Document généré le 23 avr. 2024 03:19

Filigrane
Écoutes psychanalytiques

Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique : continuum ou rupture ?

Louis Brunet

Volume 28, numéro 1, 2019

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1064600ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1064600ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (imprimé)
1911-4656 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Brunet, L. (2019). Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique : continuum ou rupture ? *Filigrane*, *28*(1), 105–122. https://doi.org/10.7202/1064600ar

Résumé de l'article

Le texte propose de voir la psychanalyse cure-type et la psychothérapie psychanalytique sur un continuum, en fonction de la notion du « travail de transfert ». Ces dispositifs proposent des conditions pour que se produise une « exigence de travail » du transfert chez l'analysant et chez l'analyste, pour utiliser l'interprétation « du » transfert et l'interprétation « dans » le transfert. Ces trois formes de travail de transfert sont examinées. Le texte propose que la difficulté du travail de transfert exige du thérapeute non seulement une solide formation, mais aussi l'expérience personnelle du transfert au sein d'une cure-type personnelle. Finalement, le texte propose une rupture radicale entre les thérapies psychanalytiques et les thérapies psychodynamiques (*psychoanalytically informed therapies*).

Tous droits réservés © Revue Filigrane, 2019

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique : continuum ou rupture[1] ?

Louis Brunet

Résumé : Le texte propose de voir la psychanalyse cure-type et la psychothérapie psychanalytique sur un continuum, en fonction de la notion du « travail de transfert ». Ces dispositifs proposent des conditions pour que se produise une « exigence de travail » du transfert chez l'analysant et chez l'analyste, pour utiliser l'interprétation « du » transfert et l'interprétation « dans » le transfert. Ces trois formes de travail de transfert sont examinées. Le texte propose que la difficulté du travail de transfert exige du thérapeute non seulement une solide formation, mais aussi l'expérience personnelle du transfert au sein d'une cure-type personnelle. Finalement, le texte propose une rupture radicale entre les thérapies psychanalytiques et les thérapies psychodynamiques (*psychoanalytically informed therapies*).
Mots clés : psychanalyse ; psychothérapie ; transfert ; interprétation.

Abstract: This paper text seeks to locate psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy on a continuum, in light of the notion of the "work of transference." These different settings give the conditions for a "transference demand upon the mind" of both the analysand and the analyst, and the conditions for the interpretation "of" the transference and "in" the transference. These three forms of the work of transference are examined. The paper proposes that the demand coming from the transference at work requires from the therapist not only a solid training but also a personal and intimate experience of transference within a personal analysis. Finally, the text puts forward the idea of a radical break between psychoanalytic psychotherapies and "psychoanalytically informed therapies."
Key words: psychoanalysis; psychotherapy; transference; interpretation.

En 1923, Freud décrit ainsi la psychanalyse :

> Psychanalyse est le nom 1) d'un procédé pour l'investigation de processus animiques, qui sont à peine accessibles autrement ; 2) d'une méthode de traitement des troubles névrotiques, qui se fonde sur cette investigation ; 3) d'une série de vues psychologiques acquises par cette voie, qui croissent

> progressivement pour se rejoindre en une discipline scientifique nouvelle. (Freud, 1923, p. 183)

Bien qu'en 1923 la psychanalyse n'applique sa thérapeutique qu'aux organisations névrotiques, cette nouvelle « discipline scientifique » était nettement vue par son fondateur comme une thérapeutique, une forme de traitement visant non pas les « solutions » que constituent les symptômes mais plutôt leurs causes inconscientes.

Cependant, parmi les psychanalystes et les thérapeutes psychanalytiques, il s'en trouve pour dire que la psychanalyse n'est pas une psychothérapie ; que le nom de psychanalyse ne puisse s'appliquer qu'à la cure-type, que la psychothérapie inspirée de la psychanalyse serait d'un ordre inférieur, un mauvais substitut de la vraie chose, pratiqué par des gens qui n'ont pas de formation psychanalytique, ou pire encore, pratiqué par des psychanalystes qui ont vendu leur âme. Que veulent dire ces positions dichotomisantes ? Pourquoi certains psychanalystes opposent-ils psychanalyse et psychothérapie alors que d'autres pas ? Qu'en est-il aujourd'hui des rapports de la pratique de la psychanalyse et de la psychothérapie analytique ?

Marilia Aisenstein (2007) écrit : « Pour Freud la psychanalyse est une "cure" ; elle est thérapeutique et reste à ses yeux la meilleure des psychothérapies ». Elle écrit ces mots dans un texte au titre volontairement provocant : « Les psychothérapies psychanalytiques n'existent pas ». Dans ce texte, Aisenstein fait valoir à la fois que la psychanalyse est une psychothérapie, mais que sa spécificité fait en sorte qu'on ne peut s'improviser psychothérapeute psychanalytique ; il faut pour cela avoir une connaissance approfondie non seulement de la théorie mais aussi du processus analytique même, c'est-à-dire l'expérience vécue d'une cure-type.

