

L'intermédiaire numéro 83 Mai 2021

« De la psychanalyse *sauvage* », S. Freud (1910)

Muriel Faverie¹

Séminaire de formation à la thérapie de couple animé par A. Eiguer.

Ce texte² est tiré d'un ouvrage intitulé « *La technique psychanalytique* », un recueil de textes choisis et rassemblés par Daniel Lagache en 1953. Il reprend des indications, des recommandations, des principes et des règles formulés par Freud sur une période de 15 ans entre 1904 et 1919. Freud réfléchit à la pratique du métier d'analyste. Comment effectuer une cure analytique ? Quelles sont « les règles de l'art » ? Une réflexion qu'il poursuit tout au long de sa vie comme l'illustrent des analyses de patients comme « *L'homme au rat* » ou « *Dora* » ainsi que des textes plus tardifs comme « *Analyse avec fin et sans fin* » ou « *Constructions dans l'analyse* » qui datent de 1937.

Jusqu'à-là, Freud a mené ses travaux en prenant appui sur un petit cercle d'amis qui lui ont servi d'interlocuteurs (Breuer et Fliess notamment). La publication de « *L'interprétation des rêves* » en 1900 et des volumes qui ont suivis ont suscité l'intérêt de professionnels venus d'horizons différents. Certains viennent chercher auprès de Freud une formation à la pratique. Les grands principes de la psychanalyse commencent à se répandre auprès d'un public large, ce qui entraîne des usages parfois improvisés et douteux. Freud a alors comme objectif d'organiser et de structurer la psychanalyse et sa pratique : en distinguant la technique psychanalytique de la méthode cathartique de Breuer ; en transmettant un enseignement aux praticiens qui débutent ; en permettant à ceux qui se reconnaissent de la psychanalyse d'adopter les mêmes fondements théoriques et pratiques ; en argumentant la rigueur scientifique de la technique en rapport avec ses objectifs ; en répondant à ses détracteurs.

De la méthode cathartique à la psychanalyse

La méthode cathartique inventée par Breuer repose sur la possibilité d'induire chez le patient un retour à l'état psychique dans lequel il était à l'époque où le symptôme est apparu la première fois (voir le cas de Anna O.). Ce retour au moment inaugural du symptôme est obtenu soit par la parole soit par l'hypnose censée donner directement accès aux affects coincés par la conversion imposée aux processus psychiques réprimés. Cette régression doit permettre de défaire le montage symptomatique et libérer l'affect par la décharge, l'abréaction ou la catharsis. Le symptôme devenu inutile est censé disparaître. Freud constate que cette méthode, efficace avec les personnalités les plus suggestibles, provoque d'intenses manifestations émotives. Elle rencontre de fortes résistances chez un grand nombre de patients et suscite ce que Freud appelle « des transports d'affection » du patient vers le médecin qui, à l'époque, sont vécus avec surprise et embarras. Ce qu'il nommera plus tard, le transfert.

Freud renonce à l'hypnose et à la suggestion. La catharsis n'est plus le ressort majeur du traitement et l'objectif de la cure est notablement déplacé. Il ne s'agit plus tant de « liquider » le symptôme que d'ouvrir la voie à un remaniement psychique en profondeur. Le symptôme est considéré comme la répétition d'une décharge, le signal d'un conflit qui, grâce à l'association d'idées, à la remémoration et à la perlaboration, peut se transformer et se solder soit par un renoncement, soit par la sublimation. La cure devient un processus qui repose sur

¹ Psychologue clinicienne, thérapeute familiale psychanalytique, muriel.faverie@wanadoo.fr

² Ce texte reprend une discussion du texte de Freud qui a eu lieu le 13 février 2021, lors d'une séance du Séminaire de formation à la thérapie de couple animée par Alberto Eiguer.

la règle fondamentale de l'association libre (censée donner accès aux conflits inconscients) auxquels s'ajoutent le mécanisme de l'interprétation et celui du transfert. L'interprétation est une intervention du thérapeute qui vise à « faire savoir » quelque chose au patient de sa vie psychique. Elle résulte de ce que le thérapeute a compris des conflits du patient. C'est une aide apportée par le thérapeute à l'analysant qui, dans le meilleur des cas, peut élaborer ce qu'il a saisi de l'interprétation. Le transfert est défini comme l'actualisation dans la cure de désirs inconscients. Laplanche et Pontalis définissent le transfert comme « *la répétition dans la cure de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué* » (p. 492). Cette actualisation permet l'interprétation. Le transfert génère des résistances qui ne peuvent être combattues et dépassées que grâce à la force du transfert. C'est pourquoi écrit Freud il est important d'avoir un transfert solide avant de s'aventurer à produire des interprétations.

Ces écrits sur la technique de la cure ont fait l'objet de nombreuses controverses. Du vivant de Freud (citons notamment celle avec Ferenczi) comme plus tard. Certains psychanalystes ont érigé ces règles en dogmes. On sait cependant que Freud lui-même s'autorisait nombre d'aménagements en fonction de la personnalité de son patient, de sa pathologie et de la relation transférentielle. « *La mise en œuvre d'une technique en vue de réaliser une tâche montre que dans les situations de travail ordinaire, il faut toujours au technicien habile en venir à faire des infractions intelligentes à la règle. Il n'empêche, l'infraction intelligente ne prend son sens et sa valeur de ruse, d'habileté, de coup de main, elle ne peut être reconnue comme telle par les autres, que s'il y a bien une technique de référence, une « techne » au sens aristotélicien du terme, une règle de l'art commune* » écrit C. Dejours (2007 p. XII). Il ajoute « *la frontière entre l'infraction intelligente et la dérive inacceptable n'est pas facile à établir. Ce qu'implique alors la règle c'est l'exigence pour l'analyste, quand il commet une infraction, de pouvoir décrire les circonstances de son manquement et d'être en mesure d'en argumenter la légitimité.* » (...) « *Être à même d'explicitier et de justifier l'écart à la règle ne détruit pas la règle mais permet au contraire de maintenir la référence commune (voire de la faire évoluer collectivement), référence sans laquelle il ne saurait y avoir ni métier d'analyste au sens noble du terme, ni appartenance à un métier* » (Dejours, 2007, p.XIII)

Voyons maintenant en quoi consiste une « analyse sauvage » et pourquoi il n'est pas recommandé selon Freud, de se livrer à une telle pratique.

L'analyse sauvage : ce qu'il ne faut pas faire

Deux femmes de 40 ans environ se présentent chez Freud. L'une d'elle est dans un état de grande angoisse suite à son divorce. Elles sont toutes les deux bouleversées par le « diagnostic » porté par un médecin concernant cette situation. Les deux femmes rapportent à Freud que le médecin aurait diagnostiqué un besoin sexuel insatisfait et lui aurait proposé de se soigner en retrouvant son mari, en prenant un amant ou en se satisfaisant elle-même. La première voie étant impossible à prendre et les deux autres contraires à sa religion, cette femme se pense dorénavant incurable. Son amie tente de la rassurer en lui expliquant « *qu'il ne peut en être ainsi, car elle-même est veuve depuis de longues années et est quand même restée convenable sans souffrir d'angoisse* ». Finalement, le médecin oriente cette femme vers Freud. La première de nos tentations pourrait être d'investiguer un peu plus pour savoir si ce médecin a bien dit et fait une telle sottise. De fait, nous dit Freud, dans un contexte analytique, l'analyste n'a pas à s'attacher à la véracité d'un tel discours, il n'aura que faire du confrère parce qu'il n'a aucune idée de la réalité de ces propos et qu'il ne peut le déduire d'un discours

déjà pris dans le transfert³. S'il le traite ici « comme s'il avait vraiment existé » c'est uniquement pour sa valeur pédagogique.⁴ Admettons avec Freud « *que le médecin a parlé exactement comme la patiente le lui a rapporté* ». Un médecin qui pense, fait et dit ce genre de chose ne peut pas se réclamer de la psychanalyse nous dit Freud. Il réduit la sexualité au coït et au génital or la sexualité dans son acceptation psychanalytique s'étend à l'ensemble des activités humaines qui apportent du plaisir, et ce dès la naissance. Ce qui intéresse la psychanalyse c'est moins l'amour sexuel tel qu'il se joue entre adultes que la sexualité infantile à laquelle renvoient les symptômes, la sexualité infantile qui se réactualise dans toute relation et se retrouve à titre de composante dans la forme dite normale de l'amour sexuel. « *Nous portons au compte de la vie sexuelle toute mise en action de sentiments tendres qui procèdent de la source des motions sexuelles primitives, même si ces motions connaissent une inhibition quant à leur but originellement sexuel ou ont échangé ce but contre un autre qui n'est plus sexuel* » (Freud, p.43). Il est possible que l'insatisfaction sexuelle soit source de frustration et de souffrance mais penser que la souffrance psychique est à mettre au compte uniquement de la frustration sexuelle serait méconnaître totalement la réalité psychique. Rappelons que nous sommes en 1910 et que la seconde topique qui représente la psyché organisée à partir du Ça, du Moi et du Surmoi n'est pas encore écrite. Pour l'instant, en lien avec la première topique, le symptôme est à entendre comme résultant d'un conflit psychique entre deux dynamiques : celle de la pulsion et celle qui conduit au refoulement. De ce fait, recommander le coït et la satisfaction sexuelle aux personnes en souffrance psychique est une hérésie dans la mesure où pour nombre d'entre elles l'activité sexuelle est impossible. Elles n'en ont ni le goût ni la capacité. Si les choses étaient si simples, il n'y aurait pas besoin d'analyse. C'est parce que le fonctionnement psychique est bien plus complexe qu'on ne peut pas passer par cette voie-là. « *S'ils n'avaient pas leurs résistances internes alors la force de la pulsion leur indiquerait la voie de la satisfaction* » écrit Freud.

