

Coucher pour soigner: la condition de ma sollicitude

u moment de situer la psychanalyse relativement à un tiers payant, privé ou gouvernemental, ou de considérer la responsabilité légale de sa supposée visée thérapeutique, le médical ne manque jamais de faire un retour en force pour tenter de dominer de son modèle toute démarche associée aux soins. C'est ainsi que nous avons été amenés, ces dernières années, à reprendre le débat qui a souvent cherché, depuis Freud, à distinguer l'acte psychanalytique de l'acte médical. Mais au-delà de ces occasions ponctuelles où les intérêts professionnels de chacun imposent d'emblée leurs priorités, c'est la véritable nature du thérapeutique qu'il vaudrait d'interroger.

Que pourrait bien vouloir dire, en psychanalyse, ce qui est appelé « la relation thérapeutique » ? Dans certains milieux, dont le mien fait partie, le « thérapeutique » a mauvaise presse. On a tôt fait de l'associer à la seule visée médico-psychiatrique et de le dénoncer comme un avatar regrettable venant fausser la voie psychanalytique pure. Depuis le temps, les mises en

garde quant à l'idée de guérison ont fait leur chemin et, de nos jours, on tiendrait pour suspect celui qui prétendrait avoir guéri son patient par la psychanalyse. Au mieux, la guérison ne pourrait venir que « de surcroît », comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre, par l'opération d'un tiers. Alors, soit ! pour l'idée de guérison, trop proche de la suggestion ! Mais qu'en serait-il de l'idée de « soigner l'autre » ? Cette simple disposition, sinon la motivation qui la sous-tend, devrait-elle subir le même sort ?

À première vue, on se méfierait aussi du « vouloir prendre soin de » en séance de psychanalyse. Encore là, on serait porté à penser que ce type d'attitude devrait être laissé à d'autres : c'est ainsi que l'idée kleinienne de réparation a déjà fait glousser tous ceux qui ne se soucient pas du bon objet, et, de la même façon, on sourit souvent à l'image de la « nounou » winnicottienne quand on n'en retient que l'aspect « good enough ».

Je serais tenté de me dire que l'autre peut toujours imposer sa guérison, le bon autre peut toujours prendre soin de son patient, mais moi-psychanalyste consacré tout entier à préserver ma méthode, je m'en garderai bien. Mon abstinence ne serait faite que de refus, mon offre que de privation, ma présence que d'absence. J'incarnerais ainsi un pur esprit en inhibant les mouvements du corps, laissant aux praticiens de la suggestion l'usage de la bonne intention. Moi, je ne suggère rien... à moins que ma méthode ne soit déjà... Ah non ! En tant que psychanalyste pur, je ne ferais que proposer une investigation des phénomènes psychiques. Rien d'autre.

Or, pour qui pratique la psychanalyse presque tous les jours, ce débat qui force la dichotomie — la méthode psychanalytique *vs* le thérapeutique — apparaît de plus en plus vain et plutôt révélateur d'un désaveu, comme si moi-psychanalyste, et cherchant à le demeurer, je ne savais pas en quoi je pourrais reconnaître mon souci thérapeutique. Entièrement occupé à dénoncer, avec raison, mes habitudes médicales qui chercheraient trop le traitement de choix, trop l'efficacité sinon la guérison visible, on dirait que je n'ai plus de mots pour qualifier ce qu'il me reste de sollicitude en séance et qui ne serait pas réductible à une fonction médicale, chèrement acquise, ne voulant pas me lâcher. Je n'arriverais donc pas à préciser en quoi ma

façon de « prendre soin » de l'autre en psychanalyse pourrait être spécifique. Tout au plus, il ne me viendrait que d'affirmer ce qu'il ne faut pas qu'elle soit : ne pas être médecin, psychiatre, psychologue, psychothérapeute, supposant chez tous ceux-ci une visée thérapeutique primaire et facilement identifiable. De plus, pour l'analyste francophone, viendrait s'ajouter à cette liste de thérapeutes avoués, la majorité de nos collègues analystes anglo-saxons, eux supposés asservis à leur éthique médicale. Il n'y en aurait encore que pour les autres !

Voici ma thèse : plus on se situe parmi les purs, plus le thérapeutique gêne, et plus la pratique quotidienne fait vivre l'expérience d'un paradoxe. Comme si, dans le meilleur des cas, de part et d'autre, l'analysant et l'analyste en viendraient à tenir pour suspect leur projet thérapeutique respectif. On peut bien dire qu'il en va de soi si l'on pense aux abus que recèle l'idée de guérison. Il n'en reste pas moins que la visée thérapeutique que l'analyste serait supposé garder en périphérie du champ analytique proprement dit, ne manquera pas de faire retour comme une dimension laissée pour compte de nos élaborations théoriques. Dans ces conditions, le refus (ou refusement) du thérapeutique devient vite le refus d'inclure le thérapeutique dans la théorie de la « cure type ».

Quand on pense la psychanalyse d'abord comme une méthode, on en vient trop souvent à faire du refus du thérapeutique une condition de sa mise en place. Ne pourrait-on pas penser que la méthode elle-même n'aurait prise qu'à la faveur d'un certain mode thérapeutique spécifique à la psychanalyse ? Et s'il existait, ce thérapeutique psychanalytique, quel pourrait bien en être l'originalité ?

Considérons, par exemple, le symptôme. L'analyste se garderait bien de le définir comme un simple corps étranger à faire disparaître sans égard aux facteurs étiologiques en jeu. Par conséquent, dans la mesure où il reconnaît dans le symptôme une formation de compromis, enfermant précieusement désir et interdit, drapée dans plusieurs couches identificatoires, l'analyste ne peut plus conserver intacte la notion médicale d'amélioration symptomatique. Toute sa conception du « soigner » est alors mise en cause. Il ne peut plus assigner le mal à la souffrance de l'autre dont il

saurait, lui l'analyste, quel bien mettre à la place. Car, d'où lui viendrait pareille bienveillance ? Et surtout, en isolant le mal à soigner et en cherchant à lui substituer un bien à courte vue, n'en viendrait-il pas à ignorer de quel défaut d'existence ce mal serait le signe ? Convenons qu'après la découverte freudienne, les conceptions du « mal-être » et du bien-être ne sauraient être les mêmes. Afin de fournir les conditions d'une véritable expérience existentielle, on doit donc suspendre tout jugement qui s'empresserait de départager le mal et le bien-être, sachant désormais qu'un bien peut faire mal et réciproquement.



Tenir à son mal

D'abord, posons que les intuitions les plus novatrices de Freud quant à la nature compulsive des motions inconscientes ont pris naissance dans le renversement qu'a obligé la prépondérance donnée à l'idée de résistance et, plus tard, à l'idée de réaction thérapeutique négative. Ainsi, les forces qui entravent le travail thérapeutique ont pris, petit à petit, un rôle révélateur, non pas d'un simple obstacle sur la voie de la découverte des déterminants inconscients, mais de l'existence de l'inconscient pulsionnel lui-même dans son caractère le plus irréductible à toute espèce de domestication. Résistance du moi, résistance du surmoi mais surtout, en l'occurrence, résistance du ça.

C'est en interrogeant ce qui en est d'« être mal » et d'« avoir mal » que la psychanalyse a mis en lumière ce qui en serait, à son insu, de « tenir à son mal ». Par conséquent, tout empressement à vouloir soigner ce mal inquiète. La tendance à « soigner » de l'analyste est ainsi devenue objet de suspicion cautionnant naïvement la prétention consciente du patient de ne plus vouloir « avoir mal ». En revanche, jusqu'où faut-il que le psychanalyste méconnaisse la nature de sa propre visée thérapeutique pour ne reconnaître ce qui en est de la résistance au traitement que chez « son » patient ? Toute réaction thérapeutique ne devrait-elle pas être considérée d'abord comme réaction à une véritable intention thérapeutique du côté de l'analyste ?

On sait que, depuis l'enfance de chacun, l'adulte humain qui prend soin anticipe ce dont l'autre aurait besoin, devance sa demande par son offre « bienveillante ». De la même façon, on pourrait supposer que la première demande adressée à l'analyste sous forme de soin à recevoir ne ferait que lui retourner, de façon inversée, son propre projet de soignant, son offre thérapeutique.

Poussons un peu plus loin l'interrogation : du côté du patient, s'il est une résistance au traitement, le désaveu, du côté de l'analyste, de sa visée thérapeutique n'en serait-il pas un équivalent ? Et de quoi serait fait ce désaveu ? Par suite de la dichotomie médicale, on s'était habitué à l'idée que le mal se situerait du côté du patient souffrant et le bien à faire, le bien-être à retrouver, du côté du praticien. Mais, dès lors qu'il est vraisemblable, selon l'hypothèse de la psychanalyse, que le patient puisse « tenir à son mal », ne pourrait-on pas proposer tout autant que l'analyste, lui, « tiendrait à son bien » plus qu'il ne consent à le penser ? Le double visage de sa disposition thérapeutique serait ainsi au cœur de son désaveu.

Ce serait peut-être que sa bienveillance, comme son besoin de soigner, de prendre soin de l'autre, à la racine du projet thérapeutique de chacun, ne pourrait être théorisée par l'analyste sans l'hypothèse, spécifiquement psychanalytique, du travail de la mort. Ce travail ne constituerait-il pas la bienveillance aussi bien que les forces de vie qui semblaient être sa seule disposition ? « Veiller à son bien », « tenir à son mal », et « vouloir le bien de l'autre », autant d'expressions qui pourraient évoquer l'odeur mortifère de l'emprise. Mais il est sans doute trop tôt, à ce point-ci, pour convenir qu'il serait de la nature même du thérapeutique, tel qu'il est reconnu en psychanalyse, d'être un amalgame des forces d'Éros et de celles qui lui sont opposées.



La pulsion qui se retient

Freud s'est souvent interrogé sur ce qui semble être un paradoxe, celui

d'une transformation intrinsèque de la pulsion, une sorte de contrainte qui ne serait pas attribuable à des éléments extérieurs. « De quoi est faite la tendresse, et que sont les sentiments sociaux ? se demandait-il. De quoi serait faite une certaine forme d'attachement qui révèle la tendance prédominante à la conservation du lien à l'objet, d'un type d'investissement plus durable ? Il a postulé, dans « Le moi et le ça », l'existence des pulsions libidinales à but inhibé ou de nature sublimée. Il reviendra plus tard, dans les *Nouvelles conférences*, à ces pulsions qui sont « inhibées quant au but » et dont il avait déjà fait l'hypothèse, dès 1912, dans son article : « Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse ». Ainsi, pour rendre compte de ce qui permettrait de conserver un lien à l'objet, Freud retrace au cœur même de la pulsion, et particulièrement pour certains contingents pulsionnels, des modifications qui sacrifient à la pleine satisfaction libidinale afin de sauvegarder une visée relationnelle qui maintient l'objet au prix d'une inhibition du but sexuel de l'investissement érotique. Notons encore que cette transformation intrinsèque de la pulsion érotique a toujours été distinguée de l'action du refoulement sur les pulsions partielles prégénitales.

Mais cette « résistance interne » de la pulsion, qui « l'empêche d'atteindre ses buts sexuels directs », n'est-elle pas à l'origine d'autres processus comme la sublimation, l'identification, la déssexualisation ? Pour Freud, en effet, ces différentes transformations de la libido d'objet en libido narcissique ne peuvent s'opérer que par le travail de ce qui est appelé pulsion de mort sur l'Éros. Ce qui lui faisait dire dans *Le moi et le ça* : « en s'emparant ainsi de la libido des investissements d'objet, le moi se pose comme seul objet d'amour, il déssexualise ou sublime la libido du ça, il travaille à l'encontre des intentions d'Éros, il se met au service des motions pulsionnelles opposées. »

Le travail du moi, dont la sublimation, l'identification et la narcissisation seraient des aspects essentiels, se situe donc dans un champ paradoxal où pour conserver l'Éros, il faut travailler contre lui. Cette conception nouvelle en 1923, en cherchant à mettre en œuvre la deuxième topique et la nouvelle théorie des pulsions, en faisant valoir les jeux complexes et irréductibles d'intrications et de désintrications au niveau des instances et

des pulsions en cause, laissait déjà entrevoir sur quel leurre les instances se constituent. Comment le moi, en effet, pourrait-il reconnaître qu'il « travaille à l'encontre des intentions d'Éros » ?

