

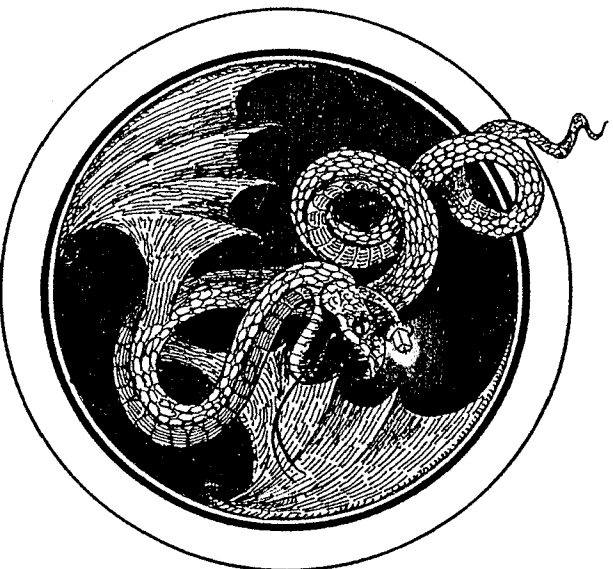
LA VOUVRE

PSYCHOLOGIE ANALYTIQUE

ET

APPROCHE CLINIQUE

KAJ NOSCHIS
(Lausanne)



Cahiers romands de psychologie analytique

Vol. 3/1992

1. Introitus

Ce texte est né du besoin d'explicitier l'exercice de ma pratique, la façon dont je travaille comme psychotérapeute et comme analyste¹. Des questions de collègues m'ont plus particulièrement amené à m'interroger sur la place que j'accorde à une approche clinique – celle du diagnostic et de la thérapie – des patients. Quelques mois sur ma formation sont nécessaires. C'est après m'être senti dans une forêt obscure et avoir commencé à la traverser que j'ai décidé de suivre une formation de psychotérapeute et dans mon cas encore d'analyste jungien². Je ne savais toutefois pas ce qu'allait être plus concrètement l'exercice de ce travail. Tout était à apprendre. La formation nous transmet des outils en nous apprenant à les mettre en œuvre, notamment dans le dialogue avec nous-mêmes – l'analyse personnelle, ce

1 Quelle est la différence entre psychothérapie et analyse? Dans une perspective très empirique, elle dépendra selon moi de l'intensité des entretiens, de leur contenu, ainsi que de la durée et de la profondeur du travail sur soi.

2 Tout écolier italien apprend par cœur les vers qui décrivent les mieux ces moments que nous rencontrons probablement tous au cours de notre vie, mais auxquels chacun réagit à sa manière : « Nel mezzo del cammin di nostra vita / mi ritrovai per una selva oscura / ché la diritta via era smarrita. / Ah quanto a dir qual era è cosa dura / esta selva selvaggia e aspra e forte / che nel pensier rinova la paura. (Dante, *Divina Commedia*, Ch.1, 1-6)

Traduction: « Au milieu du chemin de notre vie / je me retrouvai par une forêt obscure, / car j'avais perdu la droite voie. / Aïe! quant à dire ce qu'elle était, c'est chose dure! / cette forêt sauvage, et épave, et forte, / qui dans ma pensée renouvelle ma peur! » (trad. J. Berthier, *Fragmière Frères*, Fribourg, 1924, p. 1)

gnôthi seauton (connais-toi toi-même), étant probablement la partie essentielle de l'apprentissage. Par outils j'entends ici des mots, des concepts, une théorie qui ouvrent, connectent ou ordonnent, avec le conscient, des comportements ou des images issus de l'inconscient. Par la suite, lorsqu'on commence à avoir des entretiens avec des patients³, il est d'usage, au cours des dernières années de formation, de «superviser» ce que l'on fait en discutant de ces entretiens avec un analyste expérimenté. Ce «contrôle» des entretiens se fait d'ailleurs auprès de plusieurs analystes et on apprend ainsi à connaître leur manière de pratiquer et à savoir qu'il y a plusieurs façons de se servir des outils. Je crois qu'il faut encore plusieurs années avant que l'on puisse songer à décrire son propre travail d'analyste; dans mon cas c'est un exercice qui ne me paraît possible que depuis peu de temps. Il est vrai qu'aujourd'hui j'en sens même le besoin, probablement pour baliser mon activité. Dans les pages qui suivent, je vais m'atteler à décrire le cadre théorique et l'exercice de mon travail d'analyste en essayant plus spécifiquement de déterminer la place que j'accorde à l'approche clinique. J'ai la conviction que l'enjeu de ce métier est de proposer aux gens de se soigner – de s'occuper d'eux-mêmes, découvrir et de respecter leur propre inconscient – après qu'ils aient pu découvrir et dire ce que leur mal ou mal-être exprime. C'est donc pour le patient une découverte de soi, mais aussi nécessaire que d'aller chez le chirurgien lorsque l'on se casse le bras. Car la décision de consulter un psychothérapeute est prise quand on va mal ou quand on s'est perdu dans la forêt. Mais l'analyste doit-il pour autant approcher cliniquement ses patients? Parmi mes superviseurs l'un y tenait beaucoup, un autre pas du tout. Au cours des années j'ai essayé de construire ma propre réponse.

