

Développement de la Psychanalyse et psychothérapie brève*

ERNEST GUILLIÉRON **

1. INTRODUCTION

Le lecteur intéressé à l'histoire des psychothérapies brèves peut se référer aux ouvrages de D. Malan, La psychothérapie brève (1) et de L. Small, The briefer psychotherapies (2) ou à la bibliographie extensive de P. Harvey, Ph. D. Mandel, Short-term psychotherapy and brief treatment techniques (3). Ce survol historique aura pour but d'inscrire la naissance des psychothérapies brèves dans le mouvement psychanalytique lui-même et de montrer le rapport dynamique qui lie le processus psychothérapeutique et le processus psychanalytique.

M. Balint et D. Malan ont insisté sur la tendance de la plupart des formes de psychothérapie de se prolonger dans le temps, phénomène déjà relevé par S. Freud. Pour comprendre cette évolution, il est indispensable, à l'heure actuelle, de soulever la question non seulement des effets du dispositif (spatial et temporel) de la cure analytique sur les phénomènes observés, mais encore de l'impact de certains événements sur la pensée (modèle théorique). Car à notre sens l'articulation entre réalité externe et réalité interne (qui concerne le processus de mentalisation) est encore bien mal connue en dépit des efforts faits en cette direction. Il est en effet frappant de constater que la naissance des psychothérapies analytiques brèves peut s'inscrire dans l'évolution du mouvement psychanalytique et se définir tout aussi bien comme le début de celle-ci que comme une réaction à ladite évolution, en particulier à l'allongement

considérable des traitements. Dès lors il s'agit de considérer l'avènement des méthodes thérapeutiques brèves d'orientation psychanalytique comme une composante du processus dynamique ayant fait de la psychanalyse moderne ce qu'elle est; composante bien souvent considérée comme «résistance», ainsi que nous aurons l'occasion de le voir. On sait que, si le mouvement psychanalytique se heurta d'emblée à une vive opposition extérieure, il fut aussi le théâtre de nombreux conflits internes, souvent violents, de discussions, de remises en question, au point que ceux-ci furent à l'origine d'une réflexion théorique approfondie de Serge Videmann (4).

Toutes les sciences sont évidemment l'objet de remaniements et de révisions, mais rares sont celles où les divergences d'opinion ont provoqué des prises de position aussi passionnelles. Les tentatives de raccourcir les cures, dont une des constantes de l'évolution fut l'allongement de plus en plus marqué, furent une des divergences qui provoquèrent le plus de remous. Elles furent d'ordinaire mises au rang de «résistances» par les membres les plus orthodoxes du mouvement psychanalytique, qui avaient plus de facilité à admettre certaines positions pessimistes concernant les possibilités thérapeutiques de la psychanalyse ou des doutes quant à la nature thérapeutique de cette dernière (5). Freud lui-même semble avoir été moins virulent que ses élèves et tenta d'utiliser certains moyens techniques proposés par Ferenczi ou Rank, par exemple;

* In *Aux confins de la psychanalyse*, Paris: Payot, 1983.

** Policlínica psiquiátrica universitária de Lausanne.

(1) Payot, Paris, 1975.

(2) Brunner-Mazel, New York, 1971.

(3) Plenum, New York, 1981.

(4) *La construction de l'espace analytique*, Denoël, Paris, 1970. Voir aussi *Constructions et reconstructions*, *Revue française de psychanalyse*, XXXVIII, n.º 2/3, P.U.F., Paris, 1974.

(5) «S'agit-il d'un traitement?» s'interroge J. A. Gendrot. Introduction au colloque sur *Analyse terminée et Analyse interminable*, *Revue française de psychanalyse*, P.U.F., tome XXXII, n.º 2, page 217, Paris, 1968.

mais il faut reconnaître qu'il y renonça assez rapidement, préférant une justification métapsychologique à la question de la longueur des cures, à une tentative de modification technique. Cette attitude, qui doit correspondre à un besoin profondément ancré chez l'homme, influença probablement beaucoup l'évolution des recherches psychanalytiques: il suffit de constater simplement l'importance énorme prise progressivement dans la littérature psychanalytique française par des publications sur des thèmes métapsychologiques, en comparaison des écrits cliniques. On paraît considérer que si le père de la psychanalyse, qui s'était montré tellement impavide devant l'hostilité des opposants, renonçait à certains procédés, il devait avoir des raisons pour le moins valables et qu'il était donc très justifié de suivre son exemple. Mais on devrait tout de même se demander s'il s'agissait d'un refus raisonné ou d'un recul devant un obstacle. Bien d'autres se sont posé la question avant moi (Ferenczi, Alexander, ou plus tard Balint, etc.), mais je crois qu'il n'est pas inutile de revenir sur ce problème, en reprenant une description assurément sommaire et incomplète de l'évolution de la technique psychanalytique dès ses débuts.

2. DURÉES DES CURES

Les premiers traitements de Freud, on le sait, furent très courts. Ainsi, dans les *Études sur l'hystérie* (1896), portant sur des patients traités de 1889 à 1894 environ, on relève les durées suivantes: Emmy V. N.....: 7 semaines; Lucy R., dont Freud dit que la maladie eût pu être traitée en une seule séance: 9 semaines; Katharina: 1 séance; Elisabeth v. R.: quelques mois. Dans d'autres écrits cliniques, plus tard, Freud indique encore les périodes suivantes: Dora, traitée en 1889 environ: 3 mois; le petit Hans, 1909: 2 mois environ; l'Homme aux rats, 1909: 11 mois environ. Durant cette période on sait aussi par Jones que Freud traita Gustav Mahler en une promenade de 4 heures. En 1918, par contre, Freud publie le cas de l'Homme aux loups, traité pendant 5 ans. Ainsi on constate un saut considérable dans la longueur de ce traitement, mais Freud en fait plutôt une exception et très clairement il espère que l'utilisation des connaissances psychanalytiques acquises dans cette cure puisse permettre de raccourcir les traitements ultérieurs: «On devra s'attendre à ne rencontrer que dans bien peu d'autres cas, chez le malade et les siens, un pareil degré de patience, de docilité, de compréhension et de confiance. L'analyste aura le droit de se dire que les résultats obtenus par un si long travail sur un seul cas l'aideront ensuite à raccourcir notablement la durée des traitements dans un autre cas, également grave, et ainsi à surmonter progressivement la manière d'être «hors le temps» de l'inconscient, ceci après s'y être une première

fois soumis» (6). Relevons au passage un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir: c'est que, bien qu'il ait pour la première fois, dans ce cas, fixé autoritairement un terme au traitement, il ne paraît pas songer à provoquer des modifications techniques pour accélérer le processus, mais il met plutôt l'accent sur des nouvelles connaissances acquises grâce à ce traitement. Nouvelles connaissances qui, selon lui, permettront de gagner du temps, si l'on peut dire.

Bien que ce cas semble avoir été une exception, puisque tant dans ses écrits théoriques que cliniques de 1905 à 1938 (l'Abrégé de psychanalyse) (7) Freud indique des durées moyennes de 1 an et demi, parfois plus, il n'en reste pas moins que la longueur des traitements était en train d'augmenter fortement. Ce mouvement d'allongement s'est d'ailleurs poursuivi, puisqu'à l'heure actuelle on sait que les psychanalyses sont d'ordinaire beaucoup plus longues, une durée de 4 à 5 ans étant loin d'être une exception.

Ce mouvement d'allongement a donc commencé très tôt, a provoqué certains remous dans le mouvement psychanalytique, comme nous l'avons dit, et a incité Freud lui-même à se poser des questions à ce propos. De nombreux auteurs ont suivi son exemple et cherché à mettre en évidence les divers facteurs d'allongement des cures.

D. Malan les résume ainsi (8):

1. Résistance
2. Surdétermination
3. Nécessité de perlaboration
4. Racines de la névrose plongeant dans la prime enfance.
5. Transfert
6. Dépendance
7. Transfert négatif lié à la terminaison
8. Névrose de transfert

De plus, chez le thérapeute:

9. Tendance à la passivité
10. Impression d'éternité donnée au patient
11. Perfectionnisme thérapeutique
12. Intérêt croissant pour des expériences de plus en plus profondes et précoces

Cette liste de facteurs semble résumer assez bien l'évolution de la technique psychanalytique, mais il paraît intéressant de reprendre le problème, dans l'espoir de mettre en évidence le ou les éléments susceptibles d'expliquer la tendance apparemment inéluctable vers un

(6) L'Homme aux loups, traduction française in: *Cinq psychanalyses*, P.U.F., Paris, 1967.

(7) S. Freud: *Abrégé de psychanalyse*, traduction française, P.U.F., Paris, 1949.

(8) *La psychothérapie brève*, op. cit., pp. 18-19.

allongement des cures. Pour ce faire, tentons une approche un peu moins descriptive des événements, en étudiant la dynamique de la relation thérapeutique que Freud établissait. Tout d'abord, attardons-nous quelque peu sur le premier ouvrage de Freud, les Études sur l'hystérie, considéré comme le manuel de la technique «cathartique», mais surtout aussi, par certains, comme un modèle de psychothérapies brèves (voir Fenichel, p. ex.).

3. ÉTUDES SUR L'HYSTÉRIE (9)

Elles sont évidemment l'objet d'étude de tous les exégètes de l'œuvre freudienne, qui y cherchent les premières traces de toute l'évolution théorique et clinique de la pensée du Maître; cependant, il est assez rare qu'on remette tant soit peu en question ladite évolution et que l'on s'interroge sur les causes du processus d'allongement des cures, cet allongement paraissant absolument naturel à tous, et lié au développement considérable des connaissances du fonctionnement psychique. Classiquement on considère d'ailleurs que ce livre fait partie de la période dite «pré-analytique», la période proprement psychanalytique ne commençant qu'à partir de la Science des rêves (1899-1900) et de l'avènement de la méthode des «libres associations».

Toutefois, le mécanisme dynamique ayant conduit Freud à ces développements successifs nous semble offrir autant d'intérêt que l'évolution même de sa pensée. On sait que les premiers écrits freudiens reflètent un certain optimisme thérapeutique tandis que les derniers, bien que cela soit nié par d'aucuns, traduisent au contraire un certain pessimisme (Analyse terminée — analyse interminable). Cette confrontation de deux attitudes opposées, l'enthousiasme du début, un certain aveu d'impuissance de la fin, est tout de même assez frappante pour que l'on reconsidère le problème et que l'on se demande si les écueils rencontrés à la fin n'étaient pas présents au début; d'autant plus qu'il n'est pas certain que l'opinion des psychanalystes modernes soit beaucoup plus optimiste que celle de Freud lui-même; il n'est que d'entendre certaines réflexions désabusées, souvent sous forme de plaisanteries, lors de discussions entre psychanalystes...

Freud a dit des Études, en 1908, qu'elles contenaient «en germe tout ce qui s'est ultérieurement ajouté à la théorie cathartique». Et c'est bien là l'intérêt de cet ouvrage, puisque l'on y voit Freud à l'œuvre et simultanément on y découvre les ébauches de ses développements théoriques.

a) Aspects théoriques

Les Études sont donc la description clinique, accompagnée de considérations théoriques, de cinq cas de femmes souffrant de troubles hystériques, traitées par la méthode cathartique, l'une par Breuer, les quatre autres par Freud. C'est là que l'on y voit appliquées les idées déjà présentées dans la «Communication préliminaire» (1892) et surtout dans le remarquable article de 1894, «Les psychonévroses de défense», selon lesquelles le névrosé «souffre de réminiscences». On sait que, dès 1889 environ (deuxième lettre à Fliess), Freud avait admis que les affections névrotiques n'étaient pas entièrement organiques mais pouvaient avoir une origine psychique, le modèle du cerveau n'étant donc plus essentiellement neurologique, mais défini comme une zone emplie de contenus psychiques. Dès lors, il admettait qu'une influence psychologique pouvait guérir le malade. Cependant, bien qu'il ait parfois renié ses origines scientifiques médicales, il était médecin avant tout et son attitude le reflétait clairement: la névrose était une maladie dont il fallait rechercher l'étiologie. Jusque dans ses derniers jours d'ailleurs, il maintiendra cette optique, parlant constamment d'une thérapeutique causale des affections psychiques. A l'époque des Études, il considérait que «la cause» de la névrose se situait dans un traumatisme psychique subi à une période plus ou moins précoce, traumatisme laissant des traces susceptibles de demeurer longtemps cachées, mais réactivées à certains moments particuliers de l'existence. En fin d'ouvrage il précisera d'ailleurs: traumatisme sexuel. On peut schématiser ainsi cette idée centrale du traumatisme: un événement externe, ayant affaire à la vie sexuelle, survenant plus ou moins précocement dans la vie d'un individu, confronte ce dernier à des sentiments inconciliables et crée un conflit au sein de sa vie idéationnelle. Le Moi de l'individu, pour se défendre de ce conflit, traite l'idée comme «non arrivée». Pour ce faire, il prive l'idée (ou sa représentation) de sa charge affective. L'idée, ou les traces mnémoniques de l'expérience traumatique, restent là fixées à jamais, mais peu dangereuses pour le Moi. Par contre la somme d'excitations (l'affect), qui a été détachée, doit être consacrée à un autre usage: ce que Freud appelle: «la conversion de l'émoi en innervation somatique» (10); cette conversion aboutit aux symptômes classiques de l'hystérie. Ainsi en quelque sorte la source de la névrose est une blessure d'origine externe laissant une cicatrice psychique. Dans la «communication préliminaire», Freud et Breuer définissent ainsi les conditions propres à une situation pathogène:

1. Les patients, pour des raisons externes, n'ont aucune

(9) Trad. franç., P.U.F., Paris.