Si Freud a découvert et mis en place une thérapeutique des états névrotiques, remplaçant l'hypnose par l'association libre et découvrant peu à peu le transfert, la psychanalyse a continué à développer sa compréhension de la conflictualité inconsciente et à appliquer sa méthode à d'autres entités nosographiques. Rapidement, des analystes kleiniens comme W. R. Bion (1959) ou H. A. Rosenfeld (1976) ont effectué des psychanalyses d'« états psychotiques » alors que des auteurs comme J. Bergeret (1974) et O. Kernberg (1975) ont non seulement traité des organisations états-limites mais en ont tiré des enseignements qui ont fait avancer notre compréhension des formes d'interprétation et de travail thérapeutique avec des organisations « non-névrotiques ». Si à la suite de ces avancées certains ont proposé des

aménagements du dispositif, l'essentiel de l'évolution de la psychanalyse ne se situe pas à ce niveau. Au-delà des considérations cliniques et thérapeutiques liées aux différentes entités nosographiques, ces auteurs ont permis de mettre en lumière que certains de nos analysants n'avaient tout simplement pas l'appareil psychique efficient, typique de la névrose, décrit par Freud, permettant la symbolisation, le déplacement, le refoulement, la différenciation entre le monde intérieur et le monde externe, entre le fantasme, la pensée et la réalité. En somme, l'appareil psychique décrit par Freud est un aboutissement, une acquisition de l'être humain. Devant un type de fonctionnement « non-névrotique » il ne s'agit pas tant de modifier le dispositif thérapeutique que de tenir compte du fait que, pour ces fonctionnements, une pensée est la même chose qu'une action, qu'un fantasme se confond avec la réalité, etc. Dire à une telle personne « vous croyez que… », « vous pensez que… » ne peut avoir le même sens pour ce dernier que pour celui qui sait que sa pensée est un phénomène intérieur qui n'est pas identique à la réalité externe. Souvent, de tels analysants nous répondent alors : « je ne pense pas… c'est ça ».

Psychanalyse et psychothérapies

Lors d'un congrès à La Sapinière il y a plusieurs années, intitulé « L'avenir d'une désillusion », Otto Kernberg avait présenté sa façon de travailler avec certains patients qualifiés d'états-limites. André Green lui avait alors enjoint de cesser de qualifier ce travail de « psychothérapie » en raison du seul fait que le travail s'y fait en face à face et à faible fréquence, car il s'agissait bien toujours, selon Green, d'un véritable travail psychanalytique, au-delà du dispositif.

Plusieurs psychanalystes sont ambivalents devant le terme de « psychothérapie ». Bien que Freud lui-même ait qualifié la psychanalyse de thérapeutique, ce mot semble souvent suspect pour un psychanalyste. Une des raisons de cette opposition est que l'analyste, contrairement au psychothérapeute non psychanalytique, doit mettre en suspens son « désir de guérir » afin de pouvoir se dégager des contenus manifestes pour analyser. Cela découle bien évidemment du fait que le travail thérapeutique ne peut viser directement les « symptômes » mais aussi que, pour écouter adéquatement « au-delà » du discours manifeste et se laisser toucher suffisamment par le transfert, l'analyste doit entrer en séance « sans désir ni mémoire » (Bion, 1967). Mais, ne nous leurrons pas, l'analyste ne peut pas croire que son désir inconscient de « guérir » (comme tout autre désir inconscient envers son

analysant d'ailleurs) serait tout bonnement éliminé, mis en échec par son bon vouloir, par la mise à l'écart d'un désir conscient ou par la rationalisation voulant qu'il ne fasse pas de psychothérapie. Mais il est certain que si nous associons nécessairement le mot « psychothérapie » avec toutes les formes de pratiques thérapeutiques positivistes, qui tiennent à peine compte de l'inconscient mais se réclament quand même de la psychanalyse, nous résistons à associer psychanalyse et psychothérapie. Cependant, la réalité de notre travail est plus complexe et il ne faut pas jeter le « bébé-thérapeutique » avec l'eau du bain positiviste de la majorité des psychothérapies actuelles. Nous ne devons pas céder en exclusivité aux thérapies non psychanalytiques le terme de « thérapeutique » comme ils souhaitent en dépouiller la psychanalyse.

Pour ma part, et dans la lignée de la remarque d'André Green, je propose qu'il ne puisse plus être question en 2019 de faire équivaloir la psychanalyse à un dispositif ou à un aménagement particulier de sa thérapeutique que l'on nomme la cure-type, où l'analysant est allongé, et ayant une fréquence importante de 3 ou 4 séances par semaine. Il ne faut plus confondre dispositif de la cure-type et le processus analytique lui-même. Ce qui ne veut pas dire que le dispositif ne serait pas important et n'aurait pas une influence sur la mise en place d'un processus analytique, ce que René Roussillon a bien montré déjà. Mais avant tout, il ne faut surtout pas cliver l'analytique et le thérapeutique. Ce qui me semble psychanalytique ce ne sont tant les aspects, somme toute secondaires du dispositif, que ceux du « cadre » interne de l'analyste qui vont non seulement favoriser l'expression du transfert, mais aussi permettre de pouvoir le « penser » et l'interpréter ; conditions qui vont aussi permettre à l'analyste d'utiliser son contre-transfert.

Je propose aussi que ce qui rend le processus « psychanalytiquement efficace » est le travail « de » transfert ; le « de » rendant compte à la fois du processus transférentiel lui-même et du travail psychique qui s'effectuera « entre » l'analyste et l'analysant, « dans » l'analyste et « par » l'analyste au sein de ses interprétations. Cela dit, il faut reconnaître que si l'on qualifie habituellement la psychanalyse de « cure-type », c'est aussi qu'on voit dans son dispositif des caractéristiques (absence visuelle, position allongée, fréquence) qui favorisent le « processus psychanalytique type », à savoir le transfert et la possibilité de le reconnaître comme tel. C'est pourquoi Aisenstein insiste sur le fait que, pour pouvoir pratiquer l'aménagement de la cure que constitue la « psychothérapie psychanalytique », le thérapeute doit avoir fait lui-même l'expérience d'une psychanalyse de « cure-type ».

