'il s'agit. Les engagements, aussi différents qu'ils soient d'un côté et de l'autre, n'en sont pas moins tout aussi contraignants. Dès lors, le modèle, par l'entremise de son exécutant, va être à l'origine d'un processus à la condition que le cadre qu'il présuppose soit respecté. Le cadre n'est pas seulement le dispositif matériel, c'est aussi le mode de pensée auquel l'analysant est invité, à partir de la règle fondamentale. Il est postulé et soumis de ce fait à vérification, que cet engagement dans le cadre fera découvrir un processus spécifique que la métapsychologie psychanalytique a permis d'identifier (transfert, régression, conflit personnel, contraintes de la sexualité infantile, etc.). Si l'engagement dans la cure-type est lié à une demande de soins psychothérapeutiques (et dans quel contrat ne l'est-elle pas ?), ceux-ci ne relèvent que secondairement de l'accomplissement de la connaissance des pressions de la réalité psychique, objectif primaire de la méthode. Précisons toujours que du point de vue strictement freudien, toute guérison, dite de surcroît, tient aux effets de dégageant des résistances liées aux conflits pathogènes, et donc du processus attendu plutôt que du cadre lui-même. Notons surtout que la rigueur de ce dernier ne dispense pas d'une

certaine souplesse technique. Ce qui déjà présuppose que le clinicien est confronté à des choix dans sa manière d'écouter et d'interpréter le cours associatif de l'analysant.

Arrêtons-nous précisément aux modalités d'écoute associative que développe l'analyste, modalités de co-pensée qui sont largement dépendantes du cadre. L'analyste privilégie une écoute psychanalytique, associative, aussi fidèle que possible à l'enchaînement des pensées de l'analysant. Cette écoute, nous tenterons de la maintenir tout au long du parcours de vie de l'analysant au long de la cure, marqué par une diversité d'investissement, de conflits actuels et d'événements intercurrents. Au mieux, l'analysant intériorise le mode de co-pensée, et par un processus continu de perlaboration devient progressivement son propre psychanalyste, du moins dans le meilleur des cas.

En opposition à ce modèle, à la limite utopique, nous considérerons les psychothérapies psychanalytiques comme l'ensemble des pratiques qui se distinguent du modèle de la cure-type par les engagements du contrat thérapeutique et les modalités de la co-pensée.

Considérons en premier lieu la nature du contrat. La plupart des consultants ne viennent pas pour entreprendre une psychanalyse à proprement parler et ne sont pas prêts à accepter de se plier aux conventions que nous leur proposons pour

ce faire. Ils veulent être soignés de ce qu'ils estiment être à l'origine de leur souffrance et de leurs difficultés de vie. Ils s'adressent au psychanalyste et non à la psychanalyse. Ils veulent savoir si nous sommes en mesure de répondre à leur demande le plus souvent aux conditions du cadre qu'ils sont prêts à accepter. C'est l'analyste qui est sollicité et proposera un contrat adapté à la demande, indépendamment des conditions du cadre matériel. C'est notre mode d'écoute qui est ainsi induit, non pas en fonction du modèle de la cure mais en fonction de ce que le patient nous impose. La résistance n'est plus axée sur le processus de la cure mais sur les symptômes. Notre écoute psychanalytique est ainsi déroutée par des demandes qui se succèdent, alternent ou perdurent. Il ne s'agit plus ici de « penser psychanalytiquement » ; il s'agit de confronter notre copensée psychanalytique à ces exigences thérapeutiques. La question de fonds concernant la psychothérapie psychanalytique est précisément celle-ci : que requièrent ces exigences thérapeutiques qui nous écartent de l'associativité psychanalytique et comment pouvons-nous les traiter comme des résistances à la cure ? De multiples stratégies s'offrent au thérapeute, en fonction du cas clinique mais aussi en fonction de l'évolution du traitement. Ce qui fonde la nature psychanalytique du travail psychique que nous sommes amenés à développer et à faire évoluer au cours du temps, c'est que l'amélioration clinique

ouvre (et non ferme) un processus de co-pensée psychanalytique. L'idéal (l'utopie) serait que la guérison donne accès à la psychanalyse ! Mais le plus souvent, le travail thérapeutique ne suit pas cette voie et nous contraint à des demi-mesures ou à une psychothérapie sans fin.