(10) Études sur l'hystérie, page 96.

possibilité de réagir (perte d'un objet aimé, situation sociale rendant la réaction impossible ou chose qu'on veut intentionnellement oublier).

2. Les conditions psychiques du sujet, au moment où l'événement a lieu, ne lui permettent pas de réagir.

Mais Freud, qui rapidement a mis l'accent sur l'idée du traumatisme par tentative de séduction sexuelle de l'enfant ou de l'adolescent par un proche, centrera son attention sur l'aspect intrapsychique du conflit, n'accordant que peu de place aux «conditions externes», ce qui n'a pas été sans influencer toute l'évolution de la psychanalyse.

b) Aspects techniques

Sur la base de cette théorie traumatique, la tâche du thérapeute consiste à faire le chemin inverse de la pathogénie des symptômes, à savoir: relier l'affect fixé sur un organe externe (conversion somatique) à la représentation du traumatisme originel, représentation qui, jusqu'alors, était demeurée cachée (inconsciente). Ce qui, dans les conditions meilleures où se trouve le patient (plus grande maturité qu'à l'époque du traumatisme originel, soutien par le médecin, etc.) permet enfin une décharge émotionnelle (catharsis), une réaction adéquate telle qu'elle eût dû avoir lieu à l'époque, si cela avait été possible au patient, et semblable à ce que l'on peut observer dans les névroses traumatiques, auxquelles Freud a comparé la névrose hystérique à l'époque (névrose de guerre, névrose post-accidentelle, etc.).

La thérapeutique vise donc à rappeler les souvenirs du premier incident pathogène, puisque le névrosé souffre de «réminiscences». Cependant, dans son travail, Freud se heurte rapidement à de vives «résistances» à la remémoration: «Par mon travail psychique je devais vaincre chez le malade une force psychique qui s'opposait à la prise de conscience (au retour du souvenir) des représentations pathogènes» (11). En fonction de cette résistance, Freud introduit donc la notion de défense, qui est la force de répulsion chargée de rejeter hors du conscient et hors du souvenir la représentation pathogène. Cette défense, qui avait agi de façon à rejeter du conscient la représentation traumatique, est donc aussi celle qui va s'opposer aux efforts du thérapeute: «Une représentation accède au Moi, s'y avère inconciliable et suscite en lui une force de répulsion. Celle-ci constitue une défense contre l'idée inconciliable, défense qui atteint son but, la représentation en question étant rejetée hors du conscient et hors du souvenir et ne laissant, en apparence du moins, nulle trace. Mais cette trace devait subsister. En m'efforçant de rediriger vers elle l'attention du patient la source de ladite difficulté thérapeutique. Pourtant, manifestée par un rejet

lors de la genèse du symptôme, agir sous la forme d'une résistance» (12).

Cette citation pour montrer comment Freud, lorsqu'il se heurte à une difficulté avec son patient, ne met pas en cause la méthode du thérapeute, mais attribue à un facteur intrapsychique du patient la source de ladite difficulté thérapeutique. Pourtant, pour vaincre ces résistances, il change d'attitude, puisqu'il renonce progressivement à l'hypnose pour chercher différentes modifications techniques et aboutir à la règle bien connue des «libres associations», encore appliquée à l'heure actuelle en psychanalyse. Les différentes techniques ont donc pour but de vaincre les résistances qu'offre le patient au processus thérapeutique:

L'ignorance ainsi des hystériques était un refus plus ou moins conscient et la tâche du thérapeute consistait à vaincre, par un travail psychique, cette résistance aux associations» (13).

Pour vaincre ces résistances, en plus des modifications techniques proposées (de l'hypnose à la libre association), Freud fournit différents moyens que l'on peut résumer ainsi:

- Insistance du thérapeute, lorsque le fil des associations se rompt.
- Incitation au patient à se concentrer, en exerçant une pression sur son front par exemple.
- Renseignements pris à l'extérieur, chez les proches du patient.
- «Deviner» le secret du patient et le lui communiquer brusquement.
- Avoir de la patience.
- Donner des explications sur le processus thérapeutique, pour faire du patient un collaborateur.
- Après avoir deviné les motifs de la défense, les ravalier ou même les remplacer par d'autres plus puissants.

Enfin, en plus de ces différents moyens, il fait allusion à la personnalité du médecin: «Dans de nombreux cas, c'est elle seulement qui sera capable de supprimer la résistance!» (14)

Toutefois, c'est après avoir cité l'importance de la personnalité du médecin que Freud évoque le problème du transfert, qui occupera plus tard la place centrale que l'on sait dans la théorie psychanalytique. Comme on l'a relevé bien souvent, Freud avoue avoir été passablement ennuyé par les premières manifestations de tendresse de ses patientes: «Au début, cette augmentation de mon travail psychique me mécontenta fort, jusqu'au moment où je me rendis compte que tout ce processus était de règle et alors je remarquai aussi qu'un semblable transfert n'exigeait

(11) *Études sur l'hystérie*, page 216.

(12) *Études sur l'hystérie*, page 217.

(13) *Ibidem*.

(14) *Ibidem*, p. 218.

aucun travail supplémentaire considérable» (15).

Ainsi, c'est parce qu'il peut attribuer à une manifestation pathologique les sentiments de ses patientes: «le transfert au médecin se fait par une fausse association» (16), que Freud est soulagé.

c) Résumé

En résumé, dans les *Études sur l'hystérie*, Freud considère donc la névrose comme une maladie psychogène, d'étiologie simple, un traumatisme psychique d'origine sexuelle: soit un acte commis par un proche (tentative de séduction, par exemple), soit une scène vécue par le patient dans un climat conflictuel, soit une situation émotionnelle conflictuelle. Dans cette étiologie, Freud fait donc constamment référence à d'autres personnes que le patient, mais il parle pourtant déjà d'un conflit «intérieur» (ces scènes provoquent un désir inacceptable pour le patient).

Pour tenter de guérir ladite maladie, l'auteur recherche donc différents moyens techniques, de l'hypnose à une méthode proche des «associations libres» en passant par la technique dite de concentration, tous ces moyens visant à la découverte, au sein du psychisme, c'est-à-dire au sein de la vie idéationnelle, de l'endroit traumatisé. Ces différents moyens techniques sont donc une manière de rechercher, un peu comme un chirurgien, «la meilleure voie d'accès» à l'endroit traumatisé. Freud se heurte cependant bientôt à différentes résistances: le patient se refuse à entrer en état d'hypnose, il rompt le contrat thérapeutique, il refuse de se souvenir, etc. Freud commence par attribuer ces résistances à ses erreurs techniques et change de comportement, jusqu'au moment où, confronté aux premiers émois transférentiels de ses patients, il décide que sa technique n'est pas en cause, mais que la résistance est liée à un conflit intra-psychique du patient. Dès lors, Freud renvoie donc au patient la résistance que ce dernier offre aux efforts thérapeutiques! Freud ne se départira plus de cette attitude et apportera très peu de modifications à sa technique, portant toute son attention sur la dynamique intra-psychique. Il renonce à l'acte et opte pour l'interprétation.

4. DE LA PREMIÈRE A LA DEUXIÈME TOPIQUE

Moins d'un an après la parution des *Études*, Freud opte définitivement pour la méthode des «associations libres», qu'il épurera de plus en plus. Mais l'on s'accorde à dire

que le changement fondamental d'optique est dû à l'auto-analyse de Freud qui, à travers son expérience personnelle, fera nombre de découvertes, fondements de la psychanalyse actuelle. On a relevé à plusieurs reprises récemment (D. Anzieu, A. Haynal, par exemple) (17)(18) que Freud a commencé cette démarche personnelle après la mort de son père, survenue en octobre 1896; de plus, il semble bien que le changement d'optique le plus important intervenu dans ladite auto-analyse est la prise de conscience de la nature fantasmatique de nombre de scènes traumatiques évoquées par les patients. Freud avait réalisé, on le sait, qu'il n'avait pas été victime de réelles tentatives de séduction de la part de son père, mais que cette croyance momentanée traduisait sa propre ambivalence à l'égard de ce dernier (septembre 1897). Insistons sur le fait que cette prise de conscience suit la mort réelle du père, ce qui n'est pas sans importance à nos yeux; en effet, nous avons déjà vu que Freud, confronté aux premiers émois transférentiels de ses patients, avait refusé de se sentir concerné et les avait attribués à un facteur intra-psychique. Cette fois-ci, confronté lui-même à des émois, à l'égard de son père, il refuse d'impliquer ce dernier et se remet personnellement en question, mais après que son père est réellement mort! On retrouve ainsi une certaine dialectique fantasme-réalité, où Freud accorde la primauté au fantasme!

Dès lors, il oriente toute son activité vers l'étude des processus intra-psychiques. La Science des rêves, dont Freud dira en 1908 qu'elle est un morceau de son analyse, en réaction à la mort de son père (préface de l'édition de 1908 de la *Traumdeutung*), en est le premier résultat, le plus impressionnant peut-être, qui reste un des monuments de l'œuvre freudienne. C'est là que le Maître étudie en détail les différents mécanismes de formation du rêve, censure, élaboration, condensation, etc.; autant de mécanismes à l'origine des facteurs dits d'allongement, évoqués par Malan (en particulier surdétermination et élaboration).

C'est aussi dans cet ouvrage que Freud donnera sa première conception de l'appareil psychique, «la première topique», où il distingue trois systèmes ayant chacun une fonction particulière bien précise: l'inconscient, le préconscient et le conscient. Entre chacun de ces systèmes existe ce que Freud appelle une censure, qui freine le passage des représentations d'un système à l'autre et justifie l'apparition des symptômes névrotiques, selon un mécanisme proche de celui décrit dans les *Études*; la censure barre l'accès d'une représentation indésirable au préconscient, puis au conscient, refoulant ladite

(17) D. Anzieu: *L'auto-analyse de Freud*, P.U.F., Paris, 1976.

(18) A. Haynal, Le sens du désespoir, *Revue française de psychanalyse*, P.U.F., Paris, 1977.

(15) *Ibidem*, p. 246.

(16) *Ibidem*, p. 245.

représentation dans l'inconscient et permettant à l'affect de ne se manifester que dans une représentation déviée, en l'occurrence le symptôme. Dès ce moment, l'accent porte franchement sur le conflit intrapsychique et l'appareil psychique devient le «lieu» (topique) de conflits pulsionnels. En conséquence, Freud va modifier quelque peu sa technique thérapeutique et accorder de plus en plus d'importance à la censure et surtout à ses manifestations visibles dans la cure: les résistances, ainsi que nous le verrons plus loin.

Dès lors Freud n'apportera pratiquement plus de modifications «externes» à sa technique. Tout au plus remarque-t-on que son attitude devient de plus en plus neutre et qu'il dicte encore clairement la règle dite «d'abstinence» (ne pas donner de satisfactions «réelles» à ses patients) (19).

Ainsi, à l'aube de notre siècle, Freud a déjà défini un cadre externe clair à la cure; il va accorder toute son attention aux processus intrapsychiques, indépendamment des événements traumatiques externes, ainsi que le montre, par exemple, le commentaire du cas Dora, texte écrit en 1901, mais publié en 1905: «L'incident avec Monsieur K... — la déclaration suivie d'un affront — fournissait à notre malade Dora le traumatisme psychique que Breuer et moi avions, dans le temps, affirmé être la condition préalable indispensable à la formation d'un état hystérique. Ce nouveau cas présente toutes les difficultés qui, depuis, m'ont incité à aller au-delà de cette théorie...» Et, en note, il ajoute: «J'ai été plus loin que cette théorie, sans l'abandonner; c'est-à-dire que je la déclare aujourd'hui non pas fausse, mais incomplète. Je ne fais plus porter l'accent sur les soi-disant états hypnoïdes, qui étaient censés apparaître chez les malades lors du traumatisme et devaient être rendus responsables des processus psychiques anormaux qui s'en suivaient. (...) Je considère quant à moi comme superflu et déroutant de rompre par cette dénomination la continuité du problème, qui consiste à chercher quels sont les processus psychiques de la formation des «symptômes hystériques» (20).

Freud, ayant identifié la nature du danger externe, en détourne son regard pour porter son attention sur des événements «internes».

Nous soutenons la thèse que cet intérêt pour les «processus psychiques» partiellement aux dépens de la réalité extérieure est probablement le plus grand facteur d'allongement des cures psychanalytiques.

En résumé, si l'on schématise quelque peu l'évolution de Freud, on le voit, d'une part, progressivement se mettre à distance de son patient, devenir de plus en plus passif, non concerné; d'autre part, on le voit aussi déplacer son intérêt

de l'entourage du patient pour se centrer essentiellement sur la vie intérieure de ce dernier. D'un côté, la règle des associations libres vient sanctionner le refus du Maître d'agir activement sur son patient, de l'autre, l'ébauche de la définition du transfert, le refus de s'impliquer comme un personnage réel pour son patient. La découverte de la nature dite fantasmatique des souvenirs de séduction évoqués par les malades est la conséquence logique de ce double mouvement. Dès lors, le travail du thérapeute consiste à se préoccuper des processus intrapsychiques dans un «système essentiellement clos», d'où les éléments externes sont de plus en plus écartés.

Pour illustrer notre propos, voyons le devenir de certaines notions clefs, déjà présentes dans les Études sur l'hystérie: le traumatisme sexuel, la résistance et le transfert.

a) Traumatisme sexuel

Traumatisme et facteurs déclenchants sont les deux notions qui font évidemment le plus appel à l'influence du monde extérieur sur l'individu; dans l'esprit de Freud, elles tendront à se préciser, sans jamais atteindre la clarté absolue: ainsi que nous l'avons vu, dans les premiers temps, le traumatisme est considéré comme un événement personnel réel survenu dans un passé plus ou moins proche du sujet, trop pénible pour permettre à ce dernier une réaction adéquate susceptible d'aboutir à une guérison. Le traumatisme serait ainsi, pour utiliser une image imparfaite, à l'origine d'une lésion psychique chronique dont la névrose serait la manifestation «visible». Le moment des expériences traumatiques, fixé dans la période pubertaire au début, a été progressivement reporté toujours plus précocement dans le passé de l'individu jusqu'à l'enfance.

Cette notion de traumatisme unique ou répété, source de névrose, est donc fondée sur l'aspect économique de la théorie de l'appareil psychique (le psychisme n'arriverait pas à intégrer ou liquider les excitations externes), aspect auquel Freud a toujours beaucoup tenu. Dès le début toutefois, il relève l'importance des circonstances psychologiques dans lesquelles le traumatisme apparaît, les deux facteurs sont donc complémentaires:

- a) une certaine fragilité psychologique
- b) un traumatisme externe.

Lorsque Freud a situé l'événement traumatique dans l'enfance, il a distingué deux éléments:

1. le traumatisme précoce, la scène de séduction survenue dans l'enfance, point de fixation de la problématique névrotique;

2. un deuxième événement intervenant à l'âge adulte, qui «rappelle» le premier et provoque un accès d'excitation sexuelle impossible à contrôler par le Moi. Ce deuxième événement est le «facteur déclenchant de la névrose».

(19) Observation sur l'amour de transfert, 1915, in: *La Technique psychanalytique*, traduction française, P.U.F., Paris.

(20) In: *Cinq psychanalyses*, traduction française, P.U.F., Paris, page 17.

Mais nous avons vu qu'à partir de son auto-analyse cependant, Freud déplace son intérêt du traumatisme à la vie fantasmatique du sujet, élaborant sa théorie de la libido et décrivant les différents stades libidinaux. Ce qui intéresse alors Freud est donc l'énergie interne, la libido, source des pulsions sexuelles, ce qui complique quelque peu la théorie freudienne de la névrose. En effet, selon cette nouvelle optique, elle est le résultat de la combinaison de deux facteurs: un événement traumatique actuel (facteur déclenchant) et une fixation de la libido, fixation liée à la constitution sexuelle de l'individu et au passé infantile de ce dernier (éducation, événements divers). Remarquons que Freud n'appelle plus «traumatiques» les événements infantiles. Cependant, la guerre de 14-18 va à nouveau confronter Freud au problème du traumatisme, par les névroses de guerre, qui seront occasion pour l'auteur de décrire des névroses dites «traumatiques», dont l'origine est un événement actuel et les liens avec le passé particulièrement difficiles à mettre en évidence. Freud écarte alors la névrose traumatique du champ des névroses classiques, d'étiologie sexuelle et, par là, du champ de la thérapie psychanalytique. Pourtant, il utilisera l'exemple des névroses traumatiques, où le sujet tend à répéter, en particulier dans ses rêves, des situations récemment vécues, éminemment désagréables, pour introduire une nouvelle notion, la «compulsion de répétition», tendance se situant «au-delà du principe de plaisir», cette notion se trouvant à la base d'une modification considérable de la conceptualisation freudienne de l'appareil psychique en 1920⁽²¹⁾. Freud, une fois de plus, renonce à étudier la spécificité de l'impact psychique d'un traumatisme extérieur, pour décrire un mécanisme interne fondamental: la tendance à répéter, nous y reviendrons plus loin.

Quelques années plus tard, dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, 1926, Freud réintroduira la notion de traumatisme, mais en le situant dans le passé le plus précoce de l'individu et en le liant à l'angoisse: l'angoisse du nourrisson est liée à sa prématuration, à sa dépendance totale de la mère et serait réveillée par la crainte de voir cette dernière disparaître. Ce serait, pour Freud, le prototype du traumatisme psychique. Freud reconnaît donc alors l'importance d'une situation réelle, et établit une sorte de symétrie entre un danger interne et un danger externe, mais ne le décrit que de «l'intérieur», négligeant par exemple l'influence des comportements actifs plus ou moins spécifiques de la mère.

En conclusion, Freud n'a jamais tout à fait abandonné l'idée du traumatisme psychique, mais il lui a donné des fonctions très différentes au cours des années, s'en éloignant même momentanément. Dans un chemin régrédient, il

a d'abord renvoyé le traumatisme au passé, tout en maintenant l'idée du facteur déclenchant «actuel» auquel il donne de moins en moins d'importance; il écarte ensuite les névroses traumatiques actuelles du champ des névroses classiques, mais utilise leur étude pour une nouvelle description du fonctionnement de l'appareil psychique, et enfin réintroduire la notion de traumatisme passé en le liant à l'angoisse provoquée par la situation d'immaturité et de profonde dépendance du nourrisson par rapport à sa mère, nourrisson soumis à des exigences pulsionnelles particulièrement difficiles à maîtriser. Ainsi le traumatisme externe, qui fait à nouveau sa réapparition, est lié, dans l'esprit de Freud, à une simple situation de fait et non pas à une intervention active de l'extérieur. On retrouve ici la volonté de Freud de décrire le fonctionnement psychique comme «un système clos», en dehors de toute intervention extérieure, ce qui le pousse à négliger dans sa conceptualisation du fonctionnement psychique l'influence active du milieu.

b) Transfert

On sait qu'à partir des *Études sur l'hystérie*, Freud accordera bientôt une place prépondérante à la notion de transfert dans la cure, transfert qu'il définit tout d'abord comme une résistance, pour en faire ensuite un allié thérapeutique. Rappelons qu'à l'époque des *Études sur l'hystérie*, le transfert n'était qu'une manifestation particulière du déplacement de l'affect sur une représentation erronée, il était donc directement lié au symptôme. Progressivement, dès le cas «Dora», Freud étend la notion de transfert et le lie aux *imagos parentales* et, en 1914, dans l'article «*Remémoration, répétition, perlaboration*»⁽²²⁾, il en fait le principal allié thérapeutique, en définissant plus clairement la «névrose de transfert». A ce moment-là le transfert, à la fois résistance (à la remémoration) et manifestation visible et actuelle de l'inconscient, devient l'instrument thérapeutique principal du médecin. En tant que rejeton de l'inconscient toutefois, le transfert est considéré comme une manifestation spontanée du patient: «Ce fait nouveau que nous reconnaissons ainsi comme à contrecœur, n'est autre que ce que nous appelons le transfert. Il s'agirait donc d'un transfert de sentiments sur la personne du médecin, car nous ne croyons pas que la situation créée par le traitement puisse justifier l'éclosion de ces sentiments. Nous soupçonnons plutôt que toute cette promptitude affective a une autre origine, qu'elle existait chez le malade à l'état latent et a subi le transfert sur la personne du médecin

(21) Au-delà du principe de plaisir, traduction française in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris.

(22) In: *La Technique psychanalytique*, traduction française, P.U.F., Paris, 1966.

à l'occasion du traitement analytique» (23). En 1917, Freud, fidèle à sa ligne de conduite, néglige «la situation créée par le traitement», ce qui revient à récuser la fonction du dispositif de la cure ou celle de l'activité du thérapeute. Mais l'on peut se demander si Freud ne voulait pas surtout éviter aux lecteurs une confusion entre relation «de réalité» et relation transférentielle, c'est-à-dire relation aux imagos projetées sur l'analyste.

Comme on le sait, peu après les premiers remous provoqués par les idées de Rank et Ferenczi, un nouveau tournant de la pensée de Freud se situe dans un nouvel article fondamental: «Au-delà du principe de plaisir» (1920). Freud y introduit la notion de pulsion de vie et pulsion de mort, qui se situeraient au-delà du principe de plaisir et du principe de réalité. Se fondant sur son expérience clinique, il justifie ce changement d'optique et résume ainsi l'évolution de sa pensée: au début «la psychanalyse était avant tout un art d'interprétation. Mais, comme cet art était impuissant à résoudre le problème thérapeutique, on recourut à un autre moyen qui consistait à obtenir du malade une confirmation de la construction dégagée par le travail analytique, en le poussant à faire appel à ses souvenirs. Dans ces efforts, on se heurte avant tout aux résistances du malade; l'art consista alors à découvrir ces résistances aussi rapidement que possible et, en usant de l'influence purement inter-humaine (24) (de la suggestion agissant en qualité de «transfert»), à le décider à abandonner ces résistances. Cependant, plus on avançait dans cette voie, plus on se rendait compte de l'impossibilité d'atteindre pleinement le but qu'on poursuivait et qui consistait à amener à la conscience l'inconscient. Le malade ne peut se souvenir de tout ce qui est refoulé; le plus souvent, c'est l'essentiel même qui lui échappe, de sorte qu'il est impossible de le convaincre de l'exactitude de la construction qu'on lui présente» (25). Parlant ensuite de la nécessité d'élaborer dans l'actuel, c'est-à-dire dans la névrose de transfert, les conflits infantiles, il ajoute: «le médecin ne peut pas épargner au malade cette phase de traitement; il est obligé de le laisser revivre une partie de sa vie oubliée et doit seulement veiller à ce que le malade conserve un certain degré de sereine supériorité qui lui permette de constater, malgré tout, que la réalité de ce qu'il revit et reproduit n'est qu'apparente et ne fait que refléter un passé oublié. Lorsqu'on réussit dans cette tâche, on finit par obtenir la conviction du malade et le succès thérapeutique dont cette conviction est la première condition» (26). Freud, on le voit, paraît considérer comme

un mal nécessaire de passer par le transfert pour résoudre les problèmes névrotiques. Pourtant, il attribue aussi une valeur thérapeutique à la confrontation fantasme-réalité, ainsi que le fera Strachey quelques années plus tard (27). Ainsi le monde externe réapparaît ici, alors qu'on voudrait l'en exclure. Parlant encore du transfert, Freud complète: «...à la faveur du transfert, le névrotique reproduit et réanime avec beaucoup d'habileté toutes les circonstances indésirées et toutes ces situations affectives douloureuses» (28).

De cette constatation clinique (l'analysant reproduit dans le transfert des situations aussi bien désagréables qu'agréables), des observations sur les névroses traumatiques citées plus haut, des jeux d'enfants, etc., il infère alors que le transfert est lié à un besoin instinctif de répétition, la «compulsion de répétition», tendance primaire de l'appareil psychique traduisant la nature des instincts qui se manifesteraient par la tendance à produire ce qui a déjà existé» (29).

Ainsi, selon cette nouvelle optique, le transfert est une production d'origine interne, liée à la compulsion de répétition, où deux forces contradictoires se trouvent à l'œuvre, la pulsion de vie et la pulsion de mort; la nature même des pulsions étant une tendance à répéter ce qui a déjà existé; pourtant, dans l'élaboration de la pensée freudienne, la pulsion de mort trouve une justification théorique évidente (tendance à la réduction des tensions à zéro, selon la conception économique du fonctionnement psychique), la pulsion de vie ne devant son existence qu'à l'intervention d'une force externe d'origine et de nature inconnue.

Plus haut, Freud avait décrit l'origine du principe de vie: «à un moment donné, une force dont nous ne pouvons encore avoir aucune représentation a réveillé dans la matière inanimée les propriétés de la vie» (30).

c) Résistances

Ainsi que nous l'avons vu à propos des Études sur l'hystérie, la notion de résistance elle aussi est présente pratiquement dès les débuts de l'œuvre de Freud; elle semble cependant lui avoir donné passablement de fil à retordre. En effet, si la définition en est claire, lorsque ce terme s'applique à l'opposition ouverte ou cachée au mouvement psychanalytique, elle devient beaucoup plus floue et sujette à modifications lorsqu'il s'agit de décrire ce qui se passe dans la cure. L'expression est certainement

(23) Introduction à la psychanalyse, traduction française, Payot, Paris, 1966, page 173.

(24) Souligné par nous!

(25) Au-delà du principe de plaisir, 1920, in: Essais de psychanalyse, Payot, Paris, p. 22.

(26) Ibidem, page 23.

(27) J. Strachey: La nature de l'action thérapeutique de la psychanalyse, Rev. Franç. Psychanal., 2, pp. 255-284, 1970.

(28) S. Freud, Au-delà..., op. cit., p. 25.

(29) Ibidem, page 47.