Quatre modalités thérapeutiques

Il est probablement improductif et même trompeur de dichotomiser psychanalyse et psychothérapie psychanalytique, d'autant plus qu'on ne le fait souvent que sur la base de la fréquence des séances et de l'utilisation du divan. Pour les besoins de la discussion, nous allons plutôt présenter quatre pratiques et tenter de les mettre en rapport :

- la cure-type que l'on peut aussi qualifier de traitement psychanalytique à dispositif intensif ;
- la psychothérapie psychanalytique ou traitement psychanalytique à dispositif léger ;
- la psychothérapie psychodynamique qui est une thérapie d'inspiration psychanalytique (les Américains disent « *psychoanalytically informed treatment* ») ;
- et les autres psychothérapies.

Le dispositif de la cure-type est bien connu. Il présente une fréquence importante des séances, et le dispositif spatial divan-fauteuil, en raréfiant les perceptions parasites, en soustrayant l'analyste à la vue de l'analysant et en suspendant de la motricité, aurait comme avantage de favoriser la concentration de l'attention de l'analysant sur sa propre activité psychique. Ce que ce dispositif favorise chez l'analysant trouve son corollaire dans la préoccupation de l'analyste de ne pas attirer l'attention de l'analysant vers la perception extérieure, actuelle, en restreignant la perception des attitudes corporelles et des messages véhiculés par le corps même de l'analyste mais d'attirer plutôt l'attention vers le dedans, vers les processus et productions « intérieures ». La position arrière de l'analyste implique une position analogue sur le plan du contre-transfert ou de la théorie du processus : celle de tenter de ne pas offrir directement par la perception consciente son contre-transfert à la vue du patient (il est bien entendu que le contre-transfert sera finalement perçu, mais il devra transiter d'abord par l'équivoque de la « perception intérieure », mélange de perception et de projection).

Le dispositif spatial est aussi la mise en action concrète d'un modèle relationnel implicite : celui où l'analysant délègue à l'analyste une série de fonctions du moi, soit certaines fonctions perceptives, des fonctions de « jugement », ainsi que des fonctions de contenance et de *holding* (Brunet, 1999 ; Roussillon, 1995), afin de pouvoir se permettre de « régresser », de « suspendre son jugement » et de laisser se manifester « malgré lui » ce transfert. Mais, dans ce cadre, le transfert est un paradoxe. Et c'est justement une des fonctions du cadre que de permettre à la fois de se laisser aller à

« vivre et ressentir » ces émois et angoisses comme étant du « vrai » mais en même temps de les examiner comme des constructions soutenues par une conflictualité intérieure. Bien entendu, cette capacité à vivre le « paradoxe transférentiel » est mise à mal chez plusieurs analysants, tout particulièrement lorsque s'actualisent des conflictualités plus archaïques (Brunet, 2005) présentes même dans des organisations psychiques suffisamment évoluées et stables, comme l'a bien montré André Green dans le texte au nom si bien choisi : *La folie privée* (Green, 1990). Certaines personnes ont un fonctionnement psychique leur rendant difficile de vivre le transfert en tant que transfert et, de façon parallèle, de vivre l'interprétation comme une « interprétation » (Reid, 1999). Il s'agit de personnes, indépendamment de la nosographie, pour qui la différenciation entre réalité intérieure et réalité extérieure est mal assurée, ce qui implique qu'une pensée n'est pas qu'une pensée appartenant au monde intérieur, mais qu'elle a aussi valeur de fait extérieur ou d'acte : être fâché contre quelqu'un est la même chose que de le tuer. C'est toute la question du fonctionnement hallucinatoire décrit par Reid (2008), particulièrement important dans le fonctionnement traumatique, où la pensée est la chose, et où par conséquent il est difficile de « penser » et donc d'examiner son propre émoi transférentiel ou de penser les interprétations de l'analyste. Ce type de fonctionnement constitue un défi considérable pour le thérapeute qui ne peut plus seulement interpréter les contenus inconscients mais doit également travailler sur les « contenants » défaillants et les processus psychiques en cause.

Dans une psychothérapie en face à face, la vision du corps et de la figure de l'analyste risque de rendre plus difficilement identifiable *en tant que transfert* certaines « impressions/perceptions » au sujet de son thérapeute. En face à face, l'analysant est, tout autant qu'allongé d'ailleurs, à la recherche inconsciente d'indices chez son analyste, à la recherche d'indications sur ses réactions d'amour, de haine, de dégoût devant les contenus abordés. Cependant, en face à face, l'analysant risque de trouver ce qu'il cherche, ce qui rend alors ses « impressions » beaucoup plus difficilement analysables. Mais, même du côté du thérapeute, il y aurait une plus grande difficulté à être « analytique » en face à face, à pouvoir laisser se créer cette « chimère » décrite par De M'Uzan (1994) et à utiliser son contre-transfert comme instrument de connaissance. Pourtant certaines conditions encore trop peu étudiées nous poussent intuitivement à accepter un patient en face à face plutôt que sur le divan. Ainsi on parle de patients qui ne pourraient supporter l'absence visuelle ou pour qui l'absence renverrait à une absence

traumatique qui serait trop difficile à supporter et à symboliser. Par contre, il n'est pas certain, loin de là, que la situation face à face soit une panacée au fonctionnement traumatique ou hallucinatoire mentionné précédemment.

