

Nathan Stern

La fiction psychanalytique.

Etude psychosociologique des conditions objectives de la cure.

Mardaga, 1999, 201p.

p. 153-167

La cure interminable

Au-delà des mécanismes de persévération que nous avons examinés, il existe toute une classe de facteurs, distincts de ceux dont la psychologie sociale expérimentale étudie l'incidence, qui ont aussi pour effet de prévenir les départs, ou du moins de les retarder, en les rendant plus difficiles.

LA RITUALITÉ

Une première conséquence notable du régime de fréquentation, c'est qu'il conduit très rapidement le patient à sortir d'une logique de l'envie. Tout au long de sa cure, l'analysé n'est confronté qu'à une seule alternative : l'arrêt irrévocable de la cure ou une assiduité sans faille. Comme les séances sont programmées à l'avance, la probabilité est très faible pour qu'elles aient systématiquement lieu à un moment où le patient a envie de s'y rendre. L'assiduité est imposée par la règle (c'est-à-dire par l'argent) plutôt que par le désir, ce qui donne à la succession des séances un caractère rituel, inscrit dans la durée. C'est cette ritualité de la séance analytique qui fait perdre toute pertinence, pour le patient, à la question de savoir s'il faut ou non se rendre à la séance suivante. Or, suivre une cure, ce n'est rien d'autre qu'aller à une séance, puis à une autre, et ainsi de suite. On peut bien sûr se demander pourquoi Monsieur X a suivi, pendant sept ans, une cure qu'il jugeait et juge encore inutile. Mais on se priverait des moyens de comprendre ce que cet homme a vécu si l'on négligeait que de son point de vue, la seule décision qu'il ait prise au cours de ces sept années, c'est d'aller à la séance suivante.

154

Si l'on s'efforce de ne pas céder à l'illusion rétrospective qui tendrait à faire d'une cure une entreprise planifiée et cohérente, on peut découvrir un autre facteur qui rend l'arrêt de la cure plus difficile. Ce n'est qu'au terme d'une entreprise qu'on peut avoir une idée juste de sa valeur. Or, le patient qui arrêterait avant terme peut toujours se dire qu'il se priverait de l'essentiel : le bien dispensé par la psychanalyse n'est pas distillé morceau par morceau. Pour le dire autrement, la finalité de l'analyse n'est pas la même que celle d'une séance prise isolément. Comme le dit Catherine Clément, en psychanalyse, "vouloir guérir n'est pas nécessaire ; bien plus, ce serait une redoutable entrave"¹. Et pourtant, c'est bien l'espoir de la guérison, ou du moins d'une amélioration de leur santé, qui motive les patients à persévérer. Or, un patient n'est jamais confronté, au cours des séances, à quoi que ce soit de décisif qui puisse l'aider à considérer le tout. A se dire qu'il arrêtera tel jour, il perçoit qu'il n'aura rien obtenu de concret, de tangible, pas même une vérité ferme sur son histoire ou son identité. Il pourrait certes réclamer à son analyste un diagnostic provisoire, mais celui-ci ne le lui donnerait pas. Un diagnostic imposerait une récapitulation nécessairement réductrice et simplificatrice, ce que tout analyste rejette. Comme le dit D. Frischer, "interpeller directement l'analyste sur le déroulement de la cure, son utilité, son mode de fonctionnement [...] équivaut

¹ *Les fils de Freud sont fatigués*, Grasset, 1978, p. 129.

à poser la question de la fin de l'analyse, ce qui, lorsqu'on n'a pas un bon nombre d'années d'analyse derrière soi, peut apparaître comme prématuré ou incongru”².

D'UNE SÉANCE À L'AUTRE

Un autre aspect de la cure psychanalytique incite les patients à repousser indéfiniment le terme de l'analyse. En cours d'analyse, le patient ne cesse de rencontrer des obstacles de toutes natures qu'il doit surmonter pour continuer d'“avancer”. Il arrive que le patient perde la capacité de parler, qu'il bute opiniâtrement sur une interprétation de l'analyste qui lui paraît inacceptable, qu'il ne parvienne pas à se remémorer un épisode de son histoire qu'il tient pour crucial... Ces obstacles qu'analyste et patient s'accordent communément pour qualifier de “résistances” constituent autant d'injonctions au combat. Et le combat contre les “résistances” représente le quotidien du traitement. Mais, comme nous l'avons vu, ce type de combat ne donne jamais lieu