(30) Ibidem, page 74.

née de la pratique de l'hypnose, où Freud s'était heurté au refus massif de bon nombre de patients. Par analogie, elle fut conservée pour décrire les différentes manifestations s'opposant au bon déroulement de la cure et à la guérison. Nous avons vu que, dans un premier temps, Freud luttait contre les résistances par des modifications techniques: concentration, suggestion, renseignements pris à l'extérieur, etc. Tout en attribuant les résistances au mode de fonctionnement intra-psychique, il n'en utilisait pas moins différents moyens actifs pour les vaincre. Cependant, dès la Traumdeutung, détournant progressivement son regard du traumatisme psychique, il porte son attention sur les résistances: «Les forces psychiques qui ont amené le refoulement sont, d'après lui, perceptibles dans la résistance qui s'oppose à la réapparition du souvenir.

Le facteur de la résistance est devenu l'une des pierres angulaires de sa théorie» (31). Il se contente donc de les montrer aux patients et de les analyser: «Actuellement nos efforts tendent directement à trouver et à vaincre les "résistances" et nous pensons à juste titre que les complexes se révéleront sans peine dès que les résistances auront été découvertes et écartées» (32).

Freud paraît d'ailleurs lier l'allongement du traitement à ce changement d'optique. Ainsi, en 1913, dans un article où il montre clairement la nécessité d'intervenir sur les résistances avant d'interpréter trop précocement le sens des symptômes, il relève: «Au cours des premières années de ma pratique psychanalytique, j'ai eu la plus grande difficulté à persuader les malades de poursuivre leur analyse. Cette difficulté a depuis longtemps cessé d'exister et maintenant je m'efforce anxieusement de les obliger à cesser leur traitement» (33). Ce passage montre d'ailleurs un phénomène très intéressant à nos yeux: grâce aux manœuvres des résistances, Freud a résolu le problème des interruptions prématurées de la psychanalyse par ses patients, mais voici qu'il se heurte maintenant au problème inverse, celui de la poursuite indésirable de l'analyse. Il a surmonté un obstacle, il en rencontre un autre tout aussi important: les patients n'interrompent plus aussi fréquemment qu'avant leur traitement, mais, par contre, ils ont parfois grand-peine à le terminer...

Cliniquement, on décrit des résistances à la règle fondamentale, à la prise de conscience, à la remémoration,

par le transfert, au transfert et enfin résistance à la guérison. Progressivement aussi, l'intérêt se déplace de la «résistance à la prise de conscience» à la «résistance à la guérison».

De ce fait, à l'instar du transfert qu'il s'agissait d'analyser pour le résoudre, les résistances devraient elles aussi être assouplies par l'interprétation. Ce qui ne se produit pas toujours, puisque Freud se heurte bien souvent au refus du patient de guérir et à des réactions thérapeutiques dites négatives! Aussi, en 1920, le problème des résistances à la guérison sous-tend toute la discussion de Freud lorsqu'il introduit les notions de compulsion de répétition et de pulsions de vie et de mort. Les résistances à la guérison sont alors liées aux rapports existants entre ces deux dernières forces.

d) Conclusions

Aussi, en étudiant sommairement l'évolution de la pratique analytique parallèlement à celle de la pensée freudienne jusqu'en 1920, à partir des trois notions clés de traumatisme, transfert et résistance, nous voyons que:

1. Sur le plan pratique, Freud fixe à l'analyste des règles de plus en plus rigoureuses de neutralité et d'abstinence.

2. Il accorde de moins en moins d'importance à la théorie des traumatismes psychiques externes, sans pour autant l'abandonner, mais va s'inspirer de l'observation clinique des névroses traumatiques pour donner un nouveau modèle de fonctionnement de l'appareil psychique.

3. Le transfert, tout d'abord considéré comme résistance au traitement, devient bientôt instrument thérapeutique principal de la cure, à la fois résistance et manifestation visible de l'inconscient du patient. Toujours considéré comme production spontanée de celui-ci, il finit par être lié à ce que Freud appelle «compulsion de répétition», mode de fonctionnement primitif de l'appareil psychique: les pulsions visent à répéter le passé.

4. En ce qui concerne les résistances, Freud les a tout d'abord décrites comme un obstacle à la prise de conscience et les a liées aux différents mécanismes de refoulement (fixation, censure) pour les décrire ensuite comme des obstacles à la guérison. En 1920, on voit se dessiner l'idée d'une résistance primitive, liée au mode de fonctionnement de l'appareil psychique, fonctionnement qui viserait à répéter des expériences passées, aussi bien agréables que désagréables; dans la compulsion de répétition seraient à l'œuvre deux forces opposées: la pulsion de vie et la pulsion de mort; du rapport entre ces dernières dépendrait la guérison des névroses!

(31) La méthode psychanalytique de Freud (1904), trad. française in: *La Technique psychanalytique*, P.U.F., Paris, 1967, page 4.

(32) Avenir de la thérapie psychanalytique (1910), trad. française in: *La Technique psychanalytique*, P.U.F., Paris, 1967, page 4.

(33) Le début du traitement (1913), trad. française, in: *La Technique psychanalytique*, P.U.F., Paris, page 88.

5. A PROPOS DU TOURNANT DE 1920

Ainsi, on voit que Freud, après s'être momentanément heurté aux problèmes des ruptures prématurées de traitements, depuis plusieurs années, s'était vu confronté au problème de l'allongement indésirable des traitements par des résistances difficilement surmontables, en particulier par ce que l'on a appelé «réaction thérapeutique négative», c'est-à-dire une réaction paradoxale au traitement, faite d'une aggravation symptomatique, en lieu et place de l'amélioration attendue. Pour lutter contre cette tendance, il avait, dans un premier temps, pris une mesure active: fixer un terme au traitement dans le cas demeuré célèbre de «L'homme aux loups», déjà cité: «Je décidai — non sans m'être laissé guider par de sûrs indices d'opportunité — que le traitement devrait être terminé à une certaine date, quel qu'avancé qu'il fût alors. J'étais résolu à m'en tenir à ce terme; le patient finit par s'apercevoir que je parlais sérieusement. Sous l'implacable pression de cette date déterminée, sa résistance, sa fixation à la maladie finirent par céder, et l'analyse livra alors en un temps d'une brièveté disproportionnée à son allure précédente, tout le matériel permettant la résolution des inhibitions et la levée des symptômes du patient» (34). Cependant, bien que «l'implacable pression de cette date déterminée» ait eu raison des résistances du patient, Freud ne songe pas à mettre sur le compte de cette mesure l'accélération du processus. Au contraire, comme nous l'avons vu plus haut, Freud s'était surtout attaché à justifier la longueur du traitement en insistant sur l'espoir que les connaissances nouvelles acquises l'aideront à raccourcir les autres cures. Ainsi les modifications techniques ne paraissent guère l'intéresser, alors que l'espoir d'approfondir ses découvertes occupe le principal de ses pensées. Ce sont Ferenczi et Rank qui, comme nous le verrons plus loin, reprendront cette idée, et d'autres d'ailleurs, pour ébaucher leur théorie de la technique dite active, technique que Freud, après l'avoir acceptée quelque temps, rejettera vivement, recommandant à nouveau à l'analyste de se tenir «hors du temps», ceci dans le but de demeurer au plus près de l'inconscient du malade, c'est-à-dire de provoquer en quelque sorte chez lui une «régression topique» susceptible de permettre la saisie des moindres mouvements inconscients.

Freud préférerait de beaucoup trouver une explication intrapsychique au phénomène mentionné d'allongement plutôt que de modifier son attitude technique. On peut donc accorder une place centrale à la réaction thérapeutique négative, dans le changement d'optique de Freud en 1920. Ainsi que l'a relevé André Green, dans son rapport de 1970 au Congrès des psychanalystes de langues romanes: «La

raison la plus profonde du tournant de 1920, il ne faut la chercher ni dans la névrose traumatique, ni dans le jeu de l'enfant, ni dans le transfert (ou tout au moins pour ce dernier terme, son acception générale et indifférenciée), mais dans la réaction thérapeutique négative» (35).

En 1920, Freud renonce donc pratiquement aux mesures actives que d'autres disciples tenteront par la suite d'instituer en règle thérapeutique pour recourir à une explication métapsychologique, fondée sur le fonctionnement intrapsychique, susceptible d'expliquer la réaction thérapeutique négative. Freud en vient donc à modifier sa conception du conflit entre pulsion sexuelle et pulsion d'auto-conservation, pour introduire la notion fondamentale de compulsion de répétition où un conflit primordial oppose deux forces antagonistes: la pulsion de vie et la pulsion de mort. C'est la compulsion de répétition qui explique l'allongement des traitements: «Cette même tendance à la répétition est la même qui se dresse souvent devant nous, comme obstacle thérapeutique, quand nous voulons, à la fin du traitement, obtenir que le malade se détache complètement du médecin» (36).

Pour simplifier, on pourrait dire que Freud, étudiant la résistance aux changements, et par là à la guérison, constate que le névrosé ne refoule pas seulement certains désirs, en fonction d'expériences négatives passées, pour éviter un déplaisir actuel imaginaire, mais qu'il a aussi tendance à répéter activement certaines situations vécues désagréables qui, en elles-mêmes, n'étaient aucunement susceptibles d'apporter du plaisir, telles des situations traumatiques majeures par exemple. De là, il a inféré que la tendance primitive de l'appareil psychique et biologique est une tendance à la répétition du passé et, par extrapolation, une des tendances majeures de la matière vivante, psychique et biologique, est un retour à l'état inanimé: «tout ce qui vit doit mourir en vertu de causes internes» (37).

Selon cette nouvelle topique, Freud décrit donc l'appareil psychique comme le lieu d'un combat entre deux forces opposées, dont l'une, dans le développement théorique de l'«Au-delà», trouve une justification très rigoureuse: tendance au retour à la matière inanimée, état primaire absolu; tandis que l'autre, la pulsion de vie, de nature sexuelle, qui a pour charge de détourner la pulsion de mort de sa fonction destructrice, a une existence beaucoup plus difficile à expliquer. En effet, Freud, qui une fois de plus cherche à définir l'appareil psychique comme un système pratiquement fermé sur lui-même, où les influences extérieures sont surtout présentées comme des excitations indésirables, se montre assez emprunté pour

(35) a. Green, *Le discours vivant*, Le fil rouge, P.U.F., Paris, 1973, p. 244.

(36) *Au-delà du principe de plaisir*, déjà cité.

(37) *Au-delà...*, page 56.

(34) *L'Homme aux loups*, in: *Cinq psychanalyses*, page 328.

décrire le mode d'apparition de la procréation sexuelle et l'origine des instincts sexuels en général et doit, à un moment donné, recourir au mythe platonicien des Androgynes, développé dans le Banquet, pour introduire l'hypothèse suivante: «La substance vivante, une et indivisible avant d'avoir reçu le principe de vie, se serait, une fois animée, divisée en une multitude de petites particules qui depuis cherchent à se réunir de nouveau, sous la poussée des tendances sexuelles» (38). Freud s'est donc vu contraint de recourir à l'idée d'une force externe, «inconnue», force extérieure à l'individu et à la matière elle-même pour justifier la naissance du principe de vie! On peut relever au passage qu'il s'agit d'un point de vue bien proche d'une optique théologique: quelle est cette force mystérieuse, non matérielle, qui donne la vie à la matière? On se trouve confronté ici aux problèmes des origines et aux limites d'une optique trop historique!...

On sait aussi que Freud a beaucoup de peine à intégrer la pulsion de vie dans sa conception économique de l'appareil psychique. Ce moment nous paraît particulièrement important, dans la mesure où il reflète très clairement un malaise dans l'esprit de Freud, malaise relevé évidemment par de nombreux auteurs.

1920 est donc une période particulièrement importante, où l'on voit se dessiner deux voies différentes dans le mouvement psychanalytique: l'une, plus orthodoxe, portera son effort sur les recherches métapsychologiques, excluant pendant très longtemps la réalité externe, l'autre, d'orientation plus thérapeutique, dont les précurseurs seront Ferenczi et Rank en particulier, choisira d'approfondir l'étude de la relation thérapeutique.

En effet ces derniers, à la même période, suivant en cela la première impulsion de Freud, vont tenter de modifier les conditions externes de la cure pour lutter contre lesdites réactions thérapeutiques négatives. En cela, ils remanieront le cadre. C'est-à-dire qu'ils tenteront d'intégrer de nouvelles données, données externes à l'individu lui-même pour justifier son comportement psychologique et le modifier éventuellement. Précisons bien là qu'il ne s'agit pas, selon nous, d'une optique adaptatrice visant à changer l'attitude d'un individu face à la société, mais d'une optique explicative, à savoir: intégrer dans l'explication du fonctionnement psychique des données externes à l'individu lui-même.

6. DE L'«AU-DELÀ» A «ANALYSE TERMINÉE-ANALYSE INTERMINABLE»

Ainsi, la définition du conflit s'est modifiée: «Le sens du conflit a changé: il ne s'agit plus désormais d'une lutte

entre un pôle sexuel, refoulé, inconscient, et un pôle non sexuel, refoulant et conscient: il ne s'agit pas non plus d'une opposition entre un pôle objectal et un pôle narcissique; il s'agit maintenant d'un double conflit: d'une part, entre un pôle pulsionnel, inorganisé ou faiblement organisé, et un pôle différencié du pôle pulsionnel et plus organisé que lui, d'une part entre force de liaison et force de déliaison dans chacune de ces deux sphères» (39).