3 Dans le débat sur l'appellation des personnes que l'analyste voit, je tranche pour patient – personne qui souffre, mais aussi qui fait preuve de patience, tout en reconnaissant qu'il est aussi client – une personne qui requiert des services moyennant rétribution.

2. Étymologie

Le terme clinique vient du grec *kliné* qui veut dire lit. Approche clinique ou la clinique dérive de *klinike tekne* – l'art relatif à celui qui est couché dans un lit. Le verbe *klinein* signifie être couché, plier, se plier. Le patient est couché, le soignant exerce son art pour que le malade se relève. Il établit un diagnostic, il prescrit un remède. En médecine, aujourd'hui, on appelle 'clinique' l'enseignement et l'application du diagnostic et de la thérapie. Pour établir un diagnostic, le médecin a besoin de savoir des choses sur celui qui est au lit. Il va donc l'examiner et aussi lui poser des questions. Les renseignements que le médecin obtient et la façon dont il les rassemble est déterminante pour son diagnostic et pour la manière dont il va orienter sa thérapie. Dans le cas d'une psychothérapie, tout dépend de la parole et des récits du patient sur son comportement et sur ce qu'il ressent. L'analyste écoute. Les paroles que l'analyste va dire peuvent aider le patient à décrire et à voir sa propre situation d'une façon nouvelle ou du moins différente de celle qu'il a et qui d'une certaine manière ne lui convient pas, vu qu'il en souffre. Mais ce sont les paroles du patient lui-même, les sentiments et les images qu'elles peuvent susciter en lui, qui le relèvent. Ainsi s'établit le contact entre conscient et inconscient. Le patient fait: il parle et se relève à travers cette parole.

Dès lors, quel sens pouvons-nous donner à l'expression «approche clinique» en psychothérapie? Nous venons de dire qu'étymologiquement elle évoque l'image d'un patient couché que le soignant aide à se relever. Mais *klinein* veut également dire plier, se plier. Nous pourrions alors référer cette posture à l'analyste, qui se penche sur le patient ou qui se plie devant lui. Le verbe *klinein* traduit dans ce cas l'attitude et l'écoute du psychothérapeute qui d'une façon ou d'une autre contribue à ce que la parole du patient devienne un remède pour lui en favorisant l'établissement de ce lien entre conscient et inconscient. Dans ce cas, c'est plutôt l'attitude du psychothérapeute qui pourrait faire l'objet d'un diagnostic – la manière dont il plie ou se plie devant le patient.

Mais nous pourrions aussi suggérer qu'en psychothérapie tant le patient que l'analyste sont couchés. Que *kliné*, le lit, se réfère tout autant à la posture de l'analyste. Le patient parle comme il en a envie ou comme il peut le faire; le psychothérapeute, quant à lui, a appris à écouter. C'est même là la partie essentielle de son travail. Les tenants d'une équivalence entre médecine et psychothérapie, pour ce qui est du rapport soignant-soigné, diront que l'écoute du psychothérapeute lui permet de formuler un diagnostic et d'orienter la suite de ces interventions parlées pour qu'elles soient conformes à la thérapie qu'il prévoit. Mais si nous donnons réellement une importance décisive à la parole du patient et que nous acceptons la deuxième interprétation étymologique de *klinem*, alors l'interrogation sur le sens d'un diagnostic et d'une orientation thérapeutique demeure. Est-il possible qu'un diagnostic améliore l'écoute du psychothérapeute ou ne vient-il pas rendre sélective cette écoute à la recherche d'éléments qui peuvent conforter ou définir un diagnostic? Or, si l'écoute est ainsi sélective, le psychothérapeute ne se plie pas devant le patient. Est-ce encore une attitude clinique?

Un extrait d'un entretien récent que Marie-Louise von Franz a accordé à une revue de psychologie analytique américaine⁴ définit, à mon sens, remarquablement l'attitude qu'elle adopte en tant qu'analyste jungienne pendant les séances d'analyse et les raisons de cette attitude.

PP: Pourriez-vous dire quelque chose sur votre façon de pratiquer l'analyse?