155

qu'à des des défaites ou à des demi-victoires. La levée d'une résistance entraîne inmanquablement la découverte d'une nouvelle résistance qui, à son tour, devra être levée. Et cette levée des résistances est un processus qui fonctionne en boucle, sans autre terme que celui que l'analyste consentira à lui assigner. Ce dont on peut alors être certain, c'est qu'il ne sera pas donné au patient de prendre quelque recul que ce soit avec le traitement, tant qu'il ira de résistances en résistances, des larmes à l'effroi, du désarroi au doute, de l'ennui à l'espoir le plus vif. Constamment, de nouveaux problèmes se découvrent, qui imposent dans une grande urgence la recherche d'une solution, et qui font toujours reculer la découverte de la solution ultime : la résolution des problèmes qui avaient motivé l'entrée en analyse. C'est spécifiquement ce type de processus qui limite le risque que le patient envisage la cure elle-même comme problème, ou du moins comme une stratégie de guérison parmi d'autres. Harcelé par les problèmes internes, le patient n'a jamais le loisir de considérer le tout, et de se demander si cette émergence continue de problèmes n'est pas solidaire de la voie thérapeutique empruntée pour en venir à bout. En somme, ce “piège”, comme tant d'autres, se fonde sur le fait que le sujet piégé s'est imposé un cadre au sein duquel aucune solution ne peut être trouvée au problème initial. Et le déroulement du traitement psychanalytique est d'autant plus favorable à un tel enfermement que la psychanalyse présente le processus même de délivrance, et non son terme, comme curatif. Encore une fois, c'est une amélioration de son état que le patient est venu chercher auprès de l'analyste, et non la remémoration de tel épisode infantile. La fin se perd ainsi dans la mise en œuvre des moyens.

CONFUSION ANALYSE/ANALYSTE

La cure analytique consiste en la fréquentation codifiée d'une personne habilitée. Pour peu que le patient soit attaché à cette fréquentation (mais pas nécessairement à l'analyste), rien ne l'aidera à connaître les causes opérantes de cet attachement ni la doctrine, qui noie et confond dans le seul transfert tous les sentiments relatifs à la cure et à son maître d'œuvre, ni le maître d'œuvre lui-même, qui renvoie tout propos le concernant aux conflits pulsionnels de son patient. De là à ce que le patient croie que l'analyste est la cause exclusive de son désir de persévérer en analyse, et agrège à sa personne tous les sentiments qui le poussent à persévérer, il n'y a qu'un pas. Quand, en outre, intervient un sentiment amoureux pour la personne de l'analyste, la confusion entre analyse et analyste est plus forte encore.

² *Les analysés parlent*, Dominique Frischer, Stock, 1977, p. 16.

Interrompre l'analyse, ce serait se priver de l'analyste. Et parce qu'on ne peut rencontrer l'analyste hors du cadre, la seule manière de le revoir, c'est de poursuivre l'analyse.

156

Cette indissociabilité de l'analyste et de l'analyse a une conséquence : le patient est systématiquement renvoyé d'un plan à l'autre. Il peut trouver la cure profitable, et en vouloir au praticien. Il peut aussi souhaiter arrêter l'analyse, mais ambitionner de continuer à fréquenter l'analyste. Ces désirs incompatibles sont cependant rarement vécus avec netteté. L'analyste jouit toujours du pouvoir d'interpréter les récriminations du patient à son encontre ou à l'encontre de la cure en un sens transférentiel. Les doutes qu'exprime le patient au sujet de la cure ou de l'analyste seront ainsi indistinctement rapportés à son histoire. Qu'il en veuille à l'analyste ou qu'il ne perçoive plus l'utilité de la cure, dans les deux cas, il aura à prendre une décision dans une grande méconnaissance des causes effectives de son attachement à la cure. N'étant jamais plus vulnérable que lorsqu'il est ignorant, le patient, divisé sur la conduite à tenir, cherchera à élucider ses doutes pour délibérer en toute conscience, et sera assisté dans cette tâche par celui auquel il livre tout : quand la conduite de fuite ou d'échec aura été dépitée, et le transfert, dont elle procède, surmonté, l'analyse pourra reprendre son cours, jusqu'à ce que l'analyste souhaite y mettre un terme.

LE POIDS DES JUGEMENTS DE L'ANALYSTE

Examinons à présent les différentes manières qu'ont les analystes de s'imposer comme les seuls détenteurs du droit d'interrompre l'analyse.

Dans un souci de prévention du départ, l'analyste s'est appliqué, dès les premières hésitations du patient, à lui donner le sens de son éventuel départ. Une fois de plus, c'est Freud qui, le premier, a montré l'exemple. Il interprète le départ de sa patiente Dora comme “un indubitable acte de vengeance”, un acte survenu “au moment même où les espérances qu'[il avait] d'un heureux résultat étaient les plus grandes”, un acte qui permettait à “sa tendance à se nuire à elle-même” de trouver son compte “dans cette manière d'agir”³.

Freud, à l'époque du cas Dora, manquait sans doute encore d'expérience. Par la suite, moins de patients lui ont échappé. De fait, il a mieux prévenu ses patients des risques qu'ils courraient s'ils s'avisait d'interrompre leur traitement prématurément — c'est-à-dire sans son accord :

Je n'oblige pas les malades à continuer leur traitement pendant un temps déterminé et laisse chacun d'eux libre de l'interrompre à leur guise, tout en ne leur cachant pas que l'interruption après une courte période de travail ne peut donner de bons résultats et leur fait parfois courir les mêmes risques qu'une opération qui demeurerait inachevée⁴.