La question de la fréquence des séances est aussi non négligeable. Bien qu'on puisse mettre en place une thérapeutique psychanalytique intensive en face à face (plusieurs séances par semaine), la pratique semble différencier la cure-type comme une thérapeutique intensive (3 ou 4 séances par semaine) et une psychothérapie psychanalytique comme une thérapeutique allégée (1 ou 2 séances par semaine). Le problème ici étant que non seulement le dispositif face à face rend plus difficile de travailler le transfert « comme transfert » mais la faible fréquence tend à rendre ce transfert beaucoup plus difficile à percevoir, tant pour l'analysant que pour l'analyste. Non pas qu'il ne puisse se manifester, mais le transfert devient alors beaucoup moins « efficient » pour une prise de conscience et une transformation profonde. On voit donc un paradoxe surgir : certains peuvent vouloir offrir une psychothérapie psychanalytique en face à face pour des organisations traumatiques, pour des personnes qui semblent avoir de la difficulté à utiliser le transfert comme transfert et, pourtant, le face à face et la fréquence réduite risquent au contraire de rendre cette tâche encore plus difficile.

Si cette façon de voir est juste, elle implique qu'il serait plus difficile, tant pour l'analysant que pour le thérapeute, de travailler en face à face, dans un processus à intensité réduite, pour des problématiques relevant des conflictualités non-névrotiques, au fonctionnement traumatique ou à la pensée hallucinatoire. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles, dans son article au titre provocateur mentionné plus haut, Aisenstein suggère qu'il faut avoir une véritable formation analytique, comprenant une cure-type pour pouvoir faire de la psychothérapie psychanalytique ; il faut avoir non seulement la formation mais aussi l'expérience profonde du transfert de la cure-type pour pouvoir utiliser son propre psychisme à la perception du transfert dans la psychothérapie psychanalytique à faible intensité.

Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique, un continuum ?

Sur le plan des dispositifs donc, on voit bien la différence entre la cure-type et la psychothérapie psychanalytique qui est dans certains cas, mais pas toujours, à moindre fréquence, qui peut se faire en face à face, mais pas nécessairement. Mais en réalité ces dispositifs ne sont pas l'essence du travail analytique. Pour ma part, je propose de voir un continuum entre

psychanalyse et psychothérapie psychanalytique, mais aussi de voir un point de rupture possible entre ces premières et la psychothérapie psychodynamique (d'inspiration psychanalytique) ou d'autres formes de psychothérapies. Car psychanalyse et psychothérapie psychanalytique me semblent partager la même théorie de la personnalité, la même théorie de la technique et du cadre et le même cadre en incluant l'attitude et la technique (interprétation du transfert, mise en place des modalités pour mettre en évidence le transfert, restriction au minimum du travail thérapeutique sur le moi, absence de renforcement par des conseils ou des suggestions volontaires).

Les objectifs analytiques me semblent les mêmes, soit de favoriser l'émergence et la mise en évidence du transfert, de mettre en œuvre les moyens pour pouvoir utiliser au mieux ce transfert par le biais de l'interprétation et d'analyser le contre-transfert comme partie prenante du processus et de mobiliser le contre-transfert comme mode de connaissance. Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique visent le même processus analytique. La « thérapeutique » dans les deux cas ne vise pas un changement au niveau des symptômes, mais plutôt une transformation psychique. D'ailleurs, plusieurs psychanalystes – et non les moindres – ont utilisé des expressions comme « le travail psychanalytique en face à face » (Roussillon, 1998, 2006) pour rendre compte du fait qu'un véritable processus psychanalytique pouvait s'effectuer à travers divers dispositifs, tout cela n'excluant pas les difficultés que ces autres dispositifs pouvaient présenter sur le maniement du transfert et sur le plus grand poids de la suggestion dans les thérapeutiques psychanalytiques à moindre fréquence (Roussillon, 2006). Dans la nuance tout de même, celui-ci écrit que « l'analyse divan/fauteuil est un cas particulier de la psychanalyse » qui produira des transferts différents des dispositifs fauteuil/fauteuil (Roussillon, 2006).

Les visées thérapeutiques

La psychanalyse en cure-type et la psychanalyse en face à face à moindre fréquence peuvent donc être conçues sur un continuum partageant les mêmes objectifs de travail et les mêmes processus. Mais encore faut-il reconnaître qu'il n'y a peut-être pas de consensus sur ce qu'est un véritable « processus psychanalytique », d'autant plus que, dans l'histoire de la psychanalyse, nous pouvons facilement dégager quatre grands modèles des visées thérapeutiques de la psychanalyse.

Premier modèle

Les premières conceptions freudiennes du psychisme sont fortement organisées autour de la névrose et du refoulement, faisant en sorte que les interprétations visent à rendre conscients les contenus inconscients. Au risque de le caricaturer dans une courte maxime : il s'agit d'un travail sur le « contenu refoulé ». Chacun sait que ce modèle s'est rapidement avéré incomplet pour Freud (et relativement inefficace) à cause de l'existence des résistances inconscientes qui rendent caduque le travail de levée du refoulement. Le type d'impasse à laquelle se bute Freud l'oblige à comprendre et à théoriser qu'il existe donc des parties du psychisme, elles-mêmes inconscientes, qui agissent continuellement dans le sens du refoulement. Freud fait donc bouger le système psychique pour y inclure ces résistances.

Deuxième modèle

Du travail sur le refoulé, le travail se déplace maintenant sur le refoulant ; du contenu refoulé, on passe aux forces s'opposant à ce contenu. Ce faisant, la conception de l'appareil psychique se modifie et la thérapeutique passe d'un modèle topographique (rendre conscient l'inconscient) à un modèle dynamique de l'interprétation. Les interprétations visent à rendre conscients les processus psychiques eux-mêmes et non seulement les contenus, les désirs, les pulsions. En d'autres termes, il s'agit d'un travail sur les défenses et sur la conflictualité inconsciente.