D'autres écueils menacent l'apprenti analyste, et notamment la tentation d'aller trop rapidement vers ce qui se montre trop bien pourrait-on dire. Car très rapidement, l'analyste peut construire une première hypothèse et être tenté de la transmettre au patient. Cette première hypothèse peut être juste... ou pas. Et pour le vérifier il va falloir mieux connaître le patient. D'autant que, parfois, l'analyste peut être abusé par un tableau clinique et se tromper de diagnostic ou de pronostic. D'autre fois, l'hypothèse est juste et évidente mais ce n'est pas pour cela que le patient est prêt à la recevoir. Quand l'analyste comprend quelque chose de ce qui arrive à son patient il peut être tenté de le lui faire connaître. Tout fonctionne comme s'il supposait que la pathologie était associée à une sorte de méconnaissance du patient. Il suffirait de lui expliquer, il suffirait qu'il comprenne pour que tout rentre dans l'ordre. Souvent, nous dit Freud le problème n'est pas de cet ordre, le patient sait exactement ce qu'il devrait faire ou au contraire arrêter de faire, mais il ne parvient pas à faire autrement. « *Ce n'est pas ce non savoir en soi qui est le facteur pathogène mais le fait que ce non-savoir est fondé sur des résistances internes qui ont tout d'abord suscité le non savoir et qui maintenant encore l'entretiennent. C'est dans le combat livré contre ces résistances que réside la tâche de la thérapie. La communication de ce que le malade ne sait pas, puisqu'il l'a refoulé n'est qu'une des préparations nécessaires à la thérapie* ». Il ajoute « *La communication de l'inconscient*

³ Si nous replaçons les propos de ces deux femmes dans le cadre de la relation transfero-transférentielle, on ne s'indignera donc pas de ce qu'a pu dire le médecin mais on s'attachera peut-être à l'hypothèse que ces deux femmes viennent voir Freud parce que précisément, il s'agit d'un médecin avec lequel elle pense pouvoir parler de sexualité et que parler de sexualité les intéresse.

⁴ On peut penser qu'il y a là pour Freud une bonne occasion de régler des comptes avec les médecins qui dans ce temps lui font un procès de perversité tout en ne comprenant pas du tout ses propositions. Il se peut que Freud ait lui-même inventé cette situation pour sa valeur pédagogique.

faite au malade a régulièrement pour conséquence d'exacerber en lui le conflit et d'accroître ses maux ».

Une fois que l'analyste a compris ou pense avoir compris quelque chose de la vie psychique de son patient il lui faut construire une interprétation. Pour Freud, la thérapie psychanalytique ne peut pas se passer de l'interprétation. Conçue comme une mise en mots, une mise en évidence, du sens latent du matériel amené par le patient (un rêve, un lapsus, une association d'idées), l'interprétation s'intéresse aux conflits inconscients et aux fantasmes qui en découlent. Elle se construit à partir du matériel apporté par le patient avec le savoir, les mots, la pensée du thérapeute en lien avec ce que le thérapeute connaît de la théorie psychanalytique. Elle se construit dans la relation transférentielle quand la compréhension du thérapeute a suffisamment avancé. Une fois construite, l'interprétation doit être formulée et transmise au patient. Cela ne peut se faire que quand l'analysant est prêt à recevoir cette révélation. Quand le transfert est suffisamment établi pour que le patient puisse affronter ses résistances, quand le matériel refoulé est suffisamment accessible. Elle doit être accessible à l'analysant, construite avec des mots et des concepts qu'il peut comprendre. Elle doit sans doute être juste mais surtout elle doit être opportune, autrement dit, elle doit pouvoir occasionner un remaniement. *« Cette interprétation ne peut pas intervenir avant que l'analysant ne soit arrivé lui-même à proximité de ce qu'il a refoulé, et deuxièmement pas avant qu'il ne soit attaché au médecin (transfert) au point que la relation de sentiment avec le médecin lui rende impossible de fuir de nouveau. »* Ce n'est qu'à ces conditions que le patient sera apte à affronter et à lever ses propres résistances. Dans « Vocabulaire de la psychanalyse », Laplanche et Pontalis (1967) écrivent *« L'interprétation ne recouvre pas l'ensemble des interventions d'un analyste dans la cure (il y a aussi l'encouragement à parler, la réassurance, l'explication d'un mécanisme ou d'un symbole, ...) encore que celles-ci puissent toutes prendre au sein de la situation analytique valeur interprétative. »* Autrement dit, tout peut faire interprétation, une attitude, une moue... un langage non verbal pris dans la relation transférentielle.

L'exigence d'une formation et d'une supervision

Freud écrit *« Il ne suffit pas pour le médecin de connaître quelques-uns des résultats de la psychanalyse ; on doit aussi s'être familiarisé avec sa technique si on veut que notre action médicale soit guidée par les points de vue psychanalytiques. Aujourd'hui encore, cette technique ne peut pas être apprise dans les livres... On l'apprend auprès de ceux qui la maîtrisent déjà. »* Faire autrement tout en se réclamant de la psychanalyse s'avère dangereux pour les patients abusés comme pour les psychanalystes et la psychanalyse. C'est pourquoi Freud et ses contemporains ont fondé au printemps 1910 une Association Psychanalytique Internationale. Pour que ne puissent se réclamer de la psychanalyse seuls ceux qui auraient été formés et reconnus comme tels par leurs pairs. Car enfin nous dit Freud, ce n'est pas tant les patients qui sont au danger de l'interprétation sauvage que la psychanalyse, car même si l'interprétation sauvage n'a pas le même effet qu'une interprétation prise et interprétée dans le transfert, elle n'a d'autres dangers souvent que celui de n'être d'aucune efficacité. Freud lui reconnaît d'ailleurs le mérite d'attirer l'attention du patient sur tel ou tel aspect de sa vie psychique. Reprenant l'exemple de la femme angoissée séparée de son mari, il pense que l'interprétation sauvage du médecin *« a contraint son regard à se porter sur le véritable fondement de sa souffrance ou sur ce qui est proche d'elle, ce qui ne restera pas sans conséquence favorable. »*

Quid du contre-transfert ?

Rien n'est dit dans ce texte sur la place du contre-transfert. Freud le définit dans un autre texte daté de 1910 intitulé « *Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique* » (dans le même recueil, p.27). Il définit le contre-transfert comme la réponse émotionnelle et fantasmatique de l'analyste à ce qui provient du patient (son discours mais aussi ses mouvements, ses actes). « *Nous sommes devenus attentifs au contre-transfert qui s'installe chez le médecin de par l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin et nous ne sommes pas loin d'avancer l'exigence que le médecin doive obligatoirement reconnaître en lui-même et maîtriser ce contre-transfert.* » (p.31) Le contre-transfert est perçu comme une influence du patient sur l'analyste et un obstacle à l'analyse. D'où l'exigence faite aux analystes en formation d'effectuer d'abord leur analyse pour continuer à être le plus neutres possible face à leurs patients. Les questions sur la place du contre-transfert dans la technique analytique ont ouvert bien des controverses depuis 1920. Aujourd'hui, des analystes comme A. Eiguer (2019) affirment que les meilleures interprétations sont issues de l'analyse du contre-transfert.

En conclusion.

L'article « De la psychanalyse sauvage » vise à expliquer ce qu'il ne faut pas faire en matière d'interprétation. Il peut se résumer en quelques mots : l'interprétation ne peut pas « *être faite avant que le malade ne soit arrivé lui-même à proximité de ce qu'il a refoulé et (...) pas avant qu'il ne se soit attaché au médecin.* » Autrement dit, l'interprétation ne peut être faite tant que le transfert n'est pas solidement établi car c'est dans le transfert et grâce au transfert que les résistances du patient pourront être « vaincues ». Ne pas respecter ces consignes est « *techniquement répréhensible* » écrivait Freud c'est pourquoi il est nécessaire que les analystes soient formés par d'autres analystes chevronnés et reconnus par leurs pairs. Rien ne se dit encore sur la place du contre-transfert dans la technique de la cure.

Bibliographie

- Eiguer A. (2019) *L'analyste sous influence essai sur le contre-transfert*, Paris, Dunod.
Desjours C. (2007) « Introduction » in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF.
Freud S. (1910) « De la psychanalyse sauvage », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2007.
Freud S. (1910) « Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique », in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2007.
Laplanche J., Pontalis J.B., (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.