MLvF: De ne pas avoir de règles. Être présent avec sa personnalité authentique et ne pas avoir de technique ou de programme clinique à surimposer – rien. Permettre à l'inconscient de devenir le guide! S'efforcer de comprendre les rêves au lieu de les mettre de côté avec perplexité. Enseigner au patient par nos propres actions à avoir confiance dans son inconscient.

PP: Ainsi vous enlevez le poids de la technique et des préoccupations cliniques et vous vous focalisez sur la confiance dans l'inconscient?

MLvF: Je mets en question les mécanismes de défense d'analystes qui n'ont pas assez confiance en eux-mêmes pour rencontrer directement le patient. De tels analystes se sentent mal à l'aise ou leur sentiment fait défaut ou alors ils n'aiment pas assez le patient. Alors ils avancent toutes sortes de défenses théoriques⁵.

Dans ses réponses Marie-Louise von Franz, qui est probablement la personnalité la plus connue, parmi les proches collaborateurs de Jung, pour ses remarquables écrits théoriques, semble voir dans la *klintheit lehrné* – au sens de diagnostic et d'indication thérapeutique – un obstacle à l'écoute du patient et, plus encore, une défense du thérapeute qui n'accorde plus la place due à l'inconscient.

Il y a ici une spécificité de l'analyse jungienne qu'il est important de rappeler. Il a confiance dans l'inconscient, dans le sien tout d'abord, et c'est cette confiance qu'il essaie de transmettre à ses patients. C'est probablement une partie essentielle de 'l'opus' des entretiens, car la personne qui vient chercher de l'aide est mal avec son inconscient; elle l'ignore, elle en a peur ou elle le méprise. L'analyse, par le rapport qu'il a lui-même avec son inconscient, peut suggérer au patient la possibilité d'avoir également confiance dans son inconscient. Or, pour que l'inconscient soit véritablement au centre des entretiens, pour que tant le patient que l'analyste puissent l'entendre, von Franz dit qu'il ne faut pas imposer de cadre ou d'interprétation aux paroles du patient. Jung lui-même s'était exprimé dans un même sens lorsqu'il affirmait, concernant l'analyse, qu'il doit se former et bien se former, mais qu'au moment où il se trouve

4 -A woman's way. A conversation with Marie-Louise von Franz, *Psychological Perspectives*, 1990, 22, pp. 102-121.

5 -*Op. cit.*, p. 110, je traduis de l'anglais.

devant le patient, il est bien qu'il «oublie tout» pour pouvoir être entièrement disponible à l'écoute du patient.

Mais que veut dire «tout oublier» ou «être présent avec sa personnalité authentique»? Il y a nécessairement un cadre, ne serait-ce que pour l'écoute de soi-même. Les outils dont il a été question en sont des exemples ou même le contenu. Alors, écouter l'autre, c'est l'écouter comme on écoute soi-même. C'est faire l'hypothèse que le patient est un alter ego. On sympathise avec lui – on souffre ensemble. Peut-être pourrions-nous dire que la «personnalité authentique» est cette immédiateté avec l'autre où les concepts, voire même le diagnostic n'ont leur place que dans la mesure où ils font également partie du dialogue que l'analyste mène intérieurement avec lui-même. En somme, l'approche clinique ne se justifie-rait que si l'analyste a une familiarité personnelle avec celle-ci. Concrètement, au cours d'un entretien, les choses se passeraient alors plus ou moins de la façon suivante.

Le patient raconte ce qu'il ressent. L'analyste sympathise par son écoute, car il peut rapporter ce que le patient raconte à quelque chose qu'il a lui-même éprouvé; il se rappelle comment il avait lui-même vécu une situation semblable et en particulier comment l'accès à un certain point de vue l'avait aidé à voir sa situation autrement. Plus spécifiquement, il s'agit d'une histoire sur sa propre situation qu'il a pu exprimer, à laquelle il est arrivé à adhérer et qui a changé sa manière de voir sa propre situation. Par la suite, des éléments théoriques liés à ce changement de point de vue (par ex. rôle du Moi, reconnaissance de parties niées de sa propre personnalité, etc.) sont devenus les outils dont l'analyste a appris la formulation au cours de sa formation. Il peut alors s'y référer dans son écoute, mais leur contenu de référence premier est l'expérience de l'analyste lui-

même; c'est surtout celle-ci qui permet à l'analyste de sympathiser avec le patient et d'être lui-même patient car, vu son expérience personnelle, il sait attendre. C'est dans un tel contexte que parfois quelques paroles de l'analyste peuvent suffire comme déclencheur: le récit du patient sur sa propre situation parvient à un point crucial et reçoit ainsi une orientation nouvelle.