157

Autant dire au patient qu'il est “libre” de prendre le risque de mourir. Mais l'éventail des réponses aux velléités de départ s'est aujourd'hui élargi. A la menace préventive, il semble que les analystes préfèrent le refus de communiquer. Nombre de témoignages décrivent des analystes se faisant de marbre lorsque le patient tente une sortie. Rompre ainsi la communication, de la part de l'analyste, c'est à la fois confondre le patient dans l'attente d'une réponse, de n'importe quelle réponse, et préfigurer l'indisponibilité radicale qui sera bientôt la sienne si le patient persiste. Curieusement, et au vu des mêmes témoignages, il semble que les analystes, pour la plupart, ne maîtrisent guère le “contre-transfert” dans ces moments-là. On ne les voit jamais autant affectés et maladroits que lorsque les patients annoncent leurs intentions de départ. Quoi qu'il en soit, le procédé est efficace : les analystes

³ *Cinq psychanalyses*, PUF, 1970, p. 82

⁴ *La technique psychanalytique*, op. cit., p. 88.

reprennent l'initiative sur les patients en étant les premiers à rompre effectivement la communication. Mais en demeurant dans le cadre du cabinet, ils les invitent tacitement à se rétracter, et maintiennent ainsi ouverte la possibilité pour leur patient de revenir à la raison.

Le fait que bien des analystes tendent à se figer et à simuler la surdité lorsqu'un patient leur annonce leur désir d'arrêter le traitement peut recevoir une autre explication. En se figeant lors de l'annonce d'un départ, les analystes interdisent au patient d'aller plus loin. Ils ne se contentent pas d'accorder au patient le congé sollicité ; ils refusent d'accuser réception de la demande, ils n'en prennent même pas acte. Seule la colère donne les moyens de rompre une relation sans la reconnaissance par l'autre partie de ce qui se passe. Pour ainsi dire, l'analyste ne propose qu'une alternative au patient : se rétracter, ou lui "raccrocher au nez".

Plus généralement, il paraît difficile de sortir indemne de l'expérience analytique si la velléité de départ est interprétée par l'analyste comme un symptôme supplémentaire. Pendant des mois, des années, l'analyste a été l'intercesseur du patient auprès de son inconscient. Et, tout au long du traitement, le patient a accepté le principe de l'interprétation ; il a accordé à l'analyste le droit au surplomb. Pour les patients qui ont le sentiment d'avoir vécu sous la tutelle de l'analyste, la bénédiction de celui-ci, au moment de l'envol, est plus que jamais nécessaire. Et dénier toute autorité à l'analyste lors du passage à "l'autre vie", cela équivaldrait pour ces patients-ci à se parjurer à l'heure fatidique. Fort heureusement, les patients sont en majorité exempts du sentiment que la fin de l'analyse marque le commencement de la vraie vie. Il n'empêche que, pour eux, arrêter le traitement sans le consentement de l'analyste réclame tout de même une force comparable à celle qu'il faudrait pour affirmer que l'on fait partie des élus sans la bénédiction du ministre de l'Église. Pour ces patients comme pour les premiers, ce sera une épreuve douloureuse que de sortir sans l'accord de celui qui, à leurs yeux, connaît la signification profonde de leur départ.

158

On pourrait imaginer que le patient rejette, au moment de son départ, tout ce qui lui a été enseigné au cours du traitement. Mais l'image nouvelle que le patient a de lui-même est fortement ancrée en lui. Il s'attribue désormais une identité qui deviendrait compromettante si celle-ci n'était plus "couverte" par la doctrine analytique. Il lui sera ainsi bien difficile de rejeter la psychanalyse dans son ensemble sans se retrouver dans le plus grand inconfort moral. Il n'est, par exemple, pas évident d'assumer son homosexualité latente si l'on ne voit pas "dans l'homosexualité une excroissance à peu près régulière de la vie amoureuse"⁵. De même, on sera bien gêné de son enfance de pervers sexuel si l'on nie que c'est le lot commun : "Si l'enfant possède une vie sexuelle (et tel est le cas), celle-ci ne peut être que de nature perverse"⁶. Il semble en fait que compromettre l'homme soit le meilleur moyen de le contraindre à adopter le système de croyances qui ne rend pas humiliante la vérité. Freud nous enseigne que "des gens que nous croyons seulement respecter, estimer, peuvent, pour notre inconscient, continuer à être des objets sexuels"⁷. Mais pouvons-nous pour autant avouer à notre grande tante, si telle est notre vérité, qu'elle est pour notre inconscient un objet sexuel ? Tout au long du traitement, le patient s'est autorisé une faiblesse, une passivité, une dépendance, une indifférence aux normes morales et un égocentrisme sans pareils. Or, ce qui est valorisé unanimement, dans le monde, c'est l'action, l'autonomie, l'altruisme, ou le souci des autres tout au moins... En un mot, tout le contraire de ce que propose la séance d'analyse... Il lui sera par conséquent bien difficile de conserver une image favorable de lui-même si l'analyste, auquel il s'est livré sans mesure, ne lui renvoie pas, le premier, une image favorable de ce qu'il est.

⁵ *Introduction à la psychanalyse*, S. Freud, *op. cit.*, p. 288

⁶ *Ibid.*, p. 296.

⁷ *La technique psychanalytique*, *op. cit.*, p. 56

Il est par ailleurs délicat de se reconnaître une compétence, un mérite ou une autonomie sans l'agrément de celui qu'on avait chargé de nous les dispenser. Face au ressentiment de celui qui a été à la fois un professeur, un éducateur et un maître, comment prétendre que l'enseignement a été assimilé ? Dans une relation de maître à disciple, c'est toujours la parole du maître qui conserve l'autorité et la légitimité. Et peut-on rejeter un maître sans que la valeur de l'enseignement qu'il a dispensé en soit discréditée ? Si le patient passe outre aux réticences de l'analyste, et rompt la cure sans sa bénédiction, il est d'une certaine manière condamné à y laisser ce qu'il y avait appris. L'analyste pourrait-il avoir été lucide et juste tout au long de la cure, et cesser de l'être au moment du départ ?

159

Tout est décidément fait pour que l'arrêt de la cure relève de la seule décision de l'analyste. Lui seul est à même de juger des progrès et de l'utilité de la cure. Le patient ne peut que s'en remettre à lui, et lui faire crédit de sa confiance, puisque l'analyste n'indique jamais à quel point de la cure le patient en est. Lorsqu'après cinq années d'analyse une patiente apprend de la bouche de son analyste (peu loquace) que tous ses problèmes sont en relation avec son enfance, elle se dit bien malheureuse de ne pas l'avoir su plus tôt, et explique qu'elle ait pu rester si longtemps ignorante d'une vérité essentielle en ces termes : "J'étais satisfaite puisque je me soignais et que vous (l'analyste) aviez l'air satisfait"⁸.

Assurément, l'arrêt "anticipé" de l'analyse est difficilement envisageable pour le patient comme autre chose que le signe d'un échec de la cure dans sa globalité. Poursuivre l'analyse jusqu'à ce que l'analyste veuille bien y mettre un terme apparaît alors comme le meilleur moyen de sortir de la cure sans devoir renoncer à ce qui y avait été acquis.

En somme, la seule certitude sur laquelle le patient peut se reposer, c'est que, s'il reste dans le cabinet, il n'aura à subir ni ses propres regrets, ni le ressentiment de l'analyste. Et pour peu qu'il ait été confronté aux ruses de l'inconscient, il sait combien celui-ci peut être retors. L'inconscient n'excelle-t-il pas en rationalisations abusives ? Et les voix qui le poussent à arrêter l'analyse ne sont-elles pas inspirées par ses résistances ? Bien sûr, les 200 francs que coûte chaque séance pourraient être investis dans la location d'un studio qui permettrait de ne plus subir le climat familial délétère, mais ne vaut-il pas mieux attaquer le mal à la racine, et traiter, avec l'analyste, les problèmes de fond, plutôt que de les fuir ? Quelques mois en analyse suffisent largement à disqualifier les procédures courantes de délibération et d'interprétation. Même le calcul des préférences, fonctions du coût et des bénéfices, perd tout crédit auprès du patient : le désir authentique est toujours en-deçà du calcul et de la rationalité ; il ne fait pas de comptes de boutiquier, mais s'impose avec l'évidence d'une sensation. Naturellement, la reconnaissance de cette sensation implique le concours de l'analyste. Voilà le patient revenu à la case départ.

Je repense souvent à l'analyste. Je suis persuadée qu'il vaudrait mieux interrompre le traitement. Mais en ai-je la force ?⁹

160

Si le patient se sentait suffisamment fort, il pourrait passer outre et quitter le navire. Mais il est fragile. L'analyste compétent, s'il a suivi la prescription de Freud, s'il a veillé "à ce que les souffrances du malade ne s'atténuent pas prématurément de façon marquée", l'a maintenu dans sa faiblesse. Freud est même allé plus loin en affirmant qu'"au cas où les symptômes" auraient été "détruits et dévalués", [le médecin] se verrait "obligé de recréer la souffrance sous les espèces d'une autre frustration pénible, faute de quoi" il courrait "le risque de

⁸ *Ma psychanalyse*, Nannina Zunino, Tchou, 1971, p. 131.

⁹ *Mon analyste et moi*, Joëlle Augerolles, Lieu commun, 1989, p. 32.

n'obtenir jamais qu'une faible et passagère amélioration”¹⁰. Anaïs Nin conte dans son journal un épisode savoureux, au cours duquel son analyste vient à bout d'une velléité de départ :

[Le psychanalyste :] Malgré cela, vous paraissez manquer d'assurance.

Il avait touché une corde sensible. Assurance !

[Il] se leva et dit en souriant : “Eh bien je suis heureux que vous puissiez vous tenir debout toute seule, que vous n'ayez besoin d'aucun secours”.

Je me mis à pleurer. Je pleurai. Il se rassit...

J'éprouvai soudain un grand désarroi à l'idée de me retrouver seule pour résoudre mes difficultés personnelles. Je demandai la permission de revenir¹¹.