Ainsi, l'inhibition quant au but, comme une résistance interne à la satisfaction pleine et immédiate de la pulsion, intrinsèque au ça, doit donc être différenciée de ces processus du moi dont elle serait pourtant la contrepartie essentielle. Cet élément pulsionnel fondamentalement négatif, donnerait en revanche tout son soutien au travail du moi qui tente de conjoindre vie et mort en internalisant le rapport à l'objet perdu, réalisant dans l'imaginaire le paradoxe du renoncement dans la conservation.

Remarquons, au passage, combien la richesse et la complexité de ces nouvelles hypothèses freudiennes troublantes sont loin de l'usage répandu qu'en tire trop souvent une conception réductrice de ce champ paradoxal qui y voit une zone non conflictuelle déssexualisée où circulerait une énergie neutre. Pensons ici aux propositions de l'*Ego Psychology*. Il va sans dire que, pour les tenants d'une telle conception adaptative, la visée thérapeutique irait de soi sans autre forme de procès.



Favoriser ou guérir l'étranger

La méthode psychanalytique, qui met l'inconscient comme Autre au cœur du décentrement qu'elle effectue, force l'analyste et le patient à donner priorité à ce qui leur est le plus étranger, respectivement et entre eux : le plus étranger en l'autre et le plus étranger en soi. Cette méthode impose donc à la situation qu'elle constitue un renversement tel que le patient ne peut plus être posé, par un sujet-soignant, comme « objet » d'investigation et de soin, selon l'usage médical habituel. Bien autrement, il sera considéré, lui aussi, comme un sujet à part entière, tout « assujetti » qu'il soit par l'étranger en lui. Sujet parlant et sujet parlé. Ce qui n'empêchera pas que, pour le patient, cet étranger prendra vite la figure de l'analyste, cette image de son autre-moi étant, à ses yeux, le seul en position de sujet. Cette

méthode veut donc fournir les conditions pour que le sujet en vienne à rencontrer le plus étranger à lui-même et nous verrons que la visée thérapeutique, quant à elle, irait d'abord dans le sens opposé.

Comment, donc, cette méthode qui pose l'inconscient comme le plus étranger, non seulement comme l'Autre de soi mais également comme l'Autre de l'autre, viendrait-elle renverser obligatoirement le sens du thérapeutique en lui révélant sa face cachée, sans pour autant l'exclure ? Remarquons d'abord combien la dichotomie qui garderait l'impur thérapeutique hors du champ d'application de la méthode trahirait l'idée même que cette méthode propose comme son mode d'investigation : à savoir que toutes les dimensions de « l'observateur » doivent être considérées comme conditionnant désormais l'expérience. Il n'y a plus d'observateur exclu, il n'y a que des sujets inclus en interaction. Comment, dans cette perspective, un analyste pourrait-il encore s'imaginer capable de se départir volontairement de son action thérapeutique, neutralisant supposément sa bienveillance, parce qu'il croirait anticiper les risques que celle-ci ne manquerait pas de faire courir au patient ?

Ne faudrait-il pas plutôt convenir que le thérapeutique est au cœur de la situation psychanalytique, venant autant de l'offre que de la demande, mis en acte doublement par ce que la situation accélère d'une passion de changer l'autre, de lui restituer son intégrité en se donnant au plus tôt une image non altérée de son semblable, sur la voie nostalgique d'un retour à la non-altérité ? Être soi-même celui ou celle qui guérit l'autre ne serait-il pas, au plus fondamental, être soi-même celui ou celle qui se guérit de l'autre ?

Reconnaissons cependant que la méthode psychanalytique, dans son abstraction, peut prétendre favoriser l'altérité tout en laissant entendre l'interchangeabilité des positions de chacun. Mais un tel décentrement coupé du thérapeutique, à la manière d'un jeu sans conséquence, partagé par l'un et par l'autre, ne risquerait-t-il pas de faire en sorte que l'altérité de l'autre deviendrait trompeusement familière ? Leurre de la pensée qui, en désincarnant le renversement de la méthode, lui soustrait la condition de son efficience. Car ce qui me blesse depuis l'origine, ce que la

psychanalyse a contribué à me révéler comme mon humiliation narcissique fondamentale, c'est bien que l'Autre, le plus étranger, me constitue. Cet Autre est ma blessure primordiale et ma première visée thérapeutique dériverait de là, cherchant depuis à faire disparaître l'altérité même de mon semblable.

Dès lors, pour me guérir de l'Autre, comment pourrais-je me confier à un autre que moi ? Cette appréhension paradoxale ne serait-elle pas au cœur de ma résistance à me laisser soigner par l'autre comme de ma résistance à ne pas vouloir soigner l'autre absolument ? Ce serait ce paradoxe dans toute entreprise thérapeutique, poussé dans ses derniers retranchements, que la « réaction thérapeutique négative » donnerait à entendre comme une condition fondatrice de ce métier impossible. Ce négatif, on le sait depuis Freud, pourra prendre une forme singulière tirée d'une variété de possibles entre le négativisme et la négation, entre la défense et la résistance au traitement. Mais d'abord ce négatif que l'analyse révélerait comme déjà là, n'est-il pas accéléré sinon mis en branle par l'inévitable désir de soigner de l'analyste ? Le désir de rester malade et le désir de traiter renvoyés l'un à l'autre, et réciproquement. Ce négatif, dans ses accents mortifères, semblera étranger au désir de prendre soin dont il est pourtant la face voilée de son apparente familiarité.

C'est ainsi que pour prendre soin de l'autre, pour assurer le vital, fonction maternelle ou thérapeutique, il faut faire subir aux mouvements pulsionnels sollicités une sorte d'« inhibition quant au but ». Et ce serait en voulant ainsi sauvegarder l'Éros dans le lien à l'autre que toute entreprise de liaison mobiliserait tout autant ce qui la met au service des forces opposées. La méthode analytique elle-même nous force donc à reconnaître là le travail de la mort au cœur du besoin de prendre soin de l'autre comme une condition paradoxale de cette disposition. Je dirais double travail de la mort : car cette mortification du mouvement pulsionnel lui-même, cette « inhibition quant au but », ne parvient jamais à recouvrir parfaitement ce qui prendra, tôt ou tard, la figure d'un souhait de mort inconscient envers celui ou celle dont je prends soin et qui s'apprête à me résister. Il est vraisemblable qu'en cherchant à le guérir de sa difficulté d'être, j'exaspère mon souhait primaire de me guérir de son existence même, comme si je ne

pouvais jamais pardonner à tout objet de ma sollicitude, le risque qu'il me fait courir d'une nouvelle perte possible.

Ce serait donc quand je me risque à prendre soin de l'autre que je lui fais courir, à cet autre, le risque paradoxal de ma présence tutélaire et du mortifère qu'elle contient. Sa résistance à se laisser traiter par moi viendra non seulement me révéler combien « je tiens à son bien » malgré lui, mais me laisser entendre l'idée inacceptable que ma bienveillance cacherait mal une malveillance, bien et mal confondus.



L'analyste et son divan

Je me dis parfois que mon divan, quand il m'arrive encore de m'étonner de sa présence, aurait pu, depuis le temps, m'interroger sur ce que ma méthode fait subir au patient. Or, dans mon quotidien de psychanalyste, je n'ai pas tardé à me faire à l'idée, pourtant très inhabituelle, de me retrouver avec un autre couché à côté de moi qui reste assis ; comme si cela allait de soi alors qu'il en va précisément de l'autre. La justification de l'usage du divan, à savoir faciliter l'association libre en échappant à la saisie du regard, semble m'avoir vite convaincu. Sans doute que la liberté promise a permis de recouvrir l'image de soumission que l'immobilité obligée ne manque pas d'imposer. En cela, mon divan aurait pu me donner à voir l'importance que semble avoir cette position couchée pour moi, analyste, d'autant que j'en oublie si facilement l'incongruité qui saute aux yeux de tous ceux qui ne le sont pas. Au divan, je semble tenir comme à ma raison d'être analyste, au point que je ne saurais m'imaginer en être un sans divan. À bien y penser, coucher pour soigner, n'est-ce pas la première condition de ma sollicitude ? J'imposerais ainsi à l'analysant qui croit s'étendre sur le divan pour satisfaire à ma méthode, sa position de patient à soigner, ravivant une source magique, un faire répétitif où se rencontrent à nouveau malade et guérisseur, enfant et adulte, mort et vivant.

Avant qu'il ne rende possible ce qu'il soustrait au regard, c'est à croire que ce divan, que j'ai tous les jours devant moi, contribuerait à me crever les

yeux : si je lui prête facilement des vertus associatives, ses intentions thérapeutiques auraient tendance à m'échapper. Et pourtant mon divan si paisible serait le lieu d'un bien étrange affrontement, car, selon ma proposition, le thérapeutique, à la manière d'une première *inter-action* fondamentale, servirait de lit au transfert, avant que la méthode psychanalytique en fasse l'objet de son renversement. Et l'action thérapeutique ne retrouverait sa place sur le divan, réintégrant ma théorie de l'expérience psychanalytique, que si elle était reconnue comme réaction à l'altérité, dans la mesure où elle vise à faire disparaître l'étranger en l'autre, contrairement aux attentes de ma méthode.

Mais, du côté du patient, à la faveur de ce qui résiste à cette action thérapeutique, serait aussi révélé l'attachement paradoxal au plus étranger en lui-même ; ce pourrait être un symptôme qui, comme un corps étranger, refuserait de disparaître. Le patient tiendrait à son mal comme il tient à l'étranger en lui dont il ne veut pourtant rien savoir. S'il se laisse soigner par moi, il risque que je lui prenne son précieux mal, comme le déposédant de son Autre-lui-même. Pourtant, l'altérité, comme une langue étrangère à soi et à l'autre, ne saurait appartenir à personne, elle ne peut être qu'impersonnelle. Mais voilà, ce serait précisément au risque de la possession imaginaire de l'altérité de l'autre et de soi que se jouerait paradoxalement les conditions de possibilité de la naissance ou de la mort d'un sujet divisé à jamais, étranger à lui-même, comme le langage qui le structure. Tantôt sujet-analyste, tantôt sujet-analysant.



Résistance à guérir et guérir comme résistance

Chemin faisant, la résistance à guérir de la part du patient, comme une véritable persistance des conditions d'avènement d'un sujet, devra être entérinée par la méthode analytique, par la « talking cure » qui ainsi renverse la visée thérapeutique en cours. Le patient tiendra à son mal tant que celui-ci sera le seul lieu de l'étranger qu'il contient à son insu. Ce lieu potentiel d'un sujet étranger à lui-même, l'analyse devrait en favoriser la rencontre inattendue plutôt que de chercher à le faire disparaître. Mais il

faut bien convenir, entre nous, que la position couchée aurait depuis longtemps perdu son pouvoir de surprendre, et cette familiarité devrait inquiéter d'autant qu'elle doit être mise au compte d'une étrange guérison : en effet, la psychanalyse n'est plus la peste qu'elle a déjà été, et le « gisant » du divan n'est souvent plus un corps étranger, ni pour le patient ni pour l'analyste. À ces moments-là, la psychanalyse n'est plus « une maladie qu'elle prétend guérir », comme le voulait le mot d'esprit. Ce serait, hélas! déjà fait.

Que je sois trop thérapeute ou trop peu, de toutes façons le divan ne me dérange plus ; il est devenu, soit l'instrument entendu de mon action thérapeutique non questionnée, soit le support matériel d'un pur renversement désincarné. Je semble chercher ainsi, d'une façon ou d'une autre, à éviter un dilemme pourtant inévitable : car, en échappant au face à face et à la fascination du regard, le divan me donnerait à entendre le corps étranger que ma tentation thérapeutique, de son côté, veut voir disparaître. En effet, le divan de la méthode psychanalytique donne priorité au corps parlé sur l'image du corps alors que la visée thérapeutique cherche surtout à renverser ce renversement, faisant taire le corps en redonnant préséance à l'image du semblable.

Coucher pour parler et coucher pour soigner en silence, sinon pour faire taire. Ne voilà-t-il pas plutôt la double visée paradoxale de ma sollicitude proprement psychanalytique ?

Alors, aussi bien me l'avouer : mon divan impassible n'est pas innocent.