Cependant, il se peut que, par ailleurs, le récit et le comportement du patient expriment des symptômes que l'analyste – au cours de sa formation – a appris à associer avec une étiquette psychiatrique donnée. Si l'analyste s'exprime sur le diagnostic qu'il est implicitement amené à formuler, il devient partie de l'histoire que le patient élabore pour se sortir de la situation «où il est coincé»⁷. Or, dans mon expérience, quand le patient a lui-même connaissance d'une étiquette psychiatrique cela ne fait que rendre plus complexe l'histoire à construire «pour se voir aussi autrement», car s'y ajoute le fait que, tout en souffrant, le patient subit également un regard qui l'assimile collectivement à une marginalité (anormalité). Ceci complique la situation. Mais je cherche en fait à démontrer que, pour l'analyste également, l'approche clinique ne fait que compliquer la tâche – du moins s'il est véritablement à l'écoute du patient. Car, réaliser à un moment donné de l'écoute du patient qu'un ensemble d'éléments de son récit et de son comportement pointent vers un diagnostic psychiatrique n'a pas le même impact ni la même fonction pour l'écoute que les outils mentionnés plus haut. Les outils et l'expérience directe qu'en a l'analyste lui permettent de sympathiser avec le patient et de rester en attente (être patient) jusqu'à ce que le patient soit alerté sur ce qui se passe en lui. Par contre, la reconnaissance d'une symptomatologie psychiatrique devient, pour l'analyste dont je parle et que je suis, une interférence supplémentaire à incorporer dans l'écoute du patient. Ceci parce que, dans l'expérience même de l'analyste, être étiqueté

6

Cf. C.G. Jung, «Medicine and Psychotherapy» in *The practice of Psychotherapy*, Collected Works, Vol. 16, Princeton University Press, Princeton, 1954. (titre original de l'article: «Medizin und Psychotherapie», 1945). Jung, rappellons-le, contrairement à Freud, vit deambler dans l'analyse personnelle une nécessité pour la formation de l'analyste.

7

Il est peut-être utile d'ajouter que je ne pense pas que l'analyste doive explicitement dire que la situation du patient lui est familière. Je pense que cela doit se manifester uniquement dans la qualité de l'écoute du patient par l'analyste.

psychiatriquement est plutôt une complication. C'est ainsi que je comprends aujourd'hui les descriptions de Jung et de von Franz sur l'attitude de l'analyste.

Pour l'analyste qui adopte l'approche clinique – au sens de chercher à établir un diagnostic et une thérapie – la reconnaissance des symptômes, à un moment donné, ne peut qu'affirmer une certaine pathologie. L'écoute du patient par l'analyste est alors moins faite d'attente et de sensibilité aux nuances des manifestations de l'inconscient que d'affirmation ou de confirmation d'une symptomatologie hypothétique. Une fois le diagnostic établi, un programme de thérapie s'ensuit. Mais, et c'est ici que j'ai été conduit à m'éloigner de l'approche clinique, je ne vois plus comment préserver dans ce contexte le rôle de guide de l'inconscient. Le thérapeute en possession d'un diagnostic et d'un programme de thérapie sait où il veut aller. J'admets avoir abandonné cette voie. Cela signifie pour moi également l'abandon de l'enseignement d'un de mes superviseurs, même si dans un premier temps j'avais trouvé ses indications – formuler un diagnostic et se fixer un but avec le patient – plutôt rassurantes.

Maintenant il est aussi clair qu'il y a des récits de patients avec lesquels l'analyste n'a pas de familiarité personnelle et, dans ce cas – en restant cohérent avec l'argument que je développe –, je pense que la distance nécessairement plus grande entre analyste et patient est une difficulté de l'analyse elle-même. Toutefois, dans la mesure où l'analyste reconnaît cette situation et qu'en particulier il tient compte de ses propres peurs devant les inconnues que représente la situation du patient, je crois que l'écoute du patient peut ne pas en souffrir. Ainsi, par exemple, l'analyste peut comprendre sa propre impatience comme le signe de ses peurs. Avec une telle attention de l'analyste, l'inconscient peut rester le guide, même dans ce contexte, et permettre au patient d'avancer dans l'élaboration d'un rapport de confiance avec son inconscient, ce qui reste de toute façon le but de l'analyse.

Enfin il est peut-être important de rappeler qu'il y a évidemment des patients dont les récits et le comporte-

ment montrent à l'analyste – mais je dirais ici encore et surtout par comparaison avec l'analyste lui-même – qu'il s'agit de personnes dont l'inconscient est tellement au premier plan qu'il fait très souvent irruption dans la vie quotidienne – et ceci non seulement lors d'un ou deux épisodes particuliers mais de façon permanente. Paradoxalement, le travail de l'analyste en tant que spécialiste de l'inconscient consiste alors plutôt à suggérer au patient de ne pas s'en occuper trop – de ramener la place de l'inconscient à quelque chose de plus modeste – et d'apprendre à écouter le conscient⁸. Mais, même dans ces cas, je ne crois pas que le recours à l'approche clinique soit vraiment utile, car elle n'aide pas à créer un contexte de patience et de confiance, même s'il s'agit ici de la construction par le patient d'une histoire où le conscient s'affirme aux dépens de l'inconscient. Ici encore, les récits du patient lui-même devraient suffire à le relever de son lit et j'ai la conviction – sur la base de mon expérience – que le recours à des catégories psychiatriques ne fait que compliquer la situation, l'étiquette psychiatrique renforçant seulement les peurs et l'impotence du patient – ainsi que celles de l'analyste⁹.