Troisième modèle

Peu à peu les psychanalystes découvrent le transfert, mais d'abord comme une tentative d'éviter la remémoration. Cependant, graduellement, le transfert ne représentera plus seulement un obstacle mais deviendra ce par quoi un remaniement économique et dynamique de l'appareil psychique pourra être atteint. Pour l'analyste, le transfert devient le levier de la cure et, par conséquent, le travail sur le transfert devient l'axe privilégié d'interprétation. Le transfert permettant un déplacement des investissements des objets internes et infantiles vers l'analyste, il libère les investissements figés. Graduellement il ne s'agira plus que d'interpréter « le » transfert mais aussi de « ramener » les investissements au sein du transfert – procédé courant chez les « kleiniens » et explicité chez Meltzer (1967) – pour l'accentuer, le rendre plus visible d'une part et le rendre plus « travaillable » d'autre part.

Quatrième modèle

Si l'on peut dire que Freud a effectué une sorte de « révolution métapsychologique » à partir de 1920 en introduisant un au-delà du principe de plaisir, ce n'est peut-être pas tant à cause de sa dernière théorie pulsionnelle (pulsions de vie et de mort) qu'à cause du fait qu'il décrit un principe de répétition préalable au principe de plaisir, et que cela s'inscrit dans un appareil psychique où l'inconscient n'est plus synonyme de refoulé. À partir de là peut advenir un autre tournant important dans les visées thérapeutiques psychanalytiques dont Winnicott me semble être le représentant le plus manifeste. La phrase de Winnicott qui décrit le mieux ce modèle est sans doute celle issue de son texte de 1974 (« La crainte de l'effondrement ») :

> Le patient doit s'en « souvenir », mais il n'est pas possible de se souvenir de quelque chose qui n'a pas encore eu lieu, et cette chose du passé n'a pas encore eu lieu parce que le patient n'était pas là pour que ça ait lieu en lui. Dans ce cas, la seule façon de se souvenir est que le patient fasse pour la première fois, dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette chose passée. (Winnicott, 1974, p. 212).

Ainsi, dans la foulée de Winnicott, la psychanalyse a perçu que certains analysants ne fonctionnaient ni sur un mode névrotique, ni sur un mode psychotique. Sans se cantonner à une nosographie qui pourrait nous piéger, il s'agit de personnes pour qui les espaces psychiques sont mal définis et mal différenciés, de personnes en mal d'appropriation subjective, ou en souffrances « narcissique-identitaires » (Roussillon, 2001a, 2001b) ou pour qui certains éprouvés n'ont tout simplement pas pu être représentés suffisamment pour être traités par l'appareil psychique comme des représentations. Des éprouvés ne pourront être « transformés », ils seront « hors psychique ». Conséquemment, comme le présente Winnicott, il ne s'agit pas de retrouver quelque chose comme un contenu refoulé, puisqu'il faut d'abord que cette personne puisse « faire l'expérience » d'un éprouvé qui n'a pas pu s'inscrire comme un souvenir, en faire l'expérience subjective pour une première fois. Le travail de l'analyste sera d'aider à développer un contenant psychique capable de traiter des éprouvés, de les « psychiser ». C'est à partir de cette nouvelle conception psychanalytique de l'appareil psychique que se développent ensuite les concepts d'une troisième topique, du développement des théories de la symbolisation primaire et secondaire ainsi que du travail sur les contenants et les processus psychiques. C'est aussi en raison de

ce développement qu'il nous faut concevoir plus d'un niveau fonctionnel à l'interprétation (Brunet, 2005) en plus de la dimension sémantique.

Ces quatre modèles peuvent se concevoir selon une ligne temporelle historique, mais, de la même façon que la deuxième topique n'empêche pas de penser en termes de conscient, préconscient et inconscient, l'analyste peut penser ces quatre modèles du psychisme et ces quatre modèles de l'interprétation de façon complémentaire et les utiliser selon certaines conditions. D'aucuns privilégieront certains de ces modèles en fonction de leurs affinités et de leurs « fréquentations » théoriques. Mais peut-être faut-il plutôt tenter d'utiliser le modèle qui convient au patient dans telle période de son analyse, marquée par le transfert dominant de cette période.

En somme, la cure-type, le traitement psychanalytique à grande fréquence, à fréquence réduite et en face à face sont des thérapeutiques psychanalytiques qui partagent ces théories du processus analytique et qui voient dans le travail de transfert et le travail sur le transfert le levier du thérapeutique. Il s'agit ici d'un continuum de modalités d'applications du modèle psychanalytique pour lequel les indications ne font cependant pas l'unanimité. Compte tenu de l'importance du travail de transfert (aspect qui sera développé plus loin) et de ses difficultés (voir les réserves de Aisenstein), il semble, d'une part, que la pratique d'une thérapeutique psychanalytique en face à face et à intensité réduite pose des difficultés très grandes de perception et de maniement du paradoxe transférentiel (vivre l'émoi véritable d'un transfert mais aussi être capable de l'analyser en tant que déplacement) tant pour l'analyste que pour l'analysant. Si l'on ajoute à cela les enjeux particuliers liés au quatrième modèle de la cure (les difficultés de vivre les pensées comme une pensée, les difficultés de symbolisation, le mode de pensée hallucinatoire [Reid, 2008]), il est loin d'être certain qu'une thérapeutique en face-à-face et à moindre intensité soit réellement une solution permettant le travail du transfert « comme transfert ». On comprend alors Aisenstein qui conclut que pour faire une véritable psychothérapie psychanalytique le thérapeute doit avoir fait l'expérience de la cure-type en plus d'avoir une formation psychanalytique sérieuse.

D'autre part, ce qu'on appelle au Québec la « psychothérapie psychodynamique » ou aux États-Unis la *psychoanalytically informed psychotherapy*, si elles partagent avec la psychanalyse la même théorie de la personnalité, n'en partagent pas le cadre dans le sens suivant. En général, les thérapeutes psychodynamiciens, tout en ayant à leur disposition les outils théoriques de la psychanalyse, ne centrent pas réellement leur travail sur le transfert,

celui-ci n'étant pas conçu comme le levier central du processus. En conséquence, le dispositif pourra varier dans le sens de l'amoindrissement des possibilités d'identifier et de travailler le transfert ; l'interprétation du transfert ou même l'interprétation « dans » le transfert ne se fait souvent que lors d'une résistance importante (comme le font les thérapeutes cognitivistes d'ailleurs) ; le travail interprétatif se fait souvent en s'adressant aux parties les plus secondarisées de l'appareil psychique ; et le contre-transfert n'est pas l'instrument de connaissance des thérapeutiques psychanalytiques, notamment parce que le thérapeute ne se donne peut-être pas les conditions pour être surpris, déstabilisé, ébranlé. Comme l'a si bien écrit André Lussier (1994), le thérapeute véritablement psychanalytique « va devoir être partie prenante, qu'il le veuille ou non, [...] son propre monde affectif va être touché, sollicité, secoué, ébranlé, tiré dans des directions souvent insoupçonnées de lui » (Lussier, 1994, p. 11).

Quel serait le spécifique de la thérapeutique psychanalytique ?

Plusieurs voies sont possibles pour définir ce qui caractérise une thérapeutique psychanalytique. Certains voient dans « l'interprétation des contenus inconscients » le spécifique de la psychanalyse. Kernberg (1999) pense que dans les psychothérapies psychanalytiques les interprétations portent davantage sur le « ici et maintenant » que sur le passé et suggère une thérapeutique en face à face à deux séances par semaine pour les pathologies graves de la personnalité, alors qu'il réserve la cure-type aux organisations névrotiques. Kernberg croit que les objectifs thérapeutiques de la cure-type (intégration des conflits inconscients) sont différents de ceux des psychothérapies psychanalytiques (réorganisation partielle de la structure). Charbonnier pense que le dispositif face-à-face peut être utile pour éviter une régression trop importante chez certains analysants qui ne pourraient que difficilement le soutenir et par là répéter un trauma relationnel (sous l'angle de l'abandon, de la détresse notamment), mais précise que selon lui les objectifs thérapeutiques demeurent les mêmes, analyser les conflits inconscients, qu'il s'agisse de la cure-type ou d'une psychothérapie psychanalytique :

> L'interprétation des contenus inconscients demeure caractéristique des thérapeutiques psychanalytiques. Par contre, suggérer, conseiller, verbaliser ses propres sentiments à l'égard de son patient, toucher le patient, ou une absence de cadre précis, par exemple, sont des techniques qui

appartiennent à des pratiques non psychanalytiques. (Charbonnier, 2002, p. 42)

La pratique nous montre de grandes variations sur le plan du dispositif et sur le plan des techniques qui peuvent être justifiées théoriquement, notamment en raison de nouvelles propositions théoriques (par exemple la théorie du champ analytique) ou en raison de l'identification de problématiques et de souffrances sur lesquelles Freud ne s'était pas penché (les problématiques limites, les souffrances narcissiques identitaires par exemple). Si, en général, on s'entend pour dire que l'essentiel de la psychanalyse ne réside pas dans son dispositif spatio-temporel, quel peut être le centre constitutif de son action thérapeutique ?

Je propose pour ma part que ce qui caractérise le travail psychanalytique (qu'il s'agisse de la cure-type ou d'un aménagement en face-à-face et à fréquence réduite) et qui le différencie des autres formes de psychothérapies, y compris de celles qui s'inspirent de la théorie psychanalytique, est le travail de transfert. Ici la préposition « de » veut rendre compte des diverses modalités que sont :

- l'exigence de travail psychique imposé tant à l'analysant qu'à l'analyste par le mouvement transféro/contre-transférentiel lui-même ;
- l'interprétation du transfert ;
- l'interprétation dans le transfert.

Le travail de transfert

Depuis la conceptualisation du transfert et ses diverses théorisations, la psychanalyse a graduellement conclu que son efficacité était intimement liée au transfert et à son analyse. Cependant cette certitude clinique a longtemps été mise en doute par la psychologie non psychanalytique, sans compter que la pratique du travail avec le transfert peut sembler relativement variable d'une région du globe à l'autre en fonction des filiations théoriques les plus influentes. On connait le « zèle interprétatif kleinien » que plusieurs ont critiqué, alors que d'autres cultures analytiques n'interprètent pas aussi directement le transfert mais s'en serviront autrement.

Du côté de l'efficacité thérapeutique, il vaut la peine de reconnaitre qu'il existe d'excellentes recherches qui appuient cette affirmation de l'importance du travail sur le transfert. D'une part, plusieurs publications comme celles de Leichsenring et Rabung (2008) sont des méta-analyses qui montrent non seulement l'efficacité des thérapeutiques psychanalytiques mais souvent

leur supériorité sur d'autres modèles, à condition que le critère d'efficacité ne soit pas bêtement la diminution à court terme de certains symptômes apparents. Par contre, certaines recherches vont beaucoup plus loin dans l'analyse du spécifique des thérapeutiques psychanalytiques comme celles de Hoglend et ses collaborateurs (2004, 2006, 2009) qui montrent clairement que les interprétations transférentielles sont garantes d'un meilleur gain thérapeutique, quelle que soit la pathologie, et que ces gains liés aux interprétations transférentielles sont encore plus importants dans les pathologies complexes et chroniques (voir Brunet, 2009, pour une discussion de leurs travaux).

Mais, pour paraphraser Freud, le transfert constitue une exigence de travail psychique tant chez l'analysant que l'analyste. À la manière de la pulsion, le transfert, s'il est soutenu et potentialisé par le cadre, exerce une sorte de poussée, une pression à l'actualisation qui se manifestera dans la relation à l'analyste ainsi que dans la relation au cadre ; ce cadre visant justement à permettre que s'exprime dans le processus analytique la conflictualité de l'analysant (Roussillon, 1995). L'analyste adopte une posture dans laquelle il accepte non seulement qu'il sera objet de transfert mais que lui-même sera aux prises avec des contre-transferts « amalgames » entre ce qui est provoqué par le transfert de l'analysant et ce qui lui appartient en propre. L'analyste se soumet donc à ce premier travail de transfert et tente d'observer en lui-même et dans le couple analytique l'expression des déplacements de la conflictualité interne de l'analysant. Le cadre analytique vise à potentialiser ce transfert, à le rendre plus visible et en finalité utilisable en tant que transfert, ce qui ne va pas nécessairement de soi pour tous les analysants. Le processus psychanalytique est donc fonction des conditions que se donne l'analyste pour permettre et favoriser ce travail de transfert (posture, cadre, dispositif, type d'interprétations).

L'interprétation du transfert

L'interprétation « du » transfert est peut-être la modalité la plus connue du travail psychanalytique. Freud a écrit que seule une cure utilisant l'interprétation du transfert pouvait être qualifiée de psychanalytique. Du « plus grand obstacle à la psychanalyse » le transfert devient son plus puissant allié. Dit simplement, l'interprétation du transfert, selon le modèle freudien classique, consiste à montrer à l'analysant que ce qu'il vit envers l'analyste est en fait le déplacement d'une relation à un objet du passé. Les kleiniens ont ensuite modifié légèrement cette formulation pour montrer que ce qui est

vécu avec l'analyste est le déplacement de relations avec les objets internes de l'analysant et non pas des objets infantiles réels. Une telle interprétation peut être utilisée par une organisation « névrotico-normale », mais peut ne pas avoir l'effet escompté pour quelqu'un chez qui le « psychique » et le « hors-psychique » sont peu différenciés. D'ailleurs le transfert, dans sa formulation classique, était souvent conçu comme une « névrose de transfert », laissant entendre que sa découverte était historiquement liée au traitement de névrosés. Pour recevoir cette interprétation comme une interprétation et pouvoir l'utiliser efficacement, cela demande donc une organisation psychique capable de réfléchir à ce transfert comme un mouvement psychique et non pas comme un fait indiscutable de la réalité externe

Interprétation dans le transfert

Mais l'élargissement des thérapeutiques psychanalytiques aux organisations non-névrotiques a non seulement permis de revoir le concept même de transfert, mais a vu se déployer d'autres façons de l'utiliser que son interprétation directe. Je propose d'utiliser ici le terme d'interprétation « dans » le transfert pour rendre compte de ces pratiques qui ont en commun d'utiliser le transfert (et sa contrepartie, le contre-transfert) comme une boussole indiquant les enjeux au cœur de la cure à un moment précis de celle-ci.

Sans renoncer à la définition classique du transfert comme déplacement d'objets internes et son interprétation, le quatrième modèle de la thérapeutique psychanalytique, celui qui prend en compte les organisations non névrotiques en difficulté d'appropriation subjective, nous conduit à rechercher non pas l'objet infantile projeté sur l'analyste dans le transfert mais d'autres enjeux, comme les fonctions que l'objet infantile n'a pu remplir et que l'analysant cherche à nouveau chez l'analyste.

La fonction interprétative de l'analyste dépasse l'interprétation « du » transfert et déborde le contenu sémantique de l'interprétation. Ainsi, Anzieu écrit :

> L'interprétation, indépendamment de son contenu, et de façon générale toute intervention verbale de l'analyste, peut être entendue par le patient comme le signe d'une présence familière, comme une preuve d'attention, comme un don de lumière dans l'obscurité (ou inversement comme un bruit parasite, voire comme une menace effrayante et destructrice. [Anzieu, 1970, p. 41]

Donnet [2004] écrit de son côté que la dimension interprétative n'est pas toujours fournie par l'interprétation, mais par diverses interventions [demande de précision, reprise en écho d'une formulation] qui peuvent avoir fonction de témoigner de l'écoute de l'analyste. L'interprétation « dans » le transfert implique d'une part que toute interprétation est reçue en fonction du transfert de l'analysant [il doit donc en tenir compte] et, d'autre part, que toute interprétation doit être orientée par le transfert de l'analysant. Le transfert devient ici une sorte de boussole interprétative comme l'était « le point d'angoisse latente maximale » pour Melanie Klein. Mais en plus du transfert comme boussole, l'interprétation dans le transfert implique que toute intervention de l'analyste comporte davantage que le « sens » et la « traduction » qu'il tente de faire verbalement : l'interprétation est aussi un « geste » interprétatif qui a un sens dans le transfert. Notamment, et pour donner un exemple, face à un transfert dont la teneur est la disparition de l'objet, une interprétation, même si elle se veut non transférentielle, le sera de par le « geste de présence » qu'elle constitue [Brunet, 2005]. L'interprétation aura donc une « fonction » dans le transfert s'additionnant au sens sémantique de celle-ci.

Conclusion : se donner les moyens de ses ambitions

Le travail « de » transfert, comme exigence de travail s'exerçant sur les deux psychismes au sein de la relation thérapeutique, comme travail d'interprétation « du » transfert et comme travail « dans » le transfert, est au centre de la thérapeutique psychanalytique. Le travail de transfert est donc ce qui spécifie le travail psychanalytique et le différencie des psychothérapies psychodynamiques ou autres, y compris celles qui s'en inspirent sans se donner cependant les conditions de ce travail effectif. Pour ces raisons, ce texte propose une continuité entre la cure-type et des aménagements plus légers du processus psychanalytique, incluant le face-à-face et un nombre réduit de séances.

Cependant, ce que souligne l'importance du travail de transfert, c'est que le thérapeute psychanalytique doit se donner les moyens de ses ambitions. Pour rendre le transfert utilisable en tant que transfert, il a besoin d'un dispositif offrant une intensité suffisante du processus, d'une posture [d'un cadre interne] qui centre son écoute et ses interprétations sur les phénomènes inconscients et transférentiels, utilisant le transfert et le contre-transfert comme des boussoles des enjeux, souvent non représentés, de la conflictualité de l'analysant. Le travail de transfert comme poussée inévitable, comme actualisation d'enjeux conflictuels, représentés ou non,

nécessite aussi que le thérapeute ait une expérience personnelle du paradoxe transférentiel faite autant que possible dans un dispositif d'une intensité suffisante ; et en cela nous rejoignons Marilia Aisenstein [2007].

Louis Brunet
brunet.louis@uqam.ca

Notes

1. Ce texte reprend en partie une conférence donnée en 2016 à Nice au colloque « Convergences René Roussillon ».

Références

Aisenstein, M. [2007]. Les psychothérapies psychanalytiques n'existent pas. *Le Carnet psy, 3* [116], 46-49.

Anzieu, D. [1970]. Éléments d'une théorie de l'interprétation. *Revue française de psychanalyse, 34* [5-6], 755-819.

Bergeret, J. [1974]. *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot.

Bion, W. R. [1959]. Attaques contre la liaison. Dans *Réflexion faite* [p. 105-125]. Paris : Presses universitaires de France, 1983.

Bion, W. R. [1967]. Notes on Memory and Desire. *Psychoanalytic Forum, 2* [3], 271-272.

Brunet, L. [1999]. Éthiques et psychanalyse. De l'éthique du sens à celle de la fonction contenante. *Filigrane, 8* [1], 61-76.

Brunet, L. [2005]. Les manifestations de l'archaïque et les fonctions de l'analyste. *Revue canadienne de psychanalyse, 13* [1], 57-76.

Brunet, L. [2009]. La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapeutiques psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane, 18* [2], 70-85.

Charbonnier, G. [2002]. Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique : variations du cadre psychanalytique pour gérer le retour du traumatique originaire. *Psychothérapies, 1* [22], 41-49.

De M'Uzan, M. [1994]. *La bouche de l'inconscient*. Paris : Gallimard.

Donnet, J.-L. [2004]. Interpréter le transfert. Dans F. Nayrou et G. Pragier [dir.], *Interpréter le transfert* [p. 27-37]. Paris : Presses universitaires de France.

Freud, S. [1923]. « Psychanalyse » et « théorie de la libido ». Dans *Œuvres complètes XVI* [p. 183-208]. Paris : Presses universitaires de France.

Green, A. [1990]. *La folie privée*. Paris : Gallimard, 1991.

Høglend, P. [2004]. Analysis of transference in dynamic psychotherapy: A review of empirical research. *Canadian Journal of Psychoanalysis, 12*, 280-300.

Høglend, P. [2009]. *The Long-term Effects of Transference Interpretation in Dynamic Psychotherapy*. Communication présentée au Winter meeting of the American Psychoanalytic Association, New York.

Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K.-P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C. et Heyerdahl, O. [2006]. Analysis of the patient-analyst relationship in dynamic psychotherapy : an experimental study of transference interpretations. *Psychiatry, 163*, 1739-1746.

Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York : Aronson.

Kernberg, O. (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy : contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis, 80*, 1075-1091.

Leichsenring, F. et Rabung, S. [2008]. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of the American Medical Association, 300* (13), 1551-1565.
Lussier, A. [1994]. L'idéal thérapeutique et le thérapeute idéal. *Revue québécoise de psychologie, 15* [1], 7-26.
Meltzer, D. [1967]. *Le processus psychanalytique*. Paris : Payot.
Reid, W. [1999]. Le cadre analytique revisité. *Filigrane, 8* [2], 33-48.
Reid, W. [2008]. Un nouveau regard sur la pulsion, le trauma et la méthode analytique. Première partie : une théorie de la psyché. *Filigrane, 17* [1], 68-94.
Rosenfeld, H. A. [1976]. *États psychotiques*. Paris : Presses universitaires de France.
Roussillon, R. [1995]. *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France.
Roussillon, R. [1998]. Quelques remarques épistémologiques à propos du travail psychanalytique en face-à-face. Dans J. Schaeffer et R. Diatkine [dir.], *Psychothérapies psychanalytiques* [p. 67-76]. Paris : Presses universitaires de France.
Roussillon, R. [2001a]. *Le plaisir et la répétition. Théorie du processus psychique*. Paris : Dunod.
Roussillon, R. [2001b]. L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'autre, 2*, 241-254.
Roussillon, R. [2006]. Sur l'opposition psychothérapie/psychanalyse. *Le Carnet PSY, 5* [109], 43-45.
Winnicott, D. W. (1974). La crainte de l'effondrement. Dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* [p. 205-216]. Paris : Gallimard.