Ce qui revient à dire que le travail de l'analyse doit s'interpréter quelque peu différemment: son rôle est de permettre la liaison des pulsions, une réorganisation du monde intrapsychique. Pour ce faire, il doit s'appuyer sur les pulsions de vie de l'analysant pour favoriser le détournement des pulsions de mort.

Cependant, la cohérence obligeait Freud à modifier sa conception topique de l'appareil psychique (inconscient — préconscient — conscient) et, en 1923, il publie un nouvel article fondamental: «Le Moi et le Ça» (40). C'est là qu'il introduit clairement sa deuxième conception topique de l'appareil psychique: le Ça, le Moi, et le Surmoi, où le «Ça» est le pôle de l'appareil psychique le plus proche du biologique, recouvrant en grande partie ce qui autrefois était considéré comme l'Inconscient, tandis que le «Surmoi» (héritier du complexe d'Œdipe) est le pôle psychique le plus proche de la réalité extérieure. Le «Moi», instance médiatrice, assure les échanges dynamiques entre ces deux pôles et entre le monde de la réalité extérieure et le monde de la réalité intérieure.

Ceci, bien sûr, est une manière très simplificatrice d'exprimer les choses. Dans cette nouvelle optique, «inconscient, préconscient et conscient» ne définissent plus une topique, mais des qualités psychiques; en effet, tant le Moi que le Surmoi sont en grande partie inconscients aux yeux de Freud. La deuxième topique est donc liée à des nécessités épistémologiques rigoureuses, dépendantes elles-mêmes de la nouvelle théorie des pulsions émises par Freud: «Il semble que si l'on voulait être cohérent avec soi-même, le refus de la deuxième théorie des pulsions devrait en toute rigueur s'accompagner du refus de la deuxième topique» (41).

D'aucuns se sont parfois étonnés qu'après le tournant de 1920, Freud n'ait pas modifié ses conceptions techniques. Nous pensons au contraire que les nouvelles conceptions freudiennes étaient rendues absolument nécessaires par le refus du Maître de sortir du cadre rigoureux qu'il s'était fixé; à savoir, la description d'un appareil psychique fonctionnant en lui-même: appareil ouvert sur l'extérieur certes, mais ne nécessitant aucun apport externe pour justifier son fonctionnement. En effet,

(39) André Green, *Le discours vivant*, déjà cité, p. 252.

(40) Tr. fr. in: *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, déjà cité.

(41) André Green, *ibidem*, page 246.

(38) *Ibidem*, page 74.

bien peu de choses, dans la description du fonctionnement de l'appareil psychique, peuvent être attribuées à l'intervention de facteurs externes; nous avons d'ailleurs vu comment la théorie du traumatisme psychique fut mise à l'arrière-plan et les névroses dites traumatiques pratiquement écartées du champ de la psychanalyse par Freud, qui, jusqu'à la fin de sa vie, insistera beaucoup sur l'origine infantile des troubles névrotiques: «La névrose ultérieure a, en tout cas, son prologue dans l'enfance. Il est possible que ce que l'on appelle névroses traumatiques (déclenchées par une frayeur trop intense ou des chocs psychosomatiques graves tels que collision de trains, explosion, etc.) constituent une exception, toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations» (42). Freud s'était fixé comme tâche implicite et explicite de décrire le fonctionnement psychologique comme un tout en lui-même et se trouvait donc obligé de donner une explication intrapsychique au phénomène des réactions thérapeutiques négatives, ce que, contrairement à la théorie des censures, celle d'un Surmoi prenant racine dans le Ça permet. Ce but atteint, il n'avait plus à modifier les conditions externes de la cure; toutefois, à l'intérieur du cadre fixé, certaines modifications apparaissent; par exemple: dans l'intérêt porté par l'analyste au fonctionnement du Moi, instance médiatrice centrale, et à ce qu'on a appelé mécanismes de défense du Moi. Il ne s'agit plus véritablement de rendre conscient ce qui est inconscient, en levant les résistances, mais surtout de réaménager le système défensif de l'individu. L'accent est donc mis beaucoup plus sur une réorganisation structurale.

Ainsi, à partir de la deuxième topique, Freud assimile certaines résistances aux mécanismes de défense du Moi, d'autres au Ça et au Surmoi. Cependant, ceci ne paraît pas l'avoir satisfait pleinement et, lorsqu'il reprend tout le problème des entraves à la guérison de patients en analyse, dans «Analyse terminée — Analyse interminable», en 1937, il évoque des facteurs constitutionnels (viscosité de la libido, hypermobilité de la libido) et insiste à nouveau sur le problème d'une résistance ultime, résistance liée à la pulsion de mort, à laquelle il accorde une importance primordiale, problème qui était, comme nous l'avons vu, au cœur de la discussion de l'«Au-delà du principe de plaisir»... «Si l'on considère l'ensemble du tableau, qui comporte les manifestations du masochisme immanent de tant de gens, celle de la thérapeutique négative, celle du sentiment de culpabilité du névrosé, on cesse de croire que les phénomènes psychiques sont exclusivement dominés par la recherche du plaisir. Ils constituent un témoignage irréfutable de la présence, dans la vie psychique, d'une force que nous appelons, d'après les buts qu'elle poursuit, instinct d'agression ou de destruction et qui, à ce que nous

croyons, découle de l'instinct de mort inhérent à la matière vivante. Nous ne cherchons nullement à opposer à une théorie optimiste de la vie une autre théorie, pessimiste celle-là; les actions communes et antagonistes des deux instincts primitifs, l'Eros et l'instinct de mort, peuvent seules expliquer la diversité des phénomènes de la vie, jamais une seule de ces actions seulement (43).

On peut considérer que le texte de 1937 est un plaidoyer en faveur des recherches métapsychologiques, par opposition à des modifications techniques, ainsi que le relèvera Diatkine, par exemple (44).

Dès lors, le mouvement psychanalytique le plus orthodoxe aura non seulement la plus grande peine à introduire des variations techniques, mais encore le psychanalyste hésitera beaucoup à dire exactement ce qu'il fait réellement, dans la séance avec son patient. Les comptes rendus cliniques sont rares, plus rares encore les indications précises sur les séquences comprenant des interprétations données in extenso. Si c'est le cas, bien souvent on prie l'auditoire ou le lecteur d'excuser le côté peu «classique» des interventions, ce que M. Gressot relève, par exemple, dans un remarquable exposé, lorsqu'il parle des rapports entre psychanalyse et psychothérapie (45). En bref, le mouvement dit orthodoxe s'oriente surtout vers la recherche métapsychologique, dans un cadre rigoureusement fermé et toute ouverture est présentée avec le maximum de prudence. Ainsi D. Lagache, en 1954, prend encore beaucoup de précautions verbales, lorsqu'il fait intervenir l'influence de l'entourage psychanalytique: «...En conclusion nous restons dans la ligne freudienne, en interprétant le transfert comme l'effet de l'interaction du patient et de l'entourage analytique. La différence réside dans un centrage différent dans la manière de concevoir la production du transfert; pour reprendre une expression de John Rickman, la conception de Freud se développe dans le cadre d'une «one body psychology»; or, dans le domaine des sciences humaines et, en particulier, de la psychologie sociale, le mouvement des idées s'est porté sur les relations interpersonnelles et le processus de communication; on observe la même évolution en psychanalyse, avec la faveur croissante dont le concept de relation d'objet bénéficie depuis 25 ans; s'agissant de la production du transfert, les psychanalystes ont été naturellement amenés à mettre en cause l'entourage et la technique psychanalytique, la personnalité du psychanalyste, son transfert et son contre-transfert vis-à-vis du

(43) R.F.P., Tome XXXIX, mai-juin 1975, page 394.

(44) Diatkine, En relisant en 1966 Analyse terminée et analyse interminable, *Revue Franç. Psychanalyse*, XXXIII, 1968, pp. 226-30.

(45) M. Gressot, Psychanalyse et psychothérapie; leur commensalisme. Congrès des Psychanalystes de Langues romanes, Paris, juillet 1963.

(42) *Abrégé de psychanalyse*, P.U.F., 1949, page 54.

patient. Ce n'est que par un effet de contraste que la thèse de la spontanéité du transfert pourrait sembler exprimer la position de Freud, ce que démentent les textes les plus explicites» (46).

Toutefois, malgré les paroles rassurantes de Lagache, on peut relever que, dès qu'un auteur insiste sur le rôle actif de l'analyste dans la cure, il provoque aussitôt beaucoup de remous. Mais à l'heure actuelle le ton est donné, et nul ne songerait à mettre réellement en doute les propos de D. Lagache. En 1968, S. Videman s'exprimait ainsi: «Une description complète et satisfaisante de la situation analytique devrait tenir compte du cadre où elle s'inscrit et des affects que le patient y vit. Cependant, autant dans l'aménagement technique du champ de l'analyse que dans le mode d'expression des affects, le rôle de l'analyste est capital» (47), et plus loin: «Le patient n'est jamais seul en analyse et l'analyste n'est pas un écho, c'est que, et le langage en témoigne, la situation analytique est une relation: elle n'est jamais solitude. Elle est, en dépit des apparences, profondément un dialogue» (48).

Il n'en reste pas moins que la parution de l'ouvrage de ce dernier, *La Construction de l'espace analytique*, a provoqué bien des discussions dans les milieux psychanalytiques français (49).

On peut estimer que ce mouvement de remise en question prend racine dans le tournant de 1920 et les premières tentatives de Ferenczi d'activer la cure psychanalytique, tentatives qui seront à l'origine des psychothérapies analytiques brèves!

7. DIVERGENCES ET DISSIDENCES

Nous venons de relever combien le tournant de 1920 paraissait important pour expliquer l'avènement des thérapies brèves d'inspiration psychanalytique. Pourtant, certaines divergences d'opinions ayant abouti à des dissidences étaient apparues beaucoup plus tôt; peut-être vaut-il la peine de les rappeler dans leurs grandes lignes puisque certaines caractéristiques vont se retrouver, de manière plus marquée et mieux précisée, dans les oppositions d'idées de 1920 à 1924 environ. En effet, on sait que, dès le début du siècle, Freud fut rejoint par différentes personnes intéressées à ses découvertes, ce qui avait abouti à la

fondation de la société psychanalytique de Vienne en 1908. Cependant, les premiers mouvements d'enthousiasme passés, de nombreuses tensions apparurent dans le groupe, qui aboutirent à la première scission provoquée par le départ de Adler en 1911. On connaît bien les théories de ce dernier, mais on peut insister sur le fait qu'Adler tendait à mettre l'accent sur les conflits actuels et niait pratiquement l'existence de l'Inconscient. Tout le problème génétique passait chez lui au second plan, la technique thérapeutique proposée était fortement centrée sur le conscient, plus active aussi que celle proposée par Freud. On peut penser qu'il est juste d'interpréter la dissension adlérienne comme une résistance au mouvement freudien, mais l'intérêt pour les conflits actuels et la tendance à l'activité se retrouvent parmi les défenseurs de formes brèves de traitement. Un an plus tard, en 1912, W. Stekel, qui comptait parmi les premiers compagnons de Freud, quittait, lui aussi, la Société psychanalytique viennoise, apparemment en raison de conflits personnels.

Cependant, la technique de cure intensive et rapide qu'il développa s'apparentait à celle d'Adler par l'évitement de la régression: il voulait, disait-il, éviter une infantilisation des patients, affirmant même que seuls les traitements de brève durée avaient quelque chance de succès (50). Deux ans plus tard, c'est la dissidence de Jung, trop connue pour que nous y revenions, si ce n'est pour relever, en ce qui concerne les aspects techniques, la plus grande activité du thérapeute, l'intérêt porté à la situation actuelle du patient, le passage au face à face, la réduction de la fréquence des séances, l'évitement de la régression.

Si, à la suite de Jones, on peut considérer les différentes scissions de la première société psychanalytique comme des mouvements de résistance ou comme le reflet de conflits de rivalité avec Freud, on ne saurait toutefois rejeter en bloc l'ensemble des conceptions de ces auteurs. Ne seraient-elles pas le reflet d'une tension dynamique inhérente au processus psychanalytique lui-même? Les remises en cause du cadre devraient permettre la mise en évidence de l'importance de ce dernier et de sa fonction dans le déroulement du processus psychanalytique. Par exemple, les positions de Jung n'ont pas été sans influencer le mouvement psychanalytique zurichois en ouvrant la voie aux techniques psychothérapeutiques inspirées de la psychanalyse. En effet, quelques années après la scission, une nouvelle société freudienne fut créée dont certains membres manifestèrent une plus grande souplesse dans l'application des principes freudiens. Ainsi Alfred Maeder, qui avait rencontré Freud en 1906 déjà, avait gardé une position indépendante au moment de la dissidence. Pourtant, après de nombreuses années de pratique psychana-

(46) D. Lagache, *La doctrine Freudienne et la théorie du Transfert*, *Journal International de Psychothérapie*, 1954.

(47) S. Videman, *Narcissisme et relation d'objet*, *Revue franç. psychan.*, P.U.F., 1968, Tome XXXII, n.º I, p. 106.

(48) Page 112.

(49) *Constructions et Reconstructions*, *Revue Franç. psych.*, déjà cité.

(50) W. Stekel: *Technique de la psychothérapie analytique*, trad. franç., Payot, Paris, 1975.

lytique classique, il orienta ses efforts vers le développement de formes abrégées de traitement. Selon lui, Freud, de par son caractère, était plus intéressé par la recherche scientifique que par la thérapeutique en elle-même. Se référant aux travaux de Ferenczi, A. Maeder proposa une méthode psychothérapique définie comme «appellative» en ceci qu'elle se fondait sur l'«appel» (demande d'aide) du patient. Cette méthode, qui exigeait du thérapeute une attitude plus active, accordait beaucoup d'importance au contenu manifeste de la demande du patient dans ses rapports⁽⁵¹⁾.

Il semble donc erroné de ne considérer que comme résistances à la psychanalyse les différents mouvements que nous venons d'évoquer. À notre avis ils mettent aussi en lumière certains facteurs dynamiques intervenant dans la cure: que ces remises en cause du cadre (temporalité — face à face) soient explicites ou implicites, elles mettent toujours en évidence l'importance de ce dernier, le rôle actif de l'analyse et posent le problème du changement psychique. Ces questions, fondamentales en psychothérapie brève, sont actuellement discutées dans les milieux psychanalytiques les plus orthodoxes. Le caractère «dissident» des mouvements précités est pourtant indéniable, dans la mesure où les auteurs élaborèrent des théories dont certains éléments édulcoraient fortement les principes fondamentaux de la psychanalyse freudienne.

a) S. Ferenczi

Tout autre fut la position de Ferenczi, dont les recherches étaient d'ordre essentiellement technique, du moins à l'origine, et qui ne refusait aucune des conceptions freudiennes. En effet, Ferenczi s'était intéressé très tôt à l'aspect technique et thérapeutique de la psychanalyse et avait lui-même accordé beaucoup d'importance au problème de la réaction thérapeutique négative. Au cours des années 1918-1919, inspiré, dit-il, par un conseil de Freud⁽⁵²⁾, il introduisit et développa une méthode technique destinée à accélérer le traitement psychanalytique: la méthode dite active. Cette technique visait, au moment où le traitement stagnait, à donner une impulsion nouvelle au processus analytique par diverses injonctions ou interdictions au patient: on poussait ce dernier à affronter activement ses peurs, à renoncer à certaines satisfactions névrotiques telles que la masturbation, par exemple, on le stimulait à affronter ses angoisses, etc. De plus, parfois, on fixait précocement un terme au traitement. Le but de ces mesures

était évidemment d'éviter certains bénéfices secondaires et de dévier sur le travail analytique la libido fixée à des fantasmes inconscients. Ceci était rendu possible, selon Ferenczi, par l'accroissement de la tension provoquée par les injonctions données au patient, tension suivie de l'apparition dans la conscience d'une pulsion jusque-là cachée. Ainsi, le but avoué de Ferenczi était une mobilisation de la libido (pulsion de vie) par une injonction active du thérapeute, injonction provenant donc du monde externe, mais visant la mise en évidence d'un conflit interne.

On rejoint ici un problème fondamental de la psychanalyse: selon l'optique freudienne de l'«Au-delà...», le conflit, qui est essentiellement intrapsychique et oppose forces de déliaison (pulsions) proches du biologique et forces de liaison (plus particulièrement attribués au fonctionnement du Moi), doit être mis en évidence par l'interprétation. Le travail analytique vise à favoriser les forces de liaison — à donner un sens aux mouvements pulsionnels — à lier images et affects ou besoins. La question de l'action de l'analyste n'est pas véritablement discutée. Pour Ferenczi, par contre, l'action de l'analyste joue un rôle important. La pulsion de mort à l'œuvre dans les réactions thérapeutiques négatives pouvait être, selon lui, activement mobilisée par l'analyste qui devait parfois s'adresser en quelque sorte plus au Ça du patient qu'au Moi. Ferenczi proposait donc une modification des règles du jeu analytique avec une mise en question du cadre. Son but était de stimuler activement les forces de liaison.

En effet, dans l'ouvrage qu'il publia en commun avec Rank, en 1924, Perspectives de la psychanalyse, il s'exprimait ainsi: «L'importance scientifique d'un maniement correct de la technique a été négligée jusqu'à présent et il est temps de l'estimer à sa juste valeur. Les résultats théoriques ne doivent pas être répercutés sur la technique de façon aussi mécanique qu'on l'a fait jusqu'ici; et plus encore il faut une correction constante de la théorie par les nouvelles connaissances apportées par la pratique»⁽⁵³⁾. Ainsi l'activité technique s'articule avec l'élaboration théorique. Il s'agit donc bel et bien du contre-pied de la tendance visant à ne justifier que par l'élaboration théorique métapsychologique les écueils auxquels le thérapeute se heurte, sans modifier les coordonnées de la cure. Notons qu'en 1920 («Prolongement de la technique active en psychanalyse») Ferenczi s'exprima très prudemment: «Depuis l'introduction par Freud de la «règle fondamentale» (l'association libre), les fondements de la technique psychanalytique n'ont subi aucune modification essentielle. Je soulignerai d'emblée que tel n'est pas non plus le but de mes propositions; au contraire leur objectif était et reste de mettre les patients en état de mieux

(51) A. Maeder: *De la psychanalyse à la psychothérapie appellative*, trad. franç., Payot, Paris, 1970.

(52) Cf. «L'influence exercée sur le patient en analyse», 1919, in: S. Ferenczi, *Œuvres complètes*, T. III, Payot, Paris, 1972, pp. 24-26.

(53) Voir in: Ferenczi, *Œuvres complètes*, T. III, Payot, Paris, 1974, p. 225. Souligné par les auteurs.

suivre la règle de la libre association à l'aide de certains artifices et d'arriver ainsi à provoquer ou à accélérer l'investigation du matériel psychique inconscient. Par ailleurs, ces artifices ne sont nécessaires qu'en cas exceptionnels. Pour la plupart des malades, la cure peut se dérouler sans «activité» particulière de la part du médecin ou du patient... etc.» (54). Ces quelques lignes mettent en évidence le fait que Ferenczi ne s'opposait pas aux principes de base de la psychanalyse en proposant sa méthode, mais qu'il cherchait simplement à dynamiser le processus: «Le but de la thérapie psychanalytique est et demeure la liaison psychique du refoulé dans le préconscient au moyen de la remémoration et de reconstructions qui finissent par s'imposer» (55). Il n'en reste pas moins que la voie proposée diverge de celle de Freud. Il avait pourtant été soutenu momentanément par ce dernier au début (voir, par exemple, l'article de 1919: «Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique» (56), qui se montra par la suite plus réticent et finira par abandonner, après quelques essais, la technique active.

A propos de «l'activité», il ne semble pas inutile de relever ici les confusions que le terme peut provoquer: en effet, dans l'optique de Ferenczi, il s'agit de l'activité du patient: on incite ce dernier à affronter activement ses peurs ou à renoncer activement à certaines satisfactions névrotiques. Il ne s'agit donc pas de l'activité du thérapeute, comme d'aucuns ont voulu le croire, toutefois il faut bien reconnaître que donner de telles injonctions à un patient pourrait être interprété comme une forme d'activité suggestive. Mais, il convient de le répéter, Ferenczi établit une nette distinction entre la suggestion et l'injonction momentanée destinée à provoquer la prise de conscience.

Pour en revenir au texte de 1924, Ferenczi et Rank accordent une place centrale aux problèmes de la compulsion de répétition: «Sous l'angle de la compulsion de répétition, il est pourtant absolument inévitable que dans la cure le patient répète des fragments entiers de son évolution et, comme l'expérience l'a montré, précisément des fragments inaccessibles sous forme de remémoration; de sorte que le patient ne peut faire autrement que de les reproduire et l'analyste de les considérer comme le matériel inconscient véritable. Il s'agit seulement de comprendre cette forme de communication, le langage des gestes pour ainsi dire (Ferenczi), et de l'expliquer au patient. Finalement, dans la technique analytique le rôle principal paraît donc revenir à la répétition et non à la

remémoration. Il ne s'agit nullement de se borner à laisser des affects se perdre en fumée dans des "vécus"; en effet, cette répétition consiste, nous l'exposerons plus loin en détail, à permettre ces affects puis à les liquider progressivement, ou encore à transformer des éléments répétés en souvenir actuel» (57).

Le but de la technique active est finalement résumé ainsi: «on favorise ainsi la tendance à répéter des expériences traumatiques précoces, en général légèrement inhibées, avec bien entendu pour visée ultime de vaincre définitivement cette tendance à la répétition en dévoilant son contenu» (57).

La notion d'expérience traumatique reprend beaucoup d'importance dans cette optique! Il s'agit d'étudier la relation dialectique entre un traumatisme précoce et le comportement actuel du patient, en particulier son caractère; entre les relations affectives précoces et les relations actuelles, et plus particulièrement, la relation thérapeutique.

Parallèlement, Rank poussera à l'extrême l'idée du traumatisme, en attribuant bientôt toute la pathologie névrotique humaine à un traumatisme unique: «traumatisme de la naissance». Dès lors, fort de l'idée de la compulsion de répétition, il limitera la durée de l'analyse aux neuf mois d'une gestation normale!...

Les positions de Ferenczi et Rank provoquèrent passablement de remous dans le mouvement psychanalytique, remous décrits par Jones, par exemple (58). Après diverses péripéties Rank finira par rompre avec Freud.

Ferenczi, quant à lui, renoncera progressivement et à regret à la technique active, ceci après quelques échecs. Il s'en expliquera dans un article de 1926: «Contre-indication de la technique active» (59). Ferenczi lui-même ne rompra pas franchement avec Freud, mais la fin de sa vie sera assombrie par un conflit l'opposant à ce dernier. En effet, toujours très préoccupé par le problème de la relation thérapeutique, il va s'intéresser de plus en plus profondément aux problèmes de la régression thérapeutique et du contre-transfert, indisposant en cela nombre de psychanalystes dits orthodoxes.

Rank, quant à lui, va porter une bonne part de son intérêt aux problèmes de la créativité tant dans le domaine de la névrose que dans le domaine artistique. L'un aura accordé toute son attention à la dynamique de la relation (Ferenczi), l'autre au monde des rêves, des fantasmes et des images (Rank).

L'œuvre de Ferenczi et de Rank est intéressante à

(54) Souligné par nous, in: *Psychanalyse 3*, déjà cité, page 117.

(55) S. Ferenczi (1925): *Psychanalyse des habitudes sexuelles*, in: *Psychanalyse 3*, p. 324.

(56) Freud, in: *La Technique psychanalytique*, déjà cité.

(57) Perspectives de la psychanalyse, in: Ferenczi, *Psychanalyse 3*, Payot, Paris, pp. 222, 234.

(58) *La vie et l'œuvre de Freud*, Tome 3, trad. française, P.U.F., Paris, 1969.

(59) Ferenczi, in: *Psychanalyse 3*, déjà cité.

nombre de points de vue; elle se situe à un tournant du mouvement psychanalytique, dessine des voies en apparence divergentes, qualifiées de dissidences, mais pourtant laisse des traces dans la pratique psychanalytique la plus moderne et la plus orthodoxe. Ceci en ce qui concerne Ferenczi tout particulièrement. Ainsi l'étude du contre-transfert a pris une place considérable dans la psychanalyse moderne, tout comme la profondeur de la régression, l'importance de la problématique narcissique, etc.

En ce qui concerne l'optique de la psychothérapie brève, on retrouve chez Rank et Ferenczi les deux principales caractéristiques des auteurs dans ce domaine: les uns, portant leur intérêt principalement sur la relation thérapeutique, accordent beaucoup d'importance aux aspects techniques et surtout aux coordonnées du traitement, prônant parfois un éclectisme tactique quelque peu confus; les autres accordent plus d'attention à une hypothèse psychodynamique simple comme unique explication des troubles névrotiques: soit en s'attachant à une hypothèse psychodynamique explicative de l'ensemble des troubles névrotiques, soit en limitant à certains types de problématique névrotique (en particulier la problématique œdipienne) leur action thérapeutique.

Rank et Ferenczi peuvent être considérés comme les instigateurs des psychothérapies analytiques brèves, le deuxième plus particulièrement; se situant à un tournant du mouvement psychanalytique, ils s'intéressent à la problématique actuelle des patients, sans renier l'histoire de ces derniers, en mettant l'accent sur la compulsion de répétition. On a parfois souligné l'intersubjectivité et l'étude de la relation thérapeutique. On a parfois décrit leur action comme des dissidences, en ce sens que l'un et l'autre auraient nié la théorie des pulsions et l'optique historique à laquelle Freud était attaché. De fait, Ferenczi tente, à sa manière, de lier le passé au présent, de voir comment un sujet se comporte dans l'actuel en fonction de son passé, et, en dernière analyse, de comprendre les investissements objectaux des sujets en traitement, en fonction de leur passé. Il y a là une tentative d'intégration de la dimension relationnelle et de la dimension intra-psychique. Et l'on sait que tout le problème des relations objectales a pris de plus en plus de place aussi en psychanalyse. Il convient de préciser que Ferenczi eut de brillants élèves, parmi lesquels Balint, un des pionniers de la psychothérapie brève moderne. Balint qui, lui-même, a aussi poursuivi d'importantes recherches dans le domaine de la relation médecin-malade et dans le domaine du narcissisme.

b) Alexander

Il n'était pas dans notre intention, ainsi que nous l'avons dit en début de ce chapitre, de citer tous les

mouvements et tous les auteurs intéressés à la psychothérapie analytique brève. Cependant, le cas de F. Alexander, fondateur de l'Institut de Psychanalyse de Chicago en 1931, est assez particulier, en ceci qu'il est cité par la plupart des auteurs modernes, soit qu'eux-mêmes, à la suite de leurs propres expériences poursuivies indépendamment, aient retrouvé les principes de base d'Alexander dans leurs études, soit qu'ils se soient inspirés directement des travaux d'Alexander dans leur travail. Alexander, on le sait par Jones, fut très tôt élève de l'Institut de Psychanalyse de Berlin, très apprécié par Freud qui le considéra comme l'un des analystes les plus brillants de sa génération. De formation psychanalytique très orthodoxe, Alexander, avec l'aide de Thomas French en particulier, développa une théorie dite de l'«expérience émotionnelle corrective», selon laquelle ce n'est pas la simple remémoration d'un événement qui guérit un patient de sa névrose, mais plutôt la reviviscence d'une expérience corrective, qui détruit l'effet de l'expérience ancienne: «Cette nouvelle expérience corrective peut être fournie soit par la relation de transfert, soit par de nouvelles expériences de la vie, ou par les deux»⁽⁶⁰⁾. Alexander, situant ses travaux historiquement comme une continuation et une réalisation des idées proposées par Ferenczi et Rank, cherchera, par de nombreux moyens, à assouplir les coordonnées rigides de la psychanalyse en créant une nouvelle forme de psychothérapie analytique: la psychothérapie brève. En ce qui concerne les différents moyens utilisés, il s'exprime ainsi: «A l'Institut de Chicago, il a été insisté sur la valeur de l'établissement d'un plan de traitement, fondé sur une appréciation diagnostique-dynamique de la personnalité du patient, et des problèmes réels qu'il doit résoudre dans des conditions de vie données. En établissant un tel plan de thérapie, l'analyste doit décider dans chaque cas si un type de traitement primordiallement de soutien, ou de mise à découvert, est indiqué, ou si la tâche thérapeutique est surtout une question de modification des conditions extérieures de vie du malade».

Il évoque encore les moyens suivants utilisables dans la cure: «En sus de la décision initiale au sujet en particulier de stratégie à employer dans le traitement de chacun des cas, nous recommandons l'utilisation consciente, et d'une manière flexible, de diverses techniques changeant les tactiques pour les adapter aux besoins particuliers du moment. Parmi ces modifications de la technique standard figurent: l'utilisation non seulement de la méthode de libre association, mais des entretiens d'un caractère plus direct, le maniement de la fréquence des entretiens, les directives données au malade au sujet de sa vie quotidienne, l'emploi

(60) F. Alexander: *Psychothérapie analytique*, trad. française, P.U.F., Paris, 1959, page 27.

des interruptions de longue ou courte durée en préparation de la fin du traitement, la régulation de la relation de transfert afin de rencontrer les besoins spécifiques du cas, et l'utilisation des expériences de la vie réelle comme partie intégrante de la thérapie» (61).

French et Alexander insistent sur le fait qu'il n'existe pas de démarcation nette entre leur technique et celle de la psychanalyse orthodoxe. Selon eux, les différentes attitudes de l'analyse peuvent varier considérablement selon la problématique des patients: les modifications proposées se situent sur une ligne continue allant de la neutralité classique à l'activité la plus éclectique. Pourtant, s'ils se réfèrent à Ferenczi, ils dénaturent la notion d'«activité». Chez eux en effet il s'agit d'actes concertés du thérapeute, destinés à provoquer une nouvelle expérience émotionnelle destinée à «corriger» les traumatismes passés par leur reviviscence dans un climat nouveau; chez Ferenczi il s'agit d'injonctions données aux patients, destinées à augmenter la tension intrapsychique et faciliter les prises de conscience. Les premiers évoluent vers une optique réparatrice, le second cherche simplement à lutter contre des résistances apparemment insurmontables, en particulier les réactions thérapeutiques négatives.

c) Après Alexander

Sous l'influence d'Alexander, un premier congrès consacré à la psychothérapie brève, patronné par l'Institut de Psychanalyse de Chicago, eut lieu dans cette dernière ville en 1941. Déjà là, bien que l'influence d'Alexander lui-même fût très marquée, on note une grande divergence de points de vue, variant entre l'idée que la psychothérapie brève est utile pour la restauration des anciennes défenses d'une personnalité dans un moment de crise, et l'idée qu'une brève psychothérapie peut provoquer des changements en profondeur. Le cadre de référence demeure alors encore résolument psychanalytique. Pourtant, si Alexander se prévalait des idées de Ferenczi, n'oublions pas qu'il en infléchissait considérablement le sens et qu'il proposait ouvertement, selon les circonstances, de s'opposer activement aux tendances régressives des patients, au contraire de l'auteur précité. Considérons par exemple ce passage de Ferenczi: «Si on ne réussit pas à amener le patient à ce que Freud a appelé la «température d'ébullition de l'amour de transfert» où fondent même les traits de caractères les plus coriaces, on peut faire une dernière tentative et recourir à la méthode opposée en assignant au patient des tâches qui lui sont désagréables, donc par la méthode active exacerber et par là pleinement développer et ainsi conduire à l'absurde des traits de caractère qui n'existent souvent

qu'à l'état d'ébauche» (62). Comparons-le au texte suivant d'Alexander: «Dans la formulation des dynamiques de traitement, la tendance habituelle est d'insister sur la répétition de l'ancien conflit dans la relation de transfert, et de souligner la similitude de la situation du vieux conflit et de la situation de transfert, de sorte que la signification thérapeutique des différences entre la situation originale de conflit et la situation actuelle thérapeutique en est souvent négligée. Or c'est justement dans ces différences que repose le secret de la valeur thérapeutique du procédé analytique. C'est par son attitude différente de celle de la personne autoritaire du passé, que l'analyste donne au malade l'occasion d'affronter maintes et maintes fois ces situations émotionnelles qui furent précédemment insupportables, et de se conduire à leur égard d'une manière différente de l'ancienne» (63). Il est évident que l'attitude de Ferenczi vise à confronter le patient à lui-même, celle d'Alexander à un thérapeute meilleur ou tout au moins différent des parents. Ferenczi propose ce que nous appellerions une «prescription du symptôme», Alexander une «correction» de ce dernier. Et la flexibilité technique prônée par le second ouvrait la porte à bien des malentendus, bien que le but poursuivi paraisse une modification durable de la personnalité, obtenue par des artifices techniques fondés sur une appréciation très rigoureuse de la genèse des symptômes et de l'équilibre pulsionnel. Cependant, la théorie de l'expérience émotionnelle correctrice semble assez sommaire face à la complexité des phénomènes observés par Freud, en tous les cas plus sommaire que les positions de Ferenczi. Notons que cette idée de la valeur thérapeutique et correctrice de la confrontation fantasme-réalité est constamment présente en psychanalyse et sous-tend, par exemple, toute l'élaboration de J. Strachey dans un article publié en 1934 (64).

La pression des événements réels extérieurs a d'ailleurs influencé l'évolution des idées dans le domaine des différentes formes de psychothérapies brèves. En effet le Congrès de Chicago et les premières publications sur les psychothérapies brèves surviennent durant la deuxième guerre mondiale qui, comme la première, réveille l'intérêt des psychiatres pour toutes les situations de crise et les névroses dites actuelles. Aussi l'accent des auteurs va rapidement se déplacer de la problématique pulsionnelle profonde et du conflit interne à celle des conflits actuels et interpersonnels (névroses de guerre, crises conjugales,

(62) S. Ferenczi (1921): Prolongement de la «Technique active», in: *Psychanalyse* 3, Payot, Paris.

(63) F. Alexander (1944): *Psychothérapie analytique*, déjà cité, p. 68.

(64) J. Strachey (1934): La nature de l'action thérapeutique de la psychanalyse, trad. franç., *Revue franç. de Psychanalyse*, T. XXXIV, n.° 2, P.U.F., Paris, 1970.

(61) *Ibidem*, pages 11 et 12.

professionnelles, etc.). Ainsi le poids de la réalité externe semble l'emporter sur celui de la réalité interne dans nombre de publications et, en ce sens, si l'on s'en tient à la définition de Grunberger ⁽⁶⁵⁾, cette tendance peut être qualifiée de «dissidente». Un survol des articles consacrés aux formes brèves de psychothérapie depuis 1940 à ce jour, permet de constater une évolution très intéressante: peu nombreuses de 1940 à 1950, ces publications font pratiquement toutes référence à la psychanalyse (Alexander, Berliner, H. Deutsch, etc.). De 1950 à 1960, leur nombre augmente mais plus de la moitié déjà font référence à des situations de crise et aux différents besoins de la population. Dès 1960, les publications se multiplient dans les pays anglo-saxons dans des proportions très vastes, mais les trois quarts au moins mettent à l'avant-plan de leurs préoccupations des problèmes externes à la dynamique du processus psychanalytique, les besoins de la population; les références psychanalytiques sont rares, sinon absentes. De plus, nombre de techniques sont décrites qui n'ont plus rien à voir avec la psychanalyse (Behavior Therapy, Groupe d'animation, traitement de familles, etc.). Les arguments présentés peuvent être résumés ainsi:

a) le nombre de personnes reconnaissant la nécessité d'un traitement psychologique s'accroît considérablement, beaucoup plus vite que le nombre de psychanalystes ne saurait le faire. Les thérapeutes sont donc en nombre insuffisant et le seront toujours;

b) les difficultés économiques de bien des patients;

c) le manque de temps de certaines personnes;

d) les difficultés de verbalisation de certaines classes socio-économiques moins favorisées;

e) les situations de crise et les situations de catastrophe (selon Grinker par exemple les psychothérapies brèves seraient la seule forme de traitement répondant aux besoins de la guerre!...);

f) «l'attente» des consultants qui désirent des résultats rapides;

g) le rôle préventif nécessaire de certaines psychothérapies.

Ceci n'est évidemment qu'un résumé sommaire des différents points de vue présentés.

Notre cadre de référence étant résolument psychanalytique, nous ne nous arrêterons guère à toutes les variétés de thérapies préconisées. Il nous semble toutefois utile de montrer avec quelle facilité l'accent s'est déplacé du conflit interne au conflit externe, justifiant en cela des craintes de Freud face aux innovations de Ferenczi et la réticence de

nombre de psychanalystes orthodoxes. Ceux de ces derniers qui s'intéressent tout de même aux formes abrégées de psychothérapie insistent fréquemment sur leur aspect palliatif et nient la possibilité de modifications structurales plus profondes, mais ceci, sans l'avoir expérimentalement vérifié. Selon nous, du point de vue psychanalytique, les différentes positions nous intéressant s'articulent autour de l'équilibre dialectique opposant ou liant le passé au présent, le fantasme à la réalité. Sur le plan thérapeutique, la question centrale est celle du changement psychique et plus particulièrement celle des effets spécifiques de l'interprétation en psychanalyse comme en psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Car la multiplicité des démarches techniques, les nombreuses études publiées ont tout de même eu pour résultat positif de sensibiliser les thérapeutes à la problématique dudit changement psychique et de nuancer les positions respectives. Ainsi, il paraît certain, à l'heure actuelle, que des moyens très différents permettent d'aboutir à des résultats thérapeutiques très satisfaisants, durables, parfois identiques et ce souvent dans un laps de temps relativement bref par rapport à la psychanalyse. Ce qui nous pousse à nous interroger sur les effets spécifiques des divers instruments thérapeutiques utilisés, et de réétudier par exemple les notions de perlaboration, de catharsis, d'interprétation-reconstruction ou d'interprétation anhistorique, etc. On commence à reconnaître que les interventions psychothérapeutiques brèves n'ont pas qu'un effet palliatif ou «recouvrant», ainsi qu'on le pensait précédemment.

Si la psychanalyse freudienne représente probablement le corps théorique explicatif le plus complet, le plus rigoureux et le plus cohérent en psychiatrie, si sa démarche semble clairement définie, il n'en reste pas moins que de vastes zones demeurent obscures, même dans le champ qu'elle paraît avoir nettement délimité. L'ambiguïté fondamentale est qu'elle tend à décrire l'appareil psychique comme un ensemble quasi fermé, alors que la technique d'investigation implique une relation intersubjective sur laquelle les différents états sur le contre-transfert ne paraissent pas avoir jeté une clarté pleinement satisfaisante. Le fait que des changements psychiques durables peuvent survenir sans une longue perlaboration doit nous inciter à en connaître la nature et à les situer par rapport au cadre de référence psychanalytique. Pour ce faire, la question des résistances au changement est centrale à nos yeux: nous avons vu que Freud, parfois, après avoir tenté quelques modifications techniques pour les vaincre, s'est toujours orienté vers une explication métapsychologique fondée sur la dynamique intrapsychique pour en justifier l'existence, préférant modifier sa conception du fonctionnement mental plutôt que de changer les coordonnées de la cure, et ceci dans un souci de rigueur.

Les diverses mesures proposées par Ferenczi, Rank, puis Alexander, avaient pour but de surmonter efficace-

(65) «De la technique active à la confusion des langues», in: *Revue Française de Psychanalyse*, Tome XXXVII, n.° 4, pp. 522-524, P.U.F., Paris, 1974.

ment lesdites résistances, sans longue perlaboration, ce qui est aussi le but de la plupart des auteurs en psychothérapie brève.