Psychanalyse compliquée ? Sans doute, mais au prix de débats internes qui à chaque instant obligent le thérapeute à des choix, à des options techniques. Alors que dans la cure idéale, le débat qui occupe consciemment ou non l'esprit de l'analyste est de maintenir le cap vers le modèle de la cure ; dès que nous ne restons pas fixés à ce principe (et c'est déjà un choix initial majeur, source de débats internes), nous nous exposons à des situations de choix « stratégiques », sources de multiples débats cliniques. Les supervisions rendent très sensible cette différence, et l'on pourrait dire également que les supervisions de psychothérapies sont aussi compliquées. Le superviseur doit penser avec la co-pensée du thérapeute sollicité à chaque instant par des constructions, des récits, des explications, des remémorations qui résistent à l'écoute analytique mais ouvrent la voie à des dégagements thérapeutiques. D'où le débat permanent qui occupe le travail de supervision pour mesurer l'impact de telle ou telle stratégie d'écoute et d'interprétation. Résumons les conditions de ces différences. À la constance de l'offre de l'analyste s'oppose la constance de la sollicita-

tion (du patient). À l'extrême, c'est au coup par coup qu'il nous faut agir, donc penser !

Le psychanalyste, dans sa pratique même, est ainsi confronté à une double sollicitation : celle d'une co-pensée associative qui répond au modèle de la cure-type, et celle d'une prise en compte du soin qui répond à la demande du patient et qui sera entendu, par lui comme résistance au processus de la cure, mais dont le « traitement » implique des stratégies diverses. Toute pratique psychanalytique s'inscrit dans un continuum, champ d'une dialectique entre l'approche de la réalité psychique inconsciente et celle des effets des conflits interpersonnels et intrapsychiques.

Ce débat permanent n'est pas sans rapport avec celui qui nous occupe. Mais c'est un débat sans fin propre à la clinique psychanalytique. N'est-ce pas ici la raison, ou du moins une des raisons, qui explique la continuité dans l'histoire du mouvement psychanalytique de la question des rapports entre psychanalyse et psychothérapie psychanalytique ? On devrait alors se demander comment, au fil du temps, cette question a été formulée de manière diverses.

Est-ce dû à des évolutions internes de la pratique ou à des facteurs externes, ou à une intrication des deux ? Que faisons-nous aujourd'hui du minerai dont nous extrayons l'« or pur » de la psychanalyse ? Ce débat continue.

Annexe : questionnaire

1. Est-il légitime d'établir une distinction entre psychanalyse (cure psychanalytique proprement dite) et psychothérapies psychanalytiques ? Indépendamment même du principe de cette distinction, comment prendre en compte les variations des pratiques et des théories du processus thérapeutique ?

2. L'histoire de la psychanalyse nous montre une évolution et une diversité, tant des pratiques (écoute associative, travail d'interprétation, etc.) que des processus (modèles de transformation des représentations inconscientes et préconscientes, des affects, etc., et modèles des processus de transformation des structures psychiques et des formations pathologiques). Cette évolution permet-elle de répondre à la question posée ou celle-ci nécessite-t-elle d'autres approches ?

3. Une manière de considérer les variantes de la pratique repose sur des définitions catégorielles (cf. Kernberg, Wallerstein...). Cette démarche vous semble-t-elle justifiée et suffisante ? Sur quels arguments fondez-vous votre jugement ?

4. La prise en compte de critères psychopathologiques (états limites, psychoses, troubles narcissiques graves, etc.) est-elle une bonne manière de décrire des variantes de la psychanalyse ? Est-elle bien étayée sur le plan de la technique et de la théorie des processus de transformation ?

5. Dans une perspective qui prendrait en compte avant tout (ou exclusivement) un continuum entre certains éléments fondamentaux de la pratique psychanalytique et d'autres modes d'intervention, comment formaliser ces variations « techniques », telles que le travail interprétatif sur les processus de transfert, le mode d'intervention (constructions, interprétations, partage de l'activité associative, voire prescriptions), la référence à la réalité matérielle, à l'histoire personnelle, à la réalité psychique inconsciente, etc. ?

Pourrait-on construire une grille de ces paramètres techniques relativement indépendants les uns des autres ?

6. Dans une perspective qui prendrait en compte avant tout (ou exclusivement) un continuum entre les éléments fondamentaux du processus analytique et certains processus de transformation de nature différente, comment formaliser certaines variations processuelles telles que les processus de régression, de transfert, les modes de communication, l'incidence des traitements ou du cadre social associés, etc. ?

Pourrait-on construire une grille de ces paramètres techniques relativement indépendants les uns des autres ?

7. Dans une perspective qui prendrait en compte avant tout (ou exclusivement) un continuum entre les critères métapsychologiques et développementaux de référence de la psychanalyse et des perspectives prenant en compte d'autres critères de référence (vie sociale, relations interpersonnelles du patient), comment formaliser le poids de ces critères théoriques dans chaque cas individuel ? Comment articuler par exemple psychanalyse et facteurs sociaux ou déficit cognitif ? Quels concepts de référence psychanalytique tiendra-t-on pour essentiels (sexualité infantile, conflit intrapsychique, perspective topique et structurale, etc.) ?

8. Les sources de variation prises en compte dans le cadre d'une psychothérapie dérivée de la psychanalyse peuvent venir de deux formes de questionnement : appliquer la psychanalyse dans des cas où des contraintes obligent à des aménagements ou utiliser certains éléments de la pratique et de la théorie psychanalytiques dans des formes d'aide psychothérapeutique centrées sur des objectifs limités. Ces applications centrifuge et centripète de la psychanalyse méritent-elles d'être considérées de manière distincte ou résultent-elles d'un artefact lié aux circonstances dans lesquelles l'indication d'une psychothérapie est posée ?

9. Comment assurer la formation à la pratique des psychothérapies psychanalytiques ? L'opposition ci-dessus entre approches centrifuges et centripètes doit-elle être prise en compte et comment ?

10. Quelle place accorder aux institutions psychanalytiques, à des institutions de psychothérapie psychanalytique, à l'université, aux structures de soins ?

11. L'évaluation des pratiques psychothérapeutiques dans le domaine du soin semble une nécessité. Quelle place réserver à l'expertise individuelle fondée sur la qualité de la formation (initiale ou continue) ? Quelle place accorder aux recherches empiriques et selon quelles orientations méthodologiques doivent-elles être développées ? Quelle place accorder à la recherche conceptuelle ?

Table des matières

Ouverture <i>Daniel Widlöcher</i>	7
Du divan au face-à-face, la question du cadre <i>Raymond Cahn</i>	11
Le point de vue d'un pédopsychiatre- psychanalyste <i>Bernard Golse</i>	17
Attention : un mot peut en cacher un autre... ! <i>Roger Perron</i>	25
Entre psychanalyse et psychothérapie psychanalytique : une tension dynamique <i>Serge Frisch</i>	33
Psychothérapie : un mot-girouette ? <i>Roland Gori</i>	41
Se questionner <i>Alain Braconnier, Bertrand Hanin</i>	51

Psychanalyse et psychothérapie <i>Jean Laplanche</i>	57
Sur l'opposition psychothérapie/psychanalyse <i>René Roussillon</i>	65
Position du psychanalyste <i>Jacques Sédot</i>	77
Psychothérapies aux États-Unis <i>Christine Anzieu-Premmereur</i>	85
Psychanalyse et psychothérapies <i>Bernard Brusset</i>	93
L'épreuve de la diversité <i>Marie Rose Moro, Christian Lachal</i>	101
La phobie des TCC <i>Christian Hoffmann</i>	109
Contre la notion de psychothérapie psychanalytique <i>Marilia Aisenstein</i>	119
Psychanalyse et psychothérapie : Étude comparative et critique <i>Sylvain Missonnier</i>	133
Où en est le débat ? <i>Daniel Widlöcher</i>	173
Annexe : questionnaire.....	183

DÉJÀ PARUS

Sous la direction de Catherine Chabert,
Dominique Cupa, René Kaës, René Roussillon
Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites

Olivier Thomas
Toxicomanie féminine

Sous la direction de Blaise Pierrehumbert
L'attachement, de la théorie à la clinique

Sous la direction de Bernard Golse et Pierre Delion
Autisme : état des lieux et horizons

Sous la direction de Fabien Joly
L'hyperactivité en débat

Sous la direction d'Alain Braconnier
L'adolescence aujourd'hui