Naturellement, le patient pourrait bien se séparer de son analyste en envisageant une autre forme de thérapie. Mais le psychanalyste a généralement pris les devants et disqualifié les autres stratégies thérapeutiques. Là encore, c'est Freud qui est allé le plus loin dans la légitimation de ces entraves à l'arrêt de la cure. “Les patients se désintéressent de la psychanalyse quand on leur indique plus d'une voie menant à la guérison.” Et quand bien même le patient souffrirait physiquement de ses troubles névrotiques, il vaudrait mieux “terminer le traitement psychique avant d'entreprendre le traitement organique, car si l'on commençait par ce dernier, on courrait le grand risque de le voir échouer dans la plupart des cas”¹². De manière plus générale, on peut constater que les psychanalystes sont passés maîtres dans la démolition de leurs concurrents. Il suffit d'avoir séjourné quelques heures dans un institut de psychanalyse pour en être convaincu. Les membres d'une école ou d'un institut se tiennent toujours pour les seuls héritiers légitimes de Freud, et ils affichent une hostilité virulente tant à l'égard des analystes rattachés à d'autres écoles qu'à l'égard des psychologues qui ne sont pas psychanalystes. Et dans la disqualification des offres concurrentes, tous les moyens sont licites, puisque que la fin est bonne. Quand Lacan, par exemple, épingle avec mépris l'Ego-psychology, en déclarant qu'elle est une école de réadaptation à *l'américan way of life*, il se montre soit de mauvaise foi, soit d'une désinvolture coupable quant à ses sources d'information. L'Ego-psychology tend justement et explicitement à armer les analystes contre les dangers de l'hyper-conformisme américain. De même, les psychanalystes phagocytent, en prétendant en révéler la vérité, toutes les pratiques qui pourraient, de près ou de loin, être comparées à la leur. Chaque année, le théâtre, l'écriture, la méditation religieuse ou la traversée du pôle en traîneau font ainsi l'objet de parutions et d'articles, lesquels font systématiquement apparaître le traitement psychanalytique comme la quintessence de ces pratiques. Le patient, exposé à ces jugements sans appel, par le biais de l'analyste ou à travers ses lectures, ne saurait, sans trahir son allégeance à la psychanalyse, créditer suffisamment ces pratiques pour aller à leur rencontre.

161

Une dernière incitation à ne pas quitter l'analyste pèse sans doute très lourd dans les longues analyses l'espoir de devenir soi-même analyste. D. Frischer constate ainsi que “l'idée de devenir analyste effleure la majorité de ceux qui ont plus de cinq ans d'analyse”¹³. Un départ décidé sans l'agrément de son analyste signifierait la perte irréversible du crédit acquis auprès de lui au cours des années de traitement. Un tel départ compromettrait les chances d'obtenir une analyse didactique, non seulement auprès de son analyste, mais aussi auprès d'analystes plus prestigieux affiliés à la même école : les analystes, comme les directeurs des ressources humaines, se méfient beaucoup des démissionnaires. Quitter l'analyste reviendrait souvent, professionnellement, à s'imposer de repartir à zéro, si c'est le métier d'analyste que l'on

¹⁰ *La technique psychanalytique*, S. Freud, *op. cit.*, p. 136.

¹¹ *Journal*, Anaïs Nin, Le livre de poche, 1980, p. 116.

¹² *La technique psychanalytique*, *op. cit.*, p. 97.

¹³ *Les analysés parlent*, *op. cit.*, 14.

envisage de pratiquer. Le témoignage d'Abram Kardiner illustre bien cette servilité calculée à l'égard des attentes de l'analyste :

Je craignais que Freud ne découvre mon agressivité cachée. Je passai donc une alliance muette avec Freud : "Je continuerai d'être docile pourvu que vous m'accordiez votre protection". S'il me repoussait, je perdais à jamais toute chance d'entrer dans le cercle magique de la profession¹⁴.

DU CÔTÉ DE L'ANALYSTE

Avant de clore cette explication de la durée des cures, nous voudrions dissiper les malentendus éventuels qui pourraient résulter d'une lecture hâtive des thèses qui précèdent. Si l'on cumule tous les facteurs qui rendent le départ difficile, il semblerait que tous les patients restent indéfiniment en analyse, et que leur départ donne systématiquement lieu aux tourments les plus éprouvants. Naturellement, il n'en est rien. Il est d'abord exceptionnel que tous ces facteurs se cumulent. Ainsi, lorsqu'un patient n'est en analyse que depuis quelques mois, la plupart des facteurs évoqués sont sans grande incidence. Pour peu qu'un patient souhaite interrompre son analyse moins de douze ou dix-huit mois après l'avoir entamée, il ne lui sera *a priori* pas bien difficile de mettre effectivement en application sa décision. Et ce, qu'il ait ou non l'accord de son analyste. De même, toute une classe de patients échappe aux tourments liés au départ. C'est la classe des adeptes qui ne cherchent dans l'analyse rien d'autre qu'elle-même, et qui, à cet égard, sont les mieux protégés contre les difficultés du départ. Ces patients envisagent leur analyste

162

comme un intercesseur permanent, plus ou moins compétent, entre eux et eux-mêmes. Parce qu'ils ont généralement fait plus d'une "tranche" d'analyse, et qu'ils disposent d'une réelle culture psychanalytique, ils s'accordent sans grande hésitation le droit de juger que l'analyste fait erreur lorsqu'il estime leur départ prématuré. Arrêter l'analyse dans de telles dispositions permet de conserver les bénéfices de l'analyse qui a été menée, sans se sentir naïf à l'égard de ses pulsions. Enfin, il arrive que l'analyse connaisse une fin heureuse, et aisée. C'est en particulier le cas lorsque le patient retrouve le souvenir grâce auquel "tout devient cohérent"¹⁵. Quand Marie Cardinal, par exemple, se souvient qu'un jour, sa mère l'ayant fait mettre sous la douche pour la calmer, elle ravala sa violence et sa haine, elle estime tenir le refoulé qu'elle avait tant cherché. Elle déclare après coup : "Cette révélation soudaine de ma violence [fut] je pense le moment le plus important de ma psychanalyse" (!). Il arrive de même que le patient juge avoir recouvré la santé, ou son autonomie : "Je me sens capable de vivre seule maintenant. Je me sens forte"¹⁶. Ou, dans un style plus coloré : "Merci de m'avoir éclairée de votre amour qui vaut bien la lumière et qui m'a donné le courage de la supporter sans lunettes de soleil"¹⁷. Mais que la cure s'arrête sur une "révélation" ou sur le simple sentiment d'une amélioration décisive, c'est toujours sur la suggestion de l'analyste que le traitement est achevé. Marie Cardinal créditerait-elle sa découverte si son analyste avait jugé dérisoire l'épisode qu'elle relate ? Les deux autres patientes dont nous avons cité les déclarations reconnaissantes se sentiraient-elles pleinement vivantes si leur analyste avait interprété l'impression d'aller mieux qu'elles leur ont témoignée comme le signe avant-coureur d'une rechute inéluctable ?

¹⁴ *Mon analyse avec Freud*, Belfond, 1978, p. 90.

¹⁵ *Les mots pour le dire*, Marie Cardinal, Grasset, 1975, p. 231.

¹⁶ *Ibid.*, p. 315.

¹⁷ *Ma psychanalyse*, Nannina Zunino, *op. cit.*, p. 360.

Si donc les fins de cure ne sont pas toutes, nécessairement, éprouvantes, il n'en demeure pas moins que c'est, dans le cas le plus fréquent, à l'analyste de juger quand il faut mettre un terme au traitement. Et ce sont essentiellement les conséquences de cet aspect-là que nous avons voulu mettre en lumière dans les paragraphes qui précèdent. Quand rien ne se passe de décisif aux yeux du patient, et que celui-ci ne souhaite pas laisser aveuglément à son analyste le soin de déterminer quand il conviendra d'arrêter le traitement, les facteurs que nous avons évoqués joueront à plein. Et ces facteurs ont une incidence d'autant plus grande que le traitement a brouillé les finalités de la cure. La psychanalyse substitue aux enjeux initiaux — objectifs et assez définissables — de nouveaux enjeux, qui sont, eux, irréductibles. Le patient y gagne en profondeur. Il développe sa sensibilité aux apories de la condition humaine, à la contingence relative des choix et des rôles qui sont les siens. Mais sa démarche, qui avait initialement un but, a été transformée en démarche de recherche indéfinie. Tant qu'il reste en analyse — et c'est immergé dans l'analyse que le patient doit prendre la décision de l'interrompre —, il ne pourra guère se forger d'idée précise sur lui-même. Et comment savoir ce que signifierait, pour lui, "aller mieux", s'il n'a pas une idée précise de l'homme qu'il doit devenir ?

163

C'est cette impossibilité pour le patient de savoir si la cure est achevée ou non qui permet de comprendre que l'interruption de l'analyse soit presque toujours vécue comme une grande violence¹⁸. Cette violence, c'est en bonne partie celle du doute qui tourmente le patient sur l'opportunité d'une sortie. Le départ est inéluctable, mais pourquoi partir aujourd'hui plutôt que demain ? C'est ainsi "sans certitude absolue" que le patient arrête, il n'arrête que "parce qu'il faut bien arrêter un jour"¹⁹. Rassurons-le. A s'arrêter plus tôt, il ne serait jamais venu à bout du sentiment que son analyse est incomplète, inachevée : quel que soit le nombre d'années qu'il aura passées en analyse, il aura le sentiment, comme presque tous les analysés, "de ne pas être allé jusqu'au bout de [son] exploration"²⁰.

Que des analystes — par ailleurs peu nombreux — cherchent à maintenir leurs patients en analyse le plus longtemps possible ne constitue pas l'enjeu qui donne un sens à tous ces développements sur les facteurs de persévération. Le problème essentiel réside dans le fait que la méthode analytique donne à l'analyste seul la légitimité dans la décision de mettre fin à un traitement, et que le moment que l'analyste jugerait opportun pour interrompre la cure coïncide rarement avec celui que le patient aurait privilégié : il lui est presque systématiquement postérieur. Pourquoi ? Qu'un intérêt financier puisse déterminer certains analystes à faire durer les cures, cela est possible ; mais ce facteur est difficile à évaluer, et ne concerne, de toute évidence, qu'un minuscule aspect de la question. Nous préférons l'évacuer, car il nous ferait passer à côté de paramètres autrement plus essentiels. Pour le dire simplement, il nous semble que c'est en bonne partie la doctrine, d'une part, et l'attitude du patient, d'autre part, qui incitent les analystes à prolonger les cures au-delà de ce que les patients souhaiteraient. Pour avoir une compréhension adéquate de l'attitude des analystes face aux demandes d'interruption de la cure qui émanent de leur patient, il nous faut adopter leur point de vue. A quel spectacle l'analyste est-il confronté ? A celui d'un patient qui lui demande, et dans le cas le plus extrême, le supplie²¹ de bien vouloir mettre un terme au traitement. Mais, nous l'avons vu, les analystes méconnaissent en grande partie les mécanismes de persévération à l'œuvre chez leurs patients. Il est donc compréhensible que l'analyste se dise que le patient n'aurait aucune difficulté à se séparer de lui si son désir

¹⁸ *Les analysés parlent*, Dominique Frischer, *op. cit.*, p. 290.

¹⁹ *Ibidem*, p. 288.

²⁰ *Ibidem*, p. 195.

²¹ *Les fils de Freud sont fatigués*, Catherine Clement, Grassqet, 1978, p. 129.

d'arrêter l'analyse était sincère et entier, si son transfert était liquidé, s'il avait véritablement cessé de s'en remettre à lui. C'est alors tout autant l'attitude du patient que les interprétations que lui suggère la théorie du transfert qui l'inciteront à ne pas interpréter les demandes du patient comme des demandes réelles, mais comme des effets du transfert, des résistances qu'il convient de lever. Il est tout à fait envisageable que, pas une seconde, l'analyste ne songe au fait que le patient est peut-être piégé par le dispositif, et non par ses projections. Et ce n'est pas le patient qui parviendrait à lui faire connaître ce fait : son seul pouvoir, sa seule autorité, c'est d'abolir la relation elle-même. On l'a vu, le patient ne jouit d'aucun espace de manœuvre ; la demi-mesure, le compromis ou la simple discussion lui sont refusées : il ne peut prendre ses distances, ou cesser de payer sans que son geste équivaille à une défection, à une rupture de toute communication. Et c'est parce que l'analyste néglige cette impuissance du patient à lui parler depuis un autre cadre que celui de l'analyse qu'il lui sera difficile de prendre au premier degré la demande du patient. Celui-ci ne continue-t-il pas de payer régulièrement ? Et n'assume-t-il pas la position de demandeur, la position de patient ? Il peut bien demander, menacer, se débattre, jurer tout son saoul : son assiduité, sa présence même dans l'espace du cabinet peuvent passer pour une preuve vivante de ce qu'il est encore dans le traitement, de ce que rien n'est fini. Tant que le patient paie, tant qu'il demande, l'analyste n'a aucune raison de prendre les demandes et les insultes pour lui. Si le patient n'était pas ambivalent, peut songer l'analyste, si c'était réellement moi qu'il détestait ou qu'il implorait sans succès, il prendrait congé de moi sans hésiter.

Mais quels critères les analystes appliquent-ils pour juger qu'une cure est arrivée à son terme ? En théorie, le terme de l'analyse coïncide avec la "perte de l'idéalisme", qui se traduit par la liquidation du transfert. Le patient ne fait alors plus dépendre sa vie de quiconque, et surtout pas de l'analyste : il ne s'en remettra plus désormais à personne pour apprendre qui il est et ce qu'il doit faire. Il sera proprement individué. Mais faire dépendre l'arrêt de la cure d'une telle condition est très problématique. L'analyste, non content d'être seul habilité à juger si cette condition est satisfaite ou non, est aussi celui qui a le pouvoir de faire en sorte qu'elle soit satisfaite. Et le plus souvent, il n'est pas conscient de ce pouvoir. En somme, ériger la liquidation du transfert en signe d'achèvement de l'analyse, c'est négliger le fait qu'il est impossible de faire la part des responsabilités respectives de l'analyste et du patient dans cette liquidation : sans doute n'a-t-elle lieu que lorsque l'analyste donne au patient de quoi briser l'image que celui-ci se fait de lui. Cette faiblesse du critère qui signe la fin de la cure — la liquidation du transfert — s'explique aisément. Les buts que les analystes poursuivent pour leurs patients sont aussi divers qu'ésotériques.

Ceux-ci vont de la perlaboration de la position dépressive au développement d'un intérêt croissant pour l'objet, en passant par l'augmentation de l'autonomie du moi ou de son degré de cohésion. Peut-on croire un instant que la réalisation de telles finalités dépende d'autre chose que de leur bon vouloir, et peut-être aussi de leur capacité à s'abuser sur ce qui se passe réellement dans la psyché du patient ?

La conception psychanalytique des buts de la cure — c'est-à-dire de sa fin — ne nous paraît pas seulement critiquable parce qu'elle fait interpréter comme une illusion transférentielle toute volonté d'arrêter le traitement qui n'aurait pas été inspirée ou suggérée par l'analyste. On peut aussi lui reprocher de ne pas remettre en cause l'idée freudienne que la notion de "maladie" n'ait qu'une valeur purement pratique et ne soit "qu'une question de plus ou de moins"²². Les buts assignés au traitement sont tels qu'ils ne peuvent jamais être absolument atteints, et qu'il est toujours possible de s'en approcher davantage. Et cela reste vrai même si l'on considère, plutôt que les buts savants, les buts qui connaissent une formulation

²² *Cinq psychanalyses*, S. Freud, *op. cit.*, p. 196.

vulgarisée : approcher de sa vérité, se sentir mieux, être plus vivant... Est-il légitime que la psychanalyse se donne le titre de thérapie si elle dissout l'idée de santé, et recommande implicitement à chacun de suivre une cure sa vie durant ? (Nous laissons délibérément de côté la distinction que Freud établit entre le malheur névrotique de l'homme avant l'analyse et le malheur ordinaire de l'analysé. Aucun critère n'étant fourni pour permettre la discrimination des deux types de malheurs, elle fait la part trop belle à l'autosuggestion et à la conviction de l'analyste.)

A ce titre, les mises au point qui suivent, écrites par un analyste, méritent d'être citées. Elles sont une réponse honnête à un propos qui s'entend souvent en France : "Plus longue est une analyse, plus grand sera le profit qu'en retirera le patient". Nous ne jugeons nullement que les analysés en perdition que décrit cet extrait soient représentatifs des analysés en général. Aucune des observations que nous avons pu faire ne nous invite d'ailleurs à le penser. Mais, à certains égards, ces patients représentent des types purs de l'*homo psychanalyticus*, des spécimens du nouvel homme qui résulte d'une application illimitée et aveugle du traitement. La psychanalyse ne crée pas un tel état de choses, mais elle le rend possible, et, dans une certaine mesure, elle le favorise. Elle confie à des analystes — qui ne sont que des hommes, sujets comme tous les hommes à l'aveuglement et à l'intérêt — un pouvoir exorbitant.

166

Il est certainement arrivé à certains d'entre vous de recevoir des personnes qui, après dix ou quinze ans d'analyse, étaient dans l'état déplorable de ceux qui ont tout perdu : leur argent, leur situation, leur femme. Le pouvoir de l'analyste auquel ils se sont livrés les a littéralement décérébrés et ils avouent être prisonniers d'un piège. Après quelques années d'analyse, à l'époque où ils avaient pu constater une certaine amélioration de leur état, [ils] n'avaient trouvé du côté de l'analyste d'autre écho à leur désir de s'en aller qu'un sempiternel "Vous devez poursuivre". Comme ils attendaient pour partir l'accord de leur analyste, et que l'analyste ne semblait pouvoir tenir à ce sujet aucun autre discours, ils étaient contraints d'entrer dans une dépendance toujours plus extrême. Leur souffrance se trouvait encouragée à se déployer et, dans le même temps, leur incapacité à considérer comme valable leur propre sentiment d'inutilité de la poursuite de l'analyse, et aussi leur incapacité à tirer la conclusion de leur impuissance à se poser comme individu responsable de leur propre destin²³.

En somme, parmi plusieurs dizaines de témoignages d'analysés, il ne s'en trouve pas un seul qui fasse état d'une satisfaction univoque de la demande initiale. Les analysés, en majorité, peuvent bien juger s'être vu offrir quelque chose de plus précieux qu'un bien objectif, voire quelque chose à quoi on ne peut donner de prix, ils admettent que les phobies, l'angoisse, l'anorgasmie... — qui avaient motivé leur entrée en analyse — demeurent non résolues... Et quand bien même des événements ou des modifications de comportement seraient intervenues au cours du traitement, leur lien causal avec le traitement est pour le moins lâche. Peut-on effectuer des prédictions sur cinq ans ? Il n'est nul besoin d'être en analyse pour rencontrer la femme de sa vie, guérir de son eczéma, être infidèle, faire du sport, et divorcer.

Les analysants commencent ainsi une analyse parce qu'ils se sentent aller mal, et la finissent en déniaut aux problèmes qui avaient motivé leur entrée en analyse tout intérêt, voire toute pertinence, alors même que ces problèmes subsistent. Notre recours à l'hypothèse de la manipulation représente à ce titre une tentative pour rendre compte du hiatus qui existe dans la représentation des buts de l'analyse pour le patient entre l'entrée et la sortie de l'analyse.

Tout au long du traitement, le patient est privé de l'information minimale concernant sa situation. Et limiter l'accès du patient à l'information, c'est encore en un sens le manipuler. En complète méconnaissance de cause, en l'absence de tout critère solide et objectif, le patient

²³ *Comment faire rire un paranoïaque ?*, François Roustang, Odile Jacob, 1996, p. 207

doit délibérer et décider. Il se dit que sa névrose est légère et que cela ne devrait pas être bien long. Il ne peut même pas savoir s'il était dans son intérêt de faire une analyse parce qu'il n'a d'idée précise ni de ce qu'il peut en attendre, ni de ce que cela peut lui coûter, en temps, et en argent. Il ignore qu'il se peut que le travail analytique proprement dit ne commence qu'après deux ou trois ans de levée des résistances, qu'il ne lui arrivera *a priori* jamais rien de décisif qui puisse constituer un critère pour arrêter l'analyse, qu'on constate qu'il est très difficile de s'arrêter, une fois engagé, sans la bénédiction de l'analyste, que s'il souhaite interrompre un jour provisoirement l'analyse, il

167

ne pourra être assuré que l'analyste le reprendra... Le patient ne sait rien. Sa rationalité mise en défaut, il lui faut s'en remettre aux autres instances pour décider s'il y a lieu de commencer, de continuer, ou de cesser. Le pressentiment que c'est une bonne chose, l'impression que "le courant passe avec l'analyste", l'exotisme solennel du divan, l'intuition qu'il lui faut persévérer, l'inclination à finir ce qu'il a entamé, la certitude erronée qu'un jour "ça se passera différemment", en un mot, les conjectures, deviennent alors les seuls maîtres de la décision.