Si l'on s'en tient aux travaux d'orientation psychanalytique, la multiplicité des démarches et la fréquence des références aux besoins de la population face au nombre restreint d'allusions aux processus, rend assez difficile l'analyse des mécanismes en jeu. Cependant, les thèmes suivants, qui opposent ou lient le problème des indications à celui des techniques, sont pratiquement toujours discutés:

| Sélection des patients | |
|------------------------|--------------------------|
| Troubles superficiels | — troubles profonds |
| Problèmes névrotiques | — névroses constituées |
| Traits névrotiques | — structures névrotiques |
| Crises | — évolution chronique |

| Sélection des méthodes | |
|------------------------|-----------------------|
| Attitude active | — attitude passive |
| Focalisation | — attention flottante |
| Limite de temps | — temps illimité |
| Planification | — association libres |

Prenons, par exemple, le modèle proposé par Bellak et Small (66):

1. Identifier le problème actuel et émettre des hypothèses que l'anamnèse confirmera, modifiera ou infirmera.

2. Prise d'anamnèse en recherchant les données susceptibles d'éclairer l'histoire personnelle du patient et de permettre une formulation diagnostique, si possible dans la première séance; le thérapeute doit utiliser sa compétence pour faciliter la communication.

3. Etablir des relations causales — en tenant compte de la probabilité de surdétermination.

4. Choix des interventions, après avoir déterminé la cause des symptômes, dans le but de les faire disparaître. Les interventions peuvent être verbales seulement ou renforcées par d'autres mesures actives.

5. Perlaboration du problème — renforcement du nouveau comportement appris et extinction des modes névrotiques d'adaptation.

6. Fin du traitement en prenant soin d'entretenir chez le patient un transfert positif et de lui faire savoir qu'il sera le bienvenu s'il revient.

(66) *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*, Grune et Stratton, New York, 1968.

On voit donc ici l'éclectisme des mesures proposées, certains termes sont d'ailleurs empruntés au behaviorisme. Les idées clés peuvent se résumer ainsi:

Choix d'un problème bien délimité — Interventions actives visant à le résoudre. La nature du processus n'est plus clairement définie par rapport à la psychanalyse, en dépit de nombreuses considérations sur la nature des interprétations.

Un deuxième modèle est celui proposé par K. Lewin (67). Sa technique est fondée sur les concepts psychanalytiques, hors certaines divergences concernant le développement sexuel de la femme.

1. Avant le début du traitement, établissement d'un contrat avec le patient sur les buts du travail à accomplir.

2. Dès le début, le médecin confronte très activement le patient à son comportement auto-punitif, avec l'espoir qu'il réalisera qu'il est lui-même à l'origine de ses difficultés.

3. Interprétation précoce du transfert, en particulier ses aspects négatifs.

4. Focalisation de l'attention du patient, lors de chaque séance, pour maintenir la continuité.

5. On incite le patient à poursuivre son travail chez lui, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

6. Le thérapeute, par ses commentaires et son comportement, propose au patient un modèle de conscience plus normale et moins punitive.

Dans ce modèle on retrouve les idées d'activité et de planification avec en plus une conception très particulière de l'origine des troubles névrotiques. Toute l'attitude de Lewin est fondée sur le problème de la culpabilité et du masochisme.

Ici se dessine une théorie simple visant à expliquer l'ensemble des troubles névrotiques.

Nous avons choisi ces deux exemples parmi beaucoup d'autres, en raison de leur caractère manifestement éclectique, l'un surtout par l'éclectisme des mesures proposées, l'autre par les conceptions théoriques de base: tous deux se réclament de la psychanalyse, mais ne gardent que de très lointains rapports à la cure-type. Cependant elles illustrent assez clairement les deux pôles entre lesquels les auteurs oscillent constamment:

1. choix d'un problème central,

2. choix d'une hypothèse centrale simplificatrice «expliquant» soit l'ensemble des troubles psychiques, une «névrose de base» (Bergler)(68) en quelque sorte, soit les troubles principaux.

(67) K. Lewin: *Brief encounters*, Warren H. Green, St-Louis, Missouri, U.S.A., 1970.

(68) E. Bergler: *La névrose de base*, trad. franç., Payot, Paris.

En fonction de ce cadre conceptuel de départ, ils proposent de planifier la cure et de la conduire activement vers le but préalablement fixé. Les recherches bibliographiques montrent nombre de références concernant les différents méthodes proposées (psychothérapies individuelles, groupales, familiales, comportementales, hospitalisations de courte durée, etc., etc.), méthodes qui, en dépit d'un éclectisme parfois douteux, obéissent d'ordinaire à ces deux règles fondamentales:

1. détermination d'une cause hypothétique simple de la pathologie;

2. organisation «finaliste» du travail du thérapeute.

L'hypothèse psychodynamique de départ définit comme ancien le fonctionnement actuel, la planification fait référence à un nouveau modèle. L'accent est donc mis sur le changement. Que l'on parle de traitement «recouvrant» (ou palliatif), où le but fixé est la restauration de l'équilibre précédant la crise, ou que l'on parle de traitement «en profondeur», où l'on vise à une restructuration de la personnalité, ne change pas grand-chose: les interventions du thérapeute ne prétendent plus seulement reconnaître, dans un comportement pathologique, ses sources anciennes ou son sens caché, mais elles sont en plus orientées en fonction d'un but. Au déterminisme simple de la première manière succède la finalité. La thérapie se définit alors comme une inter-action ordonnée par des règles agréées par les deux membres, en fonction d'un but.

On peut être déconcerté par l'élasticité des méthodes proposées, leurs rapports parfois très lointains avec la psychanalyse, dont pourtant elles se réclament, mais il semble important de se rendre à l'évidence: sur le plan thérapeutique, elles se révèlent efficaces, leurs résultats analogues, en dépit de la divergence des techniques: des chemins très différents aboutissent au même endroit! Un important article de L. Luborsky, examinant soigneusement la plupart des études comparatives sérieuses de diverses formes de psychothérapies, ne montre aucune différence significative dans les résultats⁽⁶⁹⁾. Ce qui revient à dire que certaines variantes de la relation thérapeutique peuvent aboutir à des résultats identiques, souvent dans les laps de temps différents.

d) Conclusions

Ainsi, si l'on revient à l'évolution de Freud, on se souvient que, dans sa première manière, il avait été confronté à certains résultats spectaculaires, mais aussi à de nombreuses ruptures de traitement. Dès qu'il mit l'accent

sur le fonctionnement intra-psychique en rejetant à l'arrière-plan la théorie du traumatisme psychique, il se heurta à un nouveau problème: celui de l'allongement des cures et de la réaction thérapeutique négative; ce qui, avec le souci de rigueur qui le caractérise, le poussera à proposer un nouveau modèle de fonctionnement de l'appareil psychique, le modèle structural, probablement aussi en réaction aux innovations techniques que commencent à proposer ses élèves Rank et Ferenczi. Cette nouvelle topique pourtant, tout en modifiant quelque peu la pratique psychanalytique, ne raccourcit certainement pas les cures et Freud reviendra d'ailleurs en 1937 sur ce problème dans son article «Analyse terminée — analyse interminable».

En regard de cette évolution, voici que des techniques très diverses, manifestement dissidentes à nombre de points de vue, aboutissent à des résultats appréciables dans des temps particulièrement brefs. A la rigueur de Freud s'oppose l'élasticité des psychothérapeutes. Est-ce à dire que la psychanalyse doit être remise en question en tant que thérapeutique ou que sa démarche est erronée? Nous ne le pensons certainement pas. Par contre on peut soupçonner, dans toute relation à caractère thérapeutique, la présence de certaines composantes communes, encore mal définies, susceptibles de conduire à un changement, et ce, dans une proportion non négligeable. Cependant, selon nous, l'optique causale habituelle, qui viserait à rechercher un trait commun à toutes les techniques (tel que: relation d'aide, enthousiasme du thérapeute, etc.), puis de lui attribuer les résultats constatés, serait erronée: d'ailleurs certaines tentatives de corrélation entre de tels facteurs et modifications psychiques ont abouti à des échecs: voir par exemple les études de D. Malan⁽⁷⁰⁾. Nous y reviendrons. Pour l'instant, contentons-nous de remarquer que des thérapies suivant des méthodes souvent divergentes, mais où la caractéristique commune est de reconnaître délibérément un rôle actif au thérapeute, aboutissent à des résultats très proches.

A ce stade, relevons à nouveau que la psychanalyse moderne met de plus en plus en évidence l'influence de l'analyste sur le déroulement de la cure et qu'en ce sens Ferenczi fut un précurseur; que l'importance du cadre analytique est constamment remise en valeur: «Il me semble que les analystes prennent de plus en plus conscience du rôle qu'ils jouent, aussi bien dans leur appréhension du patient lors des contacts de leurs premières rencontres que lors de l'installation de la situation analytique et du déroulement de l'analyse. Le matériel du patient ne leur est pas extérieur, fût-ce au travers de l'expérience du transfert, ils en font partie intégrante», dit

(69) L. Luborsky et Coll.: Comparative studies of psychotherapy, août 1977, *Arch. Gen. Psychiatry*, 32: 995-1008.

(70) D. Malan: Toward the Validation of dynamic psychotherapy, Plenum Pub. Corp., New York, 1976.

André Green en 1974 (71). Cependant, si nous sommes pleinement d'accord avec l'auteur précité qui ajoute que «le contre-transfert ne se limite pas aux effets affectifs négatifs ou positifs produits par le transfert, mais inclut tout le fonctionnement mental de l'analyste tel qu'il est influencé non seulement par le matériel du patient, mais aussi par ses lectures ou ses discussions avec ses collègues» nous considérons que la faille principale des remises en question de la psychanalyse est qu'elles se font de «l'intérieur», dans un langage encore psychanalytique, alors que les sciences modernes ont clairement montré qu'il est pratiquement impossible de changer un système donné — ici la psychanalyse — sans sortir du système et l'observer de «l'extérieur». En ce sens les commentaires de Watzlawick et collaborateurs sur les différents types logiques peuvent être utilement étudiés (72). A notre avis, une des ambiguïtés de la psychanalyse provient du fait qu'elle donne une description de l'homme hors de son cadre, même si la théorie des pulsions implique la présence ou l'absence d'un objet, alors que la technique psychanalytique est fondée sur une relation intersubjective. Or la psychanalyse ne dispose pas encore d'un cadre conceptuel intégrant clairement la relation, en dépit des efforts de Ferenczi, Balint, Bouvet et autres, à l'exception peut-être du modèle fourni par Winnicott. C'est pourquoi nous conjecturons que, pour comprendre l'interaction dynamique analyste-analysant, il est nécessaire de «sortir» momentanément du cadre conceptuel psychanalytique, et, en quelque sorte, d'analyser la relation psychanalytique, ou mieux, en langage de théorie de la communication, de «méta-communicer sur elle». La psychanalyse s'est révélée un incomparable instrument de connaissance de l'homme, mais constamment remise en question sur le plan thérapeutique.

En considérant les diverses formes de psychothérapie individuelle comme des méthodes fondées sur une interaction dynamique de deux personnes, nous devrions pouvoir

nous référer à la théorie générale des systèmes de von Bertalanffy pour obtenir quelque lumière sur le processus psychothérapeutique: selon cette optique, il s'agirait d'étudier la relation médecin-malade comme un tout en interaction dynamique où chacun des partenaires influence l'autre, ce qui est d'ailleurs partiellement implicite dans le passage de Green que nous avons cité. Un des principes fondamentaux de la théorie générale des systèmes est celui d'équifinalité, qui permet d'expliquer scientifiquement le fait que des moyens très différents peuvent aboutir aux mêmes résultats (73). En demeurant entièrement à l'intérieur des frontières de la cure-type, nous ne saurions découvrir comment l'homme se comporte lorsqu'il se trouve en situation relationnelle. A l'extrême, enfermer la description du fonctionnement de l'appareil psychique dans un carcan purement intra-psychique risque d'aboutir au désordre des idées, selon le second principe de la thermo-dynamique, qui veut que la tendance générale, dans un système fermé, soit d'aller vers des états de désordre maximum.

C'est en ce sens qu'à notre avis certaines formes de psychothérapies analytiques brèves, dont nous croyons avoir montré les racines psychanalytiques, par les modifications qu'elles apportent au champ de la cure, peuvent apporter un éclairage utile sur la psychanalyse elle-même, plus particulièrement sur la problématique du fonctionnement mental. Mais ceci n'est possible que si l'on change de niveau d'observation, si l'on accepte de regarder aussi bien la psychanalyse que la psychothérapie d'inspiration analytique de l'extérieur pour en comprendre la dynamique. Il s'agit donc d'examiner comment l'appareil psychique, placé dans des conditions différentes, va fonctionner, et mettre en évidence divergences et similitudes. C'est là probablement l'une des plus grandes utilités des brèves formes de psychothérapies.

(71) André Green: L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n.° 10, 1974.

(72) P. Watzlawick/J. Weakland/R. Fisch: *Changements, paradoxes et psychothérapie*, trad. franç., édit. du Seuil, Paris, 1975.

(73) L. von Bertalanffy: *Théorie générale des systèmes*, Dunod, Paris, 1973.