3. Raconter des histoires

Quel tableau peut-on désormais tracer d'une «cure analytique» ou d'une psychothérapie? J'ai utilisé à plu-

⁸ Le débat sur l'analyse comme convenant à des personnes de «structure névrotique» uniquement ou comme pouvant également s'étendre aux personnes de «structure psychotique» continue à animer des revues de psychothérapie. Vu ma façon de décrire l'approche clinique, je considère ce débat périmé, l'essentiel me paraissant, ici encore, l'écoute du patient dont découle l'attitude de l'analyste.

⁹ J'ajoute qu'il y a des cas où je dois moi-même avoir recours à une approche clinique dans ma propre pratique. L'assurance-maladie du patient, dans les cas où celui-ci y a recours pour le remboursement des entretiens, demande un diagnostic (voire des indications de thérapie) – et c'est probablement la façon la plus synthétique pour exprimer l'appréciation demandée. Mais aujourd'hui, même dans les discussions avec des collègues, je doute de l'intérêt de la plupart des classifications psychiatriques. Elles enferment patient et analyste beaucoup plus que de se limiter – comme c'est leur raison d'être – à décrire la situation d'un patient.

sieurs reprises l'expression «raconter une histoire». Je pense que la psychothérapie est essentiellement cela. La perspective que j'adopte dans ma propre pratique et qui encadre mon écoute est celle «d'entendre l'histoire que la personne raconte sur elle-même». L'importance de cette histoire est qu'elle constitue le cadre de vie de la personne. Que cette histoire soit objectivement vraie n'est pas un point important pour moi, même si c'est un souci que le patient peut quelquefois avoir. Le point crucial est que, dans une perspective analytique, la personne trouve ou ne trouve pas un sens à sa vie en large partie en fonction de cette histoire.

L'analyse ou la thérapie consiste à construire ou à juxtaposer une autre histoire à celle qui existe déjà pour le patient. Un élément important de ce travail est le rappel, au cours de l'analyse, de situations qui font réaliser au patient que son histoire a des parallèles avec d'autres histoires. Il le sait déjà par les romans qu'il a lus, les films qu'il a vus et les autres récits de vie qu'il a entendus; mais cela peut prendre un relief particulier lorsque des images de rêves ou d'autres «productions spontanées» de l'inconscient peuvent être mises en relation avec des mythes ou des contes de notre héritage culturel. Ces parallèles entre dieux grecs ou héros de contes et situation du patient sont de nature à permettre des regards nouveaux du patient sur sa propre vie. Ils peuvent par ailleurs le connecter d'une façon pour lui inattendue à des formes de production artistique de notre culture où il trouvera soudain des occasions d'alimenter son propre dialogue intérieur. Il en est évidemment théoriquement de même avec toute l'imagerie et les récits de l'héritage chrétien. Mais nombre d'entre nous sont peut-être trop endoctrinés par la morale chrétienne pour que ces images puissent avoir cette fonction vivifiante. Dans ce cas, nous pouvons adhérer aux rituels et aux pratiques de l'Église chrétienne, mais ne sommes pas capables de jouer librement avec les images et les récits, ou alors nous devons les rejeter en bloc¹⁰. Je crois

qu'il est donc plus facile de ressentir ce parallèle entre notre histoire, notre biographie et des récits de la mythologie classique ou des contes populaires. James Hillman, dans son ouvrage remarquable «Le mythe de la psychanalyse»,¹¹ développe cet argument, en suggérant par ailleurs qu'il y a dans ces histoires une richesse, même si on les adopte dans une perspective clinique, que la nosographie psychiatrique n'offre pas. J'ajouterais que la richesse clinique de la mythologie et des contes est telle qu'elle n'empêche pas, voire même, aide l'analyste à rester à l'écoute du patient, de «patienter» avec lui:

«La mythologie classique telle qu'elle nous est parvenue nous donne une certaine vision intérieure des choses essentielle à la compréhension des souffrances de l'âme. C'est un recueil de familles d'histoires fortement reliées entre elles, extrêmement détaillées mais sans système schématique ni dans les récits pris séparément ni en groupes. La psychopathologie est, elle aussi, une famille de problèmes conjoints, détaillés de manière précise mais qui ne peuvent être systématisés. Les dieux, comme les souffrances de l'âme, se fondaient les uns dans les autres. La mythologie classique nous ferait abandonner notre entêtement à vouloir une case pour chaque difficulté, pour chaque difficulté un nom, et pour chaque nom un pronostic. La mythologie nous montre que chaque obstacle relève de plusieurs dieux et peut être imaginé de diverses façons. La volonté de lutter, par exemple, peut être guidée par Arès, par les aspects guerriers d'Aphrodite et d'Athéna, ou par Hercule. Et comme le style psychique de ces combats est différent! Même le lait et l'allaitement, qu'on penserait propres à la Grande Mère, apparaissent comme des éléments essentiels dans l'histoire de Zeus comme dans celle de Dionysos.»¹²

mal en l'éliminant physiquement. Psychologiquement, cela ne s'est jamais vérifié, ce que tant la mythologie grecque, que l'Ancien Testament ou les contes populaires reconnaissent; d'où, je pense, leur possibilité de nous parler et de continuer à vivifier notre âme (psyché).

11 James Hillman, *Le mythe de la psychanalyse*, Imago, Paris, 1977. (Édition originale: J. Hillman, *The myth of Analysis*, Northwestern University Press, Evanston, 1972.)

12 James Hillman, *op.cit.*, pp. 151-152.

10 Mon point de vue personnel et radical sur le Christianisme est qu'il n'est plus une source de vie pour notre âme. Il a trop entretenu cette terrible illusion qu'on peut éradiquer le

L'argumentation de Hillman est à mon sens fascinante. Elle nous conduit à réhabiliter l'approche clinique – et sur ce point va donc contre mon argument. Toutefois le contenu de la clinique ne serait plus la nosographie psychiatrique que nous connaissons aujourd'hui, mais bien la mythologie grecque. Ici le point de vue de Hillman est à mon sens proche de celui que je défends. Avec cette référence à la mythologie, l'analyste n'en serait plus à vouloir confirmer un diagnostic et donc un programme de thérapie, mais aurait recours à des «histoires parallèles» à celle de son patient pour, d'une part, pouvoir se rappeler la multiplicité des évolutions possibles (garantisant ainsi la possibilité d'une écoute qui demeure ouverte) et d'autre part s'assurer (et rassurer le patient) que sa propre histoire appartient aussi à celle de la collectivité. Mais alors, si nous inversons l'argument, pourquoi ne pas considérer l'approche clinique dans la définition que nous en avons donnée comme également un recueil d'histoires? Je crois que telle est bien la réalité de la psychiatrie; mais en même temps ce sont des histoires plus difficiles à accepter. Je crois que l'explication de la différence entre histoires psychiatriques et histoires mythologiques réside dans la différence de leur origine historique. La mythologie est probablement née dans la nuit des temps, pour rassurer les hommes devant les incertitudes du destin par le dialogue qui pouvait s'instaurer entre l'homme et des forces plus grandes que lui et qu'il ne pouvait pas ignorer (intempéries et autres dangers). La psychiatrie, dans l'acception que nous lui donnons aujourd'hui en Occident de description d'ensembles de symptômes correspondants à des noms d'affection, date du début du XIXe siècle. Elle est née sous la plume de psychiatres pour rassurer les psychiatres eux-mêmes face à l'inconnu des manifestations qui échappent à la raison. Hillman rappelle par ailleurs que cette psychiatrie classificatrice a vu le jour grâce aux efforts descriptifs d'une génération de très jeunes médecins (pratiquement tous âgés de moins de 30 ans) pour séparer le normal de l'anormal, savoir qui pouvait être ramené à la raison et comment. Or, c'est précisément l'écart par rapport à la norme et l'exclusion qui peut s'en suivre qui deviennent, à partir de là, la peur des patients. Si on est «fou», on est exclu à

divers titres de la société, ce qui va renforcer le sentiment de cette exclusion. C'est à mon sens cette même peur qui, depuis, s'est alourdie d'une histoire de presque deux siècles dont le poids se fait sentir quand, aujourd'hui, nous avons recours à l'approche clinique. Elle pèse également sur l'analyse. Ainsi, au lieu d'ouvrir l'écoute du thérapeute, diagnostic et programme de thérapie vont la fermer. Pour résumer avec un brin de polémique, nous pourrions donc étendre le propos de von Franz et affirmer que toute la nosologie psychiatrique que nous utilisons aujourd'hui peut être vue historiquement comme une construction défensive de jeunes médecins désireux de classer l'anormal et ainsi démontrer leur propre distance à l'égard de celui-ci. La classification psychiatrique peut donc rassurer le psychiatre, mais rarement le patient. A mon sens le danger de l'approche clinique est encore aujourd'hui celui-là¹³.

Je reviens encore à Hillman pour souligner que la question cruciale est notre attitude à l'égard des récits du patient:

«Nous ne sommes pas en quête d'une nouvelle pathographie fondée sur des figures mythiques (...). La tâche est plutôt en premier lieu de repenser, ou mieux, de réimaginer la psychopathologie en examinant le comportement d'un point de vue mythique et en écoutant les récits comme des contes. Cela signifie recevoir comme un conte ce qui est énoncé lorsque nous disons: 'Racontez-moi cela'. Cela veut dire considérer le 'matériau clinique' comme une fable, ou peut-être envisager à nouveau le cas en tant que Fall, au sens originel du terme: la façon dont les choses tombent, *cadere*, des

¹³ Dans ma pratique, la psychiatrie est ramenée par les patients sous forme de questions qui me sont posées : «suis-je anormal-est-ce que je suis psychotique?». Il m'arrive régulièrement de voir des jeunes qui arrivent en me racontant le diagnostic qu'ils ont reçu dans une institution psychiatrique avec la question «est-ce grave? qu'est ce que ça veut dire?». J'ai l'impression qu'il s'agit très littéralement d'une étiquette qu'ils sentent collée sur eux, mais dont ils ne savent pas que faire, ce qui complique la situation, et qui surtout ne les aide en aucune manière.

cieux peut-être, selon les aléas et les hasards d'une vie non diagnostiquée.¹⁴

Je crois qu'avec une telle attitude nous restons véritablement ouverts à l'écoule du patient et l'inconscient peut ainsi demeurer le guide de ce qui va se passer. J'aimerais pour cela examiner encore un aspect du cadre théorique que je me donne.

4. Le modèle du parcours d'une analyse

Jung décrit l'évolution d'une analyse dans plusieurs de ses textes et pas toujours de la même façon. Mais retenons pour notre propos une définition où il distingue quatre phases dans le traitement analytique¹⁵. La première phase est la catharsis, c'est-à-dire la confession ou le «nettoyage» de ce que la personne porte en elle. La deuxième phase est l'élucidation, où des liens avec des processus inconscients sont amenés au jour, et c'est ici qu'intervient le sacrifice de l'intellect comme guide conscient, en faveur de l'inconscient. La troisième phase est l'éducation, très littéralement faire ressortir (*e-duco*) de nouvelles possibilités. La quatrième phase est celle de la transformation éprouvée par le patient.

Or, l'image qu'on entend souvent à propos du parcours d'une analyse est celle d'un chemin avec des étapes qui correspondent à une progression dans la connaissance de soi. On pense alors à un parcours linéaire, avec peut-être des moments où l'avancée est lente, voire même avec du surplace et peut-être un risque de «rechutes». Néanmoins, c'est un chemin qui avance et même s'éleve. C'est aussi une façon dont on peut entendre les quatre phases énoncées par Jung. Néanmoins des phases comme celles-là ont aussi une existence plus synchronique, ce que Jung souligne également quand, par ailleurs, il affirme que «le but est

important seulement en tant qu'idée¹⁶. Or, il est vrai que des analyses qui se prêtent à une exposition linéaire sont volontiers publiées; elles sont quelque part un modèle pour l'analyste. Pourtant, dans ma pratique, je n'ai pas rencontré de tels cas, à moins de faire une large part «aux rechutes» ou «aux quelques trucs qui restent à résoudre¹⁷. Je trouve même que ce modèle linéaire exerce sur l'analyste une influence comparable à celle des catégories psychiatriques: il renferme plutôt que d'ouvrir. Le temps vécu (celui de notre corps et de notre vie) est à la fois linéaire et cyclique: nous mangeons, nous dormons à intervalles répétés tout en parcourant un chemin de développement physique et intellectuel. Le modèle d'une analyse tel que me le livre mon expérience se rapproche beaucoup plus de ce double mouvement à la fois linéaire et cyclique. Mircea Eliade développe dans un de ses essais les plus connus¹⁸ le motif du temps historique – celui de la Chrétienté – et du temps cyclique – celui des Grecs et des religions plus anciennes.

