

Communications

Psychiatrie et psychanalyse Psychiatry and psychoanalysis

G. Darcourt

19, rue Rossini, 06000 Nice, France

Disponible sur Internet le 21 décembre 2007

Résumé

Pour comprendre les relations que la psychiatrie a eues et qu'elle peut encore avoir avec la psychanalyse depuis l'essor des classifications internationales, de la psychiatrie biologique et du cognitivisme, il faut distinguer trois domaines dans l'héritage freudien.

Le premier est la conception de l'homme comme un être déterminé par son inconscient. Elle était révolutionnaire à son époque et elle le reste. Cela n'est pas accepté par tous les psychiatres en fonction de leur culture et de leurs options théoriques. C'est une conception très profonde, mais qui ne peut être commune à tous.

Le deuxième est la technique psychothérapique. Elle est certes rejetée par certains mais beaucoup, sans la pratiquer, lui conservent leur confiance et la conseillent à leurs patients.

La troisième repose sur les travaux de Freud concernant le préconscient. Elle peut apporter une aide majeure pour l'identification des maladies et la compréhension du fonctionnement psychique. Elle est utilisable par tout psychiatre même s'il n'a pas une formation psychanalytique. Et s'en priver appauvrit la pratique psychiatrique.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

There are three different domains of Freud's heritage that help to understand the relationships between psychiatry and psychoanalysis in the past and today, even after the development of international classifications, biological psychiatry and cognitivism.

The first is the concept of man being defined by the unconscious. This idea was considered revolutionary at the time and still is today. However it was not accepted by all psychiatrists depending on their cultural background and their theoretical options. It is a very profound concept but cannot apply to everybody.

Psychotherapy is the second technique. Many psychiatrists may reject it but, nevertheless, although they do not practice it themselves, they are willing to propose it to their patients.

The third technique deals with Freud's writings on preconsciousness. It can be a significant help in identifying illnesses and in an understanding of psychic functioning. It can be used by all psychiatrists, even those lacking a psychoanalytical background. Psychiatric practice would be impoverished if this technique was not used.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Classification ; Conception de l'homme ; Inconscient ; Mécanismes de défense ; Préconscient

Keywords : Classification; Concept of man; Defence mechanism; Preconscious; Unconscious

Il y a des couples qui semblent avoir tout pour bien s'entendre et qui finissent par divorcer. Cela tient certes à la fois à la nature de leur relation et aux événements. C'est ce qui s'est passé entre la psychiatrie et la psychanalyse, notamment en

France. Leurs relations ont été lentes à s'établir, puis sont devenues passionnelles, d'abord cordiales et ensuite distantes et même hostiles. La psychiatrie n'a pris conscience de l'importance de la théorie psychanalytique que tardivement, à l'inverse des milieux littéraires, artistiques et philosophiques qui, dès les années 1920, s'y sont intéressés. La Société psychanalytique de Paris a été fondée en 1926 mais n'a

Adresse e-mail : guy.darcourt@wanadoo.fr.

progressé que lentement. En 1939 elle comptait seulement 24 membres et qui n'étaient pas tous psychiatres. En revