

Faut-il tuer les psychanalystes? De la pilule à la parole. Réflexions sur la place de la psychanalyse dans le réseau de la santé mentale au Québec*

roger dufresne

Pourquoi la psychanalyse est-elle depuis toujours l'objet d'attaques et de rejet? Ne serait-ce pas que les découvertes de l'inconscient, de la sexualité infantile et de la violence primitive nous confrontent aux limites de notre puissance sur nous-mêmes, tandis que l'environnement ou notre corps vécu comme étranger sont moins menaçants pour notre narcissisme? Plus fondamentale encore que l'écart entre pilule et parole est l'antinomie entre l'approche objectivante qui se propose comme savoir sur la maladie, et l'approche analytique, subjective, qui est écoute d'un sujet avec ses désirs, ses fantasmes et son histoire uniques. Il importe que les thérapeutes de toute orientation se familiarisent avec les deux pôles de l'analyse introspective et des thérapies de soutien. La psychanalyse est la science fondamentale de l'articulation du biologique et du social, nécessaire pour comprendre les mécanismes d'actions dans toutes les formes de psychothérapie. Tuer les psychanalystes priverait de nombreux patients de l'accès au pulsionnel, violent et sexuel, qui sous-tend leurs angoisses les plus profondes.

À peine Freud avait-il découvert la psychanalyse que celle-ci fut l'objet de critiques et d'attaques d'une virulence rarement égalée. D'emblée, Freud et ses disciples furent décriés comme des obsédés sexuels, des pervers ou des psychopathes paranoïdes dont les idées constituaient une menace pour l'avenir de la civilisation, un encouragement à la masturbation (comme si les enfants avaient dû attendre Freud pour découvrir l'autoérotisme!); bref, une littérature relevant davantage de la police des mœurs que de la science. Des congrès de psychiatres et de neurologues allèrent même jusqu'à recommander l'interdiction non seulement de faire mais même de parler de psychanalyse dans les sanatoriums.

Il est édifiant de noter le niveau des « argumentations » ou la mauvaise foi ou l'aveuglement de certains. Ainsi, vers 1911, un éminent psychiatre allemand voulut prouver à l'encontre de Freud que la névrose obsessionnelle n'avait aucun fondement sexuel (Jones, 1955, 114). Il rapporta le cas d'un patient obsédé par

* Ce texte est la version modifiée d'une conférence présentée au colloque « De la pilule à la parole (La place de la psychanalyse dans le réseau de la santé mentale au Québec) », organisé à Montréal le 1^{er} mai 1998 par le Cénacle du fil d'Ariane, regroupement d'étudiants de 3^e cycle du département de psychologie de l'UQAM.

l'idée de soulever la jupe des femmes dans la rue, à qui il avait cru astucieux de demander si cela s'appliquait aussi aux femmes âgées. Devant la réponse du patient qui lui dit « oui, y compris ma mère et mes sœurs », mon savant prédécesseur en conclut que cela prouvait hors de tout doute qu'il n'y avait là rien de sexuel!

Entre les deux guerres mondiales, les critiques se firent moins naïves, mais aussi plus pernicieuses. On s'en prit à la scientificité de l'analyse et accusa les analystes de suggérer des idées insensées ou obscènes à leurs analysants. En France, la psychiatrie officielle rejeta la psychanalyse, parce que cette science germanique était contraire au génie français (!), et seuls les écrivains et poètes surréalistes s'y intéressèrent. Plus sournoisement encore, on suggéra que cette science dévoyée avait été conçue par un juif; on sait que peu après l'arrivée d'Hitler au pouvoir en Allemagne, les nazis ont organisé un autodafé à Berlin en mai 1933 où ils brûlèrent les œuvres de Freud. On sait aussi que, par delà la question juive, la psychanalyse fut interdite et pourchassée en Union Soviétique, parce qu'elle favorisait l'individualisme au détriment d'une adhésion aveugle à son idéologie collectiviste. Et que dire de l'Église catholique romaine qui l'interdit aux médecins et aux patients, parce qu'elle évacuait la notion de péché, surtout en matière sexuelle, bien entendu.

Mon propos n'est pas de présenter une page d'histoire, mais d'évoquer combien depuis ses débuts, la psychanalyse a toujours été ici ou là, tantôt plus tantôt moins, l'objet d'attaques, de rejets et d'interdits, mais jamais d'indifférence. Je ne connais guère de science ou de thérapeutique qui, dans l'histoire, ait fait l'objet d'un tel opprobre.

À quoi cela tient-il? faut-il nous demander. À la prééminence accordée au sexuel? Peut-être, quoique le philosophe allemand Schopenhauer en avait souligné avant Freud la place prépondérante sans susciter une telle levée de boucliers. Freud, dans *Une difficulté de la psychanalyse* (1917), suggéra que l'investigation scientifique avait apporté à l'homme trois graves humiliations narcissiques.

La première fut la découverte par Copernic que la terre tourne autour du soleil et n'est pas le centre de l'univers. Son disciple Galilée fut contraint de se rétracter devant l'Inquisition et l'Église ne reconnut son erreur que tout récemment.

La seconde vint de Darwin qui montra que l'homme est issu d'une longue lignée évolutive et n'est pas d'une nature essentiellement différente des autres espèces animales.

La troisième nous fut apportée par Freud qui montra à l'évidence que la psyché ne se limite pas au conscient et à la raison, mais est mûe par des forces, des instincts, des pulsions violentes et sexuelles qui l'envahissent, la menacent et parfois la débordent, que l'homme ne connaît pas d'emblée et ne veut pas reconnaître comme siens et qui souvent le contrôlent plus qu'il ne les contrôle.

La découverte de l'inconscient nous est d'autant plus intolérable qu'elle touche au plus intime de ce que nous considérons comme notre moi propre, notre « je », qu'elle remet en question les mécanismes de déni, de projection, de refoulement

mis en place pour maîtriser nos passions les plus archaïques et qu'elle nous confronte aux limites de notre puissance sur nous-mêmes.

Mais pourquoi ressentons-nous plus douloureusement les découvertes sur notre psyché que sur notre corps. Nous ne sommes pas davantage responsables des pulsions qui nous animent que du fonctionnement de notre cerveau. Et pourtant la révélation de nos aspirations narcissiques et libidinales nous semble plus menaçante que ce que les neurosciences nous apprennent de notre système limbique ou de nos synapses interneuronales. Combien de générations de psychiatres ont préféré s'en tenir à des explications aussi peu vérifiables que « dégénérescence », « prédisposition héréditaire », « infériorité constitutionnelle » ou « atrophie de la base du cortex ». Ne serait-ce pas parce que nous entretenons avec notre corps un rapport à la fois complexe et singulier? Certes, nous percevons notre corps comme partie intégrante de nous-mêmes lorsque notre intégrité physique est menacée ou que notre taille, notre circonférence ou tel trait de notre visage ne nous semble pas conforme aux critères du sex-appeal de notre époque. Par contre, si notre handicap est associé à un virus ou à quelque accident, nous réagissons comme s'il s'agissait d'un corps externe, étranger, et en parlons sans honte et bien plus volontiers que nous ne reconnaissons quelque attitude compulsive ou préoccupation narcissique.

Le corps est vécu à la fois comme moi et comme non-moi. L'image corporelle s'est constituée à partir d'éprouvés internes kinesthésiques d'une part, et d'autre part, de la perception de nos sens, ceux-là mêmes par lesquels nous appréhendons le corps des autres, de l'extérieur en quelque sorte. Ces deux ordres d'aperception de notre corps s'amalgament pour constituer notre schéma corporel, mais peuvent se scinder, se cliver quand pointe une menace narcissique ou que notre survie est en cause; c'est alors que nous considérons une partie ou le tout de notre corps comme étranger à nous-mêmes. Ce clivage du « je » et du corps ne s'opère pas aussi aisément quand le sexuel est en cause; maladies transmises sexuellement, liées au désir et au plaisir, voire même lors d'un abus sexuel perpétré par autrui, ce qui peut se comprendre par le fait que les zones érogènes sont plus fortement investies que le reste du corps.

Malgré l'accent que je viens de mettre sur la représentation du corps, il importe de souligner que la psychanalyse n'a jamais exclu le corps réel, le corps biologique. Freud, qui n'était ni psychiatre ni psychologue mais neurophysiologiste de formation, a toujours insisté pour souligner l'ancrage des pulsions dans le soma. Dans son « Projet pour une psychologie scientifique » de 1895, il a tenté d'expliquer les phénomènes psychiques par la neurologie. Il a dû y renoncer après s'être rendu à l'évidence qu'il s'agissait de perspectives trop différentes. De même que nous ne pouvons percevoir une cathédrale de tous les angles à la fois ou même le corps biologique par une seule science, nous ne pouvons appréhender la psyché humaine dans toutes ses dimensions simultanément. La psychanalyse en est une et ne prétend à aucune totalité (Freud, 1914, 111), mais seulement à sa place propre au point d'articulation du biologique et du social ou, plus précisément, au point d'émergence de la psyché où le représentant psychique des excitations issues du

corps rencontre l'autre, son corps, son désir, ses fantasmes et son discours. Nous ne récusons pas la biologie, mais seulement la prétention de certains à expliquer par les seules neurosciences toute la vie psychique normale ou pathologique.

Quelles sont donc ces découvertes insupportables de la psychanalyse que l'on préférerait méconnaître ou nier ou projeter à l'extérieur sur le corps vécu comme étranger ou sur autrui. Je n'en évoquerai que trois.

On pense d'abord assurément au *complexe d'Œdipe* où l'enfant désire s'approprier le parent de l'autre sexe et éliminer celui du même sexe vécu comme rival sans oublier, comme il arrive souvent, L'Œdipe négatif ou inversé.

Freud n'est pas parvenu sans mal à cette découverte. Il a d'abord proposé une théorie de la séduction qui attribue au souvenir de traumatismes sexuels réels (généralement de la part d'un adulte) le rôle fondamental dans l'étiologie des névroses hystériques et obsessionnelles. Ce ne fut qu'après de nombreuses autres observations et son auto-analyse qu'il a compris qu'il s'agissait le plus souvent d'une réalité psychique, d'une reconstruction fantasmatique qui vise à se dissimuler l'activité auto-érotique des premières années et à projeter à l'extérieur sur les autres la responsabilité de ses propres émois sexuels.

Une seconde découverte intolérable de Freud concerne *le narcissisme*, état premier où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même et qu'aucun investissement d'objet ultérieur ne permet de dépasser complètement, alors même que nous aurons accepté l'inéluctable altérité de l'objet. Malgré l'importance de son texte de 1914 *Pour introduire le narcissisme*, Freud n'y est presque jamais revenu dans la suite de son œuvre. Et même après sa mort, il a fallu attendre les années 1950 avec Bela Grunberger en France (1971) et Heinz Kohut au États-Unis (1971) pour que les analystes en mesurent toute l'importance dans l'économie psychique.

La troisième découverte intolérable concerne *la violence et la mort*. Freud a élaboré à la fin de sa vie une deuxième théorie des pulsions où une pulsion de mort, en opposition à toutes les pulsions de vie, vise à l'extinction des tensions et à ramener le vivant à l'inorganique. Orientée vers l'intérieur, elle vise à l'auto-destruction et, vers l'extérieur, elle prend la forme de pulsion d'agression. La théorie de la pulsion de mort demeure l'une des plus controversée parmi les psychanalystes dont beaucoup la récusent parce que trop spéculative.

Jean Bergeret a abordé le problème de la violence d'une toute autre perspective dans ses livres *La violence fondamentale* (1984) et *La violence et la vie* (1994). Il a attiré notre attention sur la première partie du mythe d'Œdipe de Sophocle que Freud avait négligée. Prévenus par un oracle d'Apollon que leur enfant les tuerait, les parents d'Œdipe ont fait conduire leur nouveau-né sur le mont Cithéron pour qu'il y soit dévoré. Mais trouvé et sauvé par des bergers, il fut élevé par le roi de Corinthe. Devenu grand, il prit la route de Delphes, y croisa un voyageur qui lui barra le passage et qu'il tua. Il n'apprit que plus tard qu'il s'agissait de Laïos, son père, roi de Thèbes. On connaît bien la suite. La Sphynge, imago maternelle phallique-narcissique, le menaça de mort s'il ne pouvait résoudre l'énigme. Il y parvint toutefois et La Sphynge fut anéantie. Reconnaisants, les Thébains le.

prirent pour roi. Il épousa la reine Jocaste, veuve de Laïos, en ignorant qu'elle était sa mère, et en eut quatre enfants. Ce n'est que lorsqu'il eut découvert le secret de sa naissance qu'il devint conscient de son parricide et de son inceste et se creva les yeux.

Ainsi donc, dans le mythe central de la psychanalyse, l'issue libidinale, incestueuse triangulaire, œdipienne n'est que l'épilogue à une conflictualité duelle et narcissique plus archaïque et dramatique où chacun lutte pour sa survie. Désirs matricide et patricide de l'enfant, annoncés par l'oracle, pour échapper à la mort. Violence infanticide des parents, non par haine ou sadisme, mais par besoin d'auto-conservation. Violence purement défensive de part et d'autre pour protéger son intégrité narcissique.

On pourrait tenter de se rassurer en se disant qu'il ne s'agit là que d'un mythe, un conte de fées pour enfants ... et pour psychanalystes, si l'on n'en retrouvait constamment des échos dans les rêves et les fantasmes, les crises d'adolescence, les histoires de successions et d'héritages, les suicides ou les guerres où les questions de pouvoir, de richesse ou de prestige relèvent davantage d'une problématique narcissique que d'une rivalité sexuelle.

Ces découvertes ont été relativement lentes et laborieuses malgré le génie de Freud et le travail de ses successeurs, car elles ont rencontré en lui et rencontrent en nous-mêmes les mêmes résistances que nous connaissons avec nos analysants et nos collègues.

Tout autant que les « organicistes », les écoles de pensées « culturalistes » qui ne considèrent que les influences environnementales familiales, sociales et culturelles, évacuent le pulsionnel qui origine du soma. Certes, il ne saurait être question de minimiser le rôle des attentes, des carences, des contraintes et des interdits parentaux, des pressions de la communauté, des injustices et des abus individuels ou collectifs dans la genèse des perturbations intrapsychiques.

Une femme dans la quarantaine me consulte à l'occasion de son cinquième divorce. Son problème? Ses cinq maris étaient alcooliques et la battaient, comme son père autrefois. Qu'elle ait été une victime ne fait aucun doute. Le reconnaître était nécessaire, mais ne pouvait suffire. Il fallait l'aider à prendre conscience de sa propre contribution, non pour l'en blâmer, bien au contraire, mais pour lui permettre d'identifier en elle les forces pulsionnelles (érotisation sado-masochiste, pulsion d'emprise) qui la maintenaient à son insu dans une telle répétition, afin qu'elle puisse s'en libérer et accéder à d'autres choix objectaux.

Ne pas reconnaître le pulsionnel équivaut à priver trop de patients d'une écoute bienveillante à leurs angoisses les plus profondes qui se cachent derrière les symptômes, ces formations de compromis qui masquent les pulsions meurtrières et incestueuses tout en leur servant inconsciemment et symboliquement d'exutoires partiels et insuffisants.

Dans le cadre actuel du système de santé au Québec ou ailleurs, notamment dans les centres psychiatriques hospitalo-universitaires, on se déclare souvent favorable à une approche bio-psycho-sociale. Je m'y rallie aisément quand on considère le vaste spectre des problématiques qu'on y reçoit, et ce d'autant plus que le pôle « psycho » se trouve, comme il se doit, au centre du tryptique, au sommet du triangle, au point de rencontre et d'articulation entre nature et culture, entre le corps biologique et le social.

À sa naissance, l'être humain, alors que doté d'un cortex cérébral plus développé que les autres espèces animales, est le plus immature et le plus démuné, incapable de se mouvoir, de se nourrir et de se protéger. Paradoxe de l'évolution. Ressentant son infinie précarité, il est d'emblée à l'affût des bruits, des odeurs, des goûts qui savent ou non apaiser son angoisse existentielle primaire. Tout son être, ses instincts, son cortex le prédisposent à entrer en communication avec son entourage, à en capter les signes et à en émettre lui-même envers les autres pour s'assurer leur attachement. Peu à peu, il identifie les parties du corps et les sons qui lui sont propres et ce qui relève de l'extérieur, du non-moi tantôt présent, tantôt absent. Ainsi advient le « je », conscience et représentation de soi-même, concurremment à la représentation de l'autre, naissance psychique décalée et plus tardive que la naissance biologique. Les représentations de soi et de l'objet se confortent par l'accès au langage, au mot, à la parole qui, avant de se modeler sur l'aspect formel de la langue ambiante, prennent leur source dans les cris de détresse ou de douleur ou les soupirs de satisfaction du nourrisson, qui marquent pour toujours la langue intime de chacun avec ses tonalités affectives uniques que le poète nous rend tellement mieux que nos discours savants. Derrière toute parole, la plus construite et la plus secondarisée, subsiste une demande à l'adresse d'autrui, un vestige plus ou moins élaboré de notre dépendance et de notre angoisse originaires. Elle ne peut manquer d'être présente chez chacun de ceux qui nous consultent.

Alors même que le psychologique, la représentation, le fantasme, le symbolique sont ce qu'il y a de plus spécifiquement humains, il me paraît que dans la pratique le triangle bio-psycho-social est trop souvent tronqué de son sommet, du « psycho », réduit à une peau de chagrin. Dans tel centre, les psychothérapies de toute orientation ne peuvent se dérouler au delà d'un an. Dans tel autre, pas plus de huit, dix ou douze séances. Dans tel autre enfin, on tolère les psychanalystes pourvu qu'ils fassent comme tout le monde, c'est-à-dire autre chose que ce qui leur est propre. On blâme parfois les psychothérapeutes de ne pas prendre les cas les plus difficiles, mais on omet de dire qu'avec les cas plus lourds, on recourt surtout à la pilule et à des aménagements du cadre social pour faire taire les symptômes, à distance en vérité, alors que dans les psychothérapies, il s'agit d'écouter très longtemps les angoisses dépressives ou morcelantes qui ne peuvent manquer de susciter l'écho des nôtres propres qu'il serait souvent plus aisé de méconnaître. J'ai même entendu reprocher aux psychothérapeutes de s'amuser, comme si les portes closes réveillaient toujours un fantasme de scène primitive. Certains disent

que toute intervention auprès d'un patient comporte un élément de psychothérapie. Il est vrai, mais encore faut-il préciser à quel type de psychothérapie nous faisons référence.

Pour ma part, par delà les écoles, les sous-groupes et leurs fondements théoriques plus ou moins articulés, et je ne prétends aucunement bien les connaître tous, je distingue deux pôles fondamentaux, le soutien et l'analyse. D'un côté, les thérapies qui visent la disparition du symptôme et qui utilisent le transfert positif, c'est-à-dire la foi du patient dans le savoir et le pouvoir du thérapeute, sur un mode parental, pour atténuer une douleur, modifier un comportement, suggérer une attitude contra-phobique ou obsessionnelle, rassurer sur sa valeur et soutenir les capacités intellectuelles et conscientes. À l'autre pôle, la psychanalyse qui s'amorce au même point de départ du transfert positif, mais pour l'analyser, le déconstruire, en découvrir l'origine dans les résidus infantiles inconscients et ainsi ouvrir à l'analysant une meilleure compréhension de ce qui l'émeut et le meut et une plus grande autonomie dans ses choix.

Le sens des mots « parole » et « écoute » n'est pas identique dans les deux types de thérapies. Dans les premières, de soutien, l'écoute se porte sur les symptômes et les rapports interpersonnels actuels et la parole vise à déculpabiliser, encourager et orienter, donc à consolider le moi dans sa dimension consciente et rationnelle. Dans la psychothérapie analytique, le thérapeute est à l'écoute de ce qui circule entre ou en deçà des mots, des non-dits qui surgissent dans une émotion imprévue, d'un lapsus, d'un mot à double sens, et sa parole propose des liens entre des fantasmes, des associations et des éléments de rêve pour mieux ancrer dans le conscient cet évanescence retour du refoulé.

Aux dires de certains, la psychanalyse ne s'intéresserait qu'au passé, contrairement à des thérapies plus nouvelles centrées sur le présent. Rien n'est plus erroné. Quoi de plus présent et actuel que le transfert qu'on ne peut éviter par aucun moyen (Freud, 1905 b, 87). S'il est reviviscence d'états psychiques antérieurs, il est vécu avec un sentiment exclusif d'actualité. Je suis tenté de vous proposer l'aphorisme suivant : « La psychanalyse ne s'intéresse qu'au présent ». Le passé est passé et personne ne peut le changer et les psychanalystes pas plus que quiconque. Du passé infantile, l'analyse ne s'occupe que des résidus qui demeurent présents dans l'inconscient, donc actuels et toujours actifs, car, soumis au refoulement précoce, ils ont échappé aux réélaborations conscientes de l'adolescence et de l'âge adulte et conservent secrètement toute leur influence dans la vie fantasmatique et relationnelle présente. L'interprétation du transfert qui vise à les rendre conscients pour en permettre un réexamen plus mature et nuancé, est la seule qui soit spécifiquement analytique et potentiellement mutative (Dufresne, 1980). La reconstruction historique n'est significative que dans l'après-coup pour rendre intelligibles au conscient les motifs des refoulements anciens.

Entre les deux pôles, du soutien et de l'analyse, on sait qu'il existe de nombreuses variantes et divers amalgames. Beaucoup de thérapies récentes se sont inspirées peu ou prou de la psychanalyse en connaissance ou en méconnaissance

de cause et en excluant les volets les plus troublants, comme la sexualité infantile ou la violence primitive.

On doit également dire que les psychothérapies ne se déroulent pas toujours comme nous l'avions souhaité ou prévu. Par exemple, des thérapies que j'avais entreprises comme telles pour des raisons économiques ou institutionnelles se sont exceptionnellement avérées d'authentiques analyses de transfert et de l'inconscient. Par contre, des cures-types ont pu se heurter à des délires insoupçonnés qui n'ont pu être abordés; rétrospectivement, ce furent de bonnes thérapies de support, mais qui n'ont pu prévenir de rechutes quelques années plus tard. J'en ai appris l'importance d'élargir la base de nos évaluations lors du premier entretien, car les nosographies, française ou DSM IV américain, fort utiles pour décider d'une hospitalisation, d'un traitement pharmacologique ou d'un encadrement social, sont tout à fait insuffisantes pour déterminer le type de psychothérapie qui convient le mieux à un patient donné à un moment particulier.

Quand on considère l'évolution des critères d'indication de la cure-type analytique, par exemple, on note que Freud et ses contemporains se fondaient sur des critères essentiellement symptomatiques : les psychonévroses de défense (hystérie, obsession ou phobie) analysables et les psychoses considérées non-analysables. Mais, devant certains échecs, on jugea nécessaire de s'écarter de la nosographie essentiellement descriptive et de prendre en considération d'autres facteurs : d'abord la force du moi, mais comment la peser ou la mesurer; la prévalence de certains mécanismes de défenses : plus archaïques (projection, déni ou clivage du moi) ou plus œdipiens (tel le refoulement); le type dominant de relation fantasmatique à l'objet interne (orale, anale, phallique ou génitale) pour en arriver à la notion plus synthétique de structure : psychotique ou pré-psychotique selon les auteurs, narcissique ou dépressive-limite selon d'autres, ou œdipienne triangulaire. Mais toutes ces solutions ne concernent toujours que le regard du thérapeute sur le patient. Qu'en est-il du regard que le patient pose sur lui-même et sur le monde?

Devant le nombre de psychothérapies qui avortent après quelques semaines ou quelques mois, il m'est apparu que bien des thérapies avaient débuté sur un profond malentendu entre patient et thérapeute et qu'il était essentiel de mieux examiner la motivation du patient. Il ne suffit pas de dire s'il est très ou peu motivé. Comment se perçoit-il lui-même et quel est son idéal du moi? Comment s'explique-t-il ses problèmes ou quelle est sa théorie étiologique? Son système nerveux, son hérédité, sa famille ou la société, ou est-il capable d'une certaine introspection? Quel est son mode prédominant de relation à l'autre et éventuellement au thérapeute? Dépendant, méfiant, narcissique? Quelle représentation s'est-il construit d'une thérapie éventuelle : prise en charge et conseils ou possibilité d'observation de son propre fonctionnement interne? A l'extrême, on pourrait dire qu'il n'y a que deux questions à adresser au patient : « Quels problèmes ou souffrances vous amènent? » et « Comment vous représentez-vous une aide éventuelle? » (Dufresne, 1994). Selon que les indices nous révèlent ou non un intérêt pour sa propre vie psychique, ses fantasmes et ses rêves, il conviendra de

l'orienter vers une psychanalyse ou une thérapie analytique ou vers un thérapeute davantage axé sur la réduction des symptômes.

Car, plus fondamentale encore que l'écart entre pilule et parole, est l'antinomie entre l'approche objectivante qui se propose comme un savoir sur des maladies et dont relèvent non seulement la pilule, mais aussi les psychothérapies directives, et l'approche analytique, subjective, qui est d'abord écoute d'une personne, d'un sujet avec ses désirs et ses peines, ses amours, ses besoins de tendresse, ses déceptions, ses espoirs, sa peur de la douleur et de la mort et son histoire à nulle autre pareille. Chaque humain revendique d'être reconnu comme être singulier et trouve intolérable de n'être pour l'autre qu'un objet, que ce soit objet fétiche de ses parents, objet sexuel d'un partenaire, cas pour son médecin ou numéro pour son employeur. Pourtant de nombreux patients ne nous présentent d'emblée que leurs symptômes. Certains veulent éviter toute relation affective qui risque de faire resurgir une angoisse incontrôlable ou un trop douloureux sentiment d'incomplétude ou de manque. D'autres, par contre, ne font que se conformer à ce qu'ils savent du discours médical, mais si nous sommes disposés à les accueillir dans leur subjectivité, ils auront tôt fait de nous entrouvrir leur monde intérieur. Il appartient au thérapeute d'évaluer si les symptômes constituent une résistance rigide dont le patient craint trop de se départir ou s'ils ne sont que prétextes (ou pré-textes) à une rencontre plus profonde avant de savoir que le thérapeute ne rejettera pas leur véritable demande. Plus d'un analysant n'a plus jamais évoqué ses symptômes, au delà du premier entretien, comme si ceux-ci n'avaient été qu'entrées en matière. Il importe donc que tout psychothérapeute soit conscient de son transfert, de son contre-transfert ou de ses préférences personnelles pour éviter à son patient et à lui-même les déboires qui ne peuvent manquer de surgir quand on entreprend une thérapie que le patient n'a pas comprise et ne désire pas, que ce soit une analyse ou une thérapie dite active.

Je trouve profondément regrettable les oppositions que je n'hésite pas à qualifier de religieuses entre les différentes psychothérapies. Je ne propose aucun éclectisme ou synchrétisme et ne recommande pas les macédoines. Mais il me paraît essentiel de bien évaluer ce que désire un patient et ce dont il a besoin à un moment particulier de son évolution et appelle les thérapeutes des diverses orientations à collaborer dans cette perspective sans renoncer pour autant à ce qui leur est propre.

Je donnerai un court exemple. Une jeune femme apprend quelques jours avant son mariage que son fiancé se désiste. Elle devient sérieusement déprimée. Un médecin lui prescrit des anti-dépresseurs et un somnifère. Elle s'en remet. Quelques années plus tard, la même mésaventure lui arrive avec un deuxième fiancé. Elle est catastrophée, en veut à tous les hommes et entreprend une thérapie de soutien qui l'aide à retrouver une meilleure estime de soi. Fort bien. Quand une même mésaventure lui arrive une troisième fois, elle comprend enfin qu'il lui faut s'interroger davantage sur elle-même et sur ce qu'elle suscite en ses partenaires. Une psychanalyse du transfert lui permet d'accéder à son besoin inconscient infantile de dépendance et de présence constante de l'autre, qui a conduit ses fiancés successifs

à fuir l'enfermement et l'étouffement. Rétrospectivement, on pourrait penser qu'elle se serait évitée bien des déboires en entreprenant plus tôt une psychanalyse, mais y aurait-elle été prête?

La psychanalyse continue d'avoir sa place et une place importante dans notre arsenal thérapeutique actuel. Certes, même quand elle a été en position plus dominante dans des centres hospitaliers, il a toujours et partout été exceptionnel qu'on puisse y faire des cures-types, tout au plus des thérapies analytiques en nombres réduits et contrôlés. Je ne connais que de très rares institutions à travers le monde où la pratique de la psychanalyse soit possible en dehors de la pratique privée.

Certains qui ne veulent plus l'entendre, la déclarent traditionnelle, c'est-à-dire vieillissante et sans doute bientôt moribonde; il est vrai qu'on en prédit la mort imminente depuis près de cent ans! Je les avise, comme Mark Twain dont un journal avait annoncé le décès par erreur, que les nouvelles de sa mort sont exagérées! (Schur, 1972, 328).

N'oublions pas que si la psychanalyse est la plus fortement attaquée et exclue, ce sont toutes les formes de psychothérapie sauf les ultra brèves qui sont menacées par l'amputation du sommet du triangle bio-psycho-social. Que penser des explications souvent mises de l'avant? Des raisons d'efficacité? A courte vue peut-être, mais à moyen ou long terme, cela ne tient pas. Des motifs économiques dans un contexte de coupures gouvernementales? Mais combien coûte aujourd'hui une seule journée d'hospitalisation ou de réhospitalisation et les tonnes d'anxiolytiques et d'anti-dépresseurs prescrits tantôt à bon escient, trop souvent pour calmer les soignants qui ne savent ou ne peuvent écouter. Diverses études américaines et allemandes très sérieuses montrent les économies que les analyses et les thérapies analytiques permettent de faire au plan des soins psychiatriques et médicaux. Mais qui veut les entendre? Personne ne saurait concevoir qu'un obstétricien, par exemple, se prononce sur une intervention neurochirurgicale au cerveau. Pourtant, nombreux sont ceux qui, bien que n'ayant jamais fait ni pratiqué la psychanalyse, s'estiment compétents à en juger la valeur ou l'efficacité. Ce n'est plus affaire de science, mais de préjugés à connotation religieuse.

Freud n'a pas conçu la psychanalyse d'abord comme une thérapeutique des névroses, mais comme une méthode d'investigation de l'inconscient et un corpus de connaissances sur les profondeurs de la psyché. A ce titre, elle constitue une science fondamentale dont les notions sont essentielles pour mieux comprendre les mécanismes d'action dans toutes les formes de psychothérapie : transfert présent dans toute relation d'aide, dans l'effet placebo ou dans les réactions thérapeutiques négatives; le contre-transfert, source si précieuse sur ce que l'autre dépose en nous à son insu; la signification d'un passage à l'acte, ou la nécessité de laisser une place au patient dans sa propre guérison afin de protéger son narcissisme de celui du thérapeute (Dufresne, 1995), et j'en passe.

Trop souvent, à mon sens, des programmes de formation incitent trop précocement leurs étudiants à choisir d'emblée une orientation, une école, une chapelle, alors qu'il paraîtrait du plus grand intérêt qu'ils se familiarisent avec les deux

principaux pôles, afin d'être mieux en mesure de bien évaluer le véritable désir et le besoin d'un patient et, aussi, d'être mieux à même de faire face à la multitude des cas de figure qui nous confrontent en cours de traitement.

« Faut-il tuer les psychanalystes? » ai-je intitulé ce texte. Ce titre peut sembler racoleur et il l'est dans une certaine mesure, mais il n'est pas que cela. Quand je considère l'histoire de la psychanalyse et sa position presque toujours et partout marginale par rapport aux systèmes de santé de la plupart des pays, de même que toutes les tentatives pour la faire taire et l'exclure, je me remémore ce que Freud (1907) pensait de taire les choses sexuelles aux enfants, alors que l'on sait que ces petits pervers polymorphes, comme il les décrivait (1905 a), en savent déjà beaucoup sur la sexualité et la violence. Tout se passe comme si les adultes voulaient construire le mythe de l'innocence infantile et blâmer des séducteurs extérieurs pour se cacher que leurs pulsions proviennent d'eux-mêmes. Ce serait donc aux adultes qu'il ne faudrait pas dire certaines choses au risque d'encourir leur courroux! Dans l'Antiquité, on assassinait les messagers porteurs de mauvaises nouvelles. Aujourd'hui, plus subtilement, on déclare leurs messages dépassés, avec le secret espoir d'en substituer d'autres moins dérangeants, et d'être choisi roi de Thèbes et époux de Jocaste. La psychanalyse n'en finit jamais avec Œdipe et demeure une profession à risque.

Heureusement, ici ou là, selon les périodes, dans telle université, tel hôpital ou tel centre, ou tel colloque, il est possible aux analystes de ne pas être réduits à la pilule, comme on dit réduit au silence, et de prendre la parole pour rappeler les découvertes fondamentales de Freud et de ses successeurs sur les pulsions et les fantasmes inconscients qui animent et organisent la psyché de tous les humains.

roger dufresne

5757 decelles, suite 227
montréal, qc h3s 2c3

Références

- Bergeret, J., 1984, *La violence fondamentale. L'inépuisable Œdipe*. Paris, Dunod.
- Bergeret, J., 1994, *La violence et la vie. La face cachée de l'œdipe*. Paris, Payot.
- Dufresne, R., 1980, La dame à l'imperméable et au petit bouton. Point tournant d'une analyse. Réflexions sur le processus analytique. *Topique*, 24 :65-109.
- Dufresne, R., 1994, Le premier entretien analytique. Des indications à l'écoute du désir d'analyse, in : Tanguay, B. : *Le premier entretien et l'écoute analytique*, Montréal, Méridien, 85-111.
- Dufresne, R., 1995, A l'écoute de Narcisse. Quand les mots seuls ne sauraient suffire..., *Revue française de psychanalyse*, 58 : 1215-1237.
- Freud, S., 1895, Esquisse d'une psychologie scientifique, in : *La naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhelm Fliess. Notes et plans (1887-1902)*, Paris, P.U.F., 1956.

- Freud, S., 1905a, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1968.
- Freud, S., 1905b, Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora), in : *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1970 : 1-91.
- Freud, S., 1907, Les explications sexuelles données aux enfants, in : *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 1969, 7-13.
- Freud, S., 1914a, Contribution à l'histoire du mouvement analytique, in : *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, 1973, 67-155.
- Freud, S., 1914b, Pour introduire le narcissisme, in : *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 1970 : 72-79.
- Freud, S., 1917, Une difficulté de la psychanalyse, in : *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1971 : 137-147.
- Grunberger, B., 1971, *Le narcissisme, essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- Jones, E., 1955, *The Life and Work of Sigmund Freud*, New York, Basic Books, 2.
- Kohut, H., 1971, *The Analysis of the Self*. New York, Int. Univ. Press.
- Schur, M., 1972, *La mort dans la vie de Sigmund Freud*, Paris, Gallimard, 1975.