Le mythe de l'Éternel retour cher aux Grecs s'oppose à l'irréversibilité du temps; il l'annule même. A force de répétitions, tout moment et toute situation sont perçus comme stationnaires et acquièrent l'ordre ontologique de l'archétype. Au contraire le Christianisme est la religion de «l'homme qui a chuté» et qui, dans une incarnation unique, vit pour la rédemption finale. L'homme occidental moderne est identifié à l'histoire et au progrès qui impliquent l'abandon, en tant que modèles, de la répétition, de l'ordre cyclique – la perte du paradis stationnaire. Ces considérations nous ramènent à celles sur la

16 C.G. Jung, *op. cit.* 1954, § 400 (je traduis de l'anglais).

17 Je ne me réfère pas ici aux saints, gurus et autres maîtres dont le parcours est probablement assez bien décrit par un modèle linéaire. Mais il s'agit à mon sens d'êtres exceptionnels qui, selon moi, ont quitté la condition d'homme en devenant des «dieux». C'est un destin réservé à trop peu d'entre nous pour en faire un modèle de référence. Il est trop distant de notre condition quotidienne de «commun des mortels».

18 Mircea Eliade, *Le Mythe de l'Éternel retour: archétypes et répétition*, Gallimard, Paris, 1949.

14 James Hillman, *op. cit.*, p. 150.

15 C.G. Jung, *La question psychologique*, Georg, Genève, 1953.

chute (Fall), mais cette fois en tant qu'histoire d'une personne, un cas. Le Christianisme est la religion de la personne individuelle qui est tombée du paradis. Mais si cette personne est amenée à s'interroger sur son histoire, elle en viendra à la connecter, en suivant l'argumentation que j'ai développée, avec des récits de la mythologie classique. Elle en sera ainsi au mythe de l'Éternel retour – à vouloir sortir de temps linéaire. Je crois qu'une psychologie respectueuse de l'inconscient est amenée à reconnaître ce lien avec le temps cyclique, renforcée en cela par une série d'expériences qui, autrement, pourraient difficilement recevoir un sens. La chute, n'est alors plus vue comme une malédiction individuelle, mais comme un mythe, une parmi de nombreuses histoires*.

Un modèle à la fois cyclique et linéaire – car, avec notre héritage je ne crois plus que nous puissions totalement échapper à cette dernière dimension – est déjà plus satisfaisant psychologiquement. Il permet aussi d'apporter une réponse à la question que j'entends souvent: «Je n'avance pas, car j'ai l'impression d'avoir à affronter les mêmes questions, doutes et difficultés encore et encore. Que faire?». Je peux répondre: «Je crois que c'est la vie. Nous pouvons évidemment nous interroger quand même sur nos réponses».

5. La fin d'une analyse et de cette réflexion

Si la personne sent à un moment donné qu'elle doit entreprendre une analyse, il est beaucoup plus difficile de savoir quand il est opportun de l'arrêter. Certains arrêteront quand ils auront le sentiment que le dialogue avec l'analyste, après avoir été très important, se tarit, et j'aurais tendance à trouver ça un bon critère. Je dirais la même chose de toute autre situation où le patient se sent maintenant en confiance: que sa propre parole l'a relevé et qu'il marche désormais en dialoguant avec son inconscient¹⁹. Accessoirement, la souffrance qui l'avait

conduit à prendre contact avec l'analyste ne sera plus là non plus. Mais une forte relation se crée au cours du temps entre patient et analyste et il est évidemment difficile de l'interrompre. C'est cet aspect qui rend l'arrêt difficile. Dans la vie, nous ne voulons pas non plus interrompre les relations auxquelles nous tenons. Néanmoins la vie nous impose aussi des séparations et, dans ce cas, nous arrivons graduellement à nous raconter une histoire qui nous rend cette séparation acceptable. Je crois qu'il en va de même dans l'analyse. C'est la dernière histoire que le patient doit y construire, celle qui lui rend acceptable l'interruption d'une relation humaine qui a beaucoup compté. C'est un exercice et une histoire que l'analyste doit lui-même affronter souvent; il s'agit là d'un aspect difficile de son travail, même s'il y a évidemment une grande satisfaction à sentir que le patient a pu construire une relation de confiance avec son propre inconscient. Dans son dernier livre²⁰ (achevé par sa fille Mary Catherine), Bateson développe un argument extraordinaire: la conscience, l'art et la religion sont trois procédés inventés par l'homme pour faire face à l'excès d'information qui lui vient du monde. Si, avec un regard un peu moins cybernétique et plus psychologique, nous substituons «quantité d'information» avec «inconscient», nous pouvons conclure cette réflexion en suggérant que, de façon très générale, la vie est un «coming to terms» (trouver un accord) avec des forces qui sont beaucoup plus grandes que nous, individuellement et même collectivement. Or, raconter des histoires, c'est ce que font l'art et la religion et – je le crois – également le conscient. C'est précisément dans la mesure où nous portons ce regard sur le conscient que nous pouvons la connecter avec respect et confiance à l'inconscient.

¹⁹ du développement d'une relation de confiance du patient à son inconscient. Ce sujet mériterait certainement un développement en soi.

²⁰ Gregory Bateson, Mary Catherine Bateson, *La peur des anges*, Seuil, Paris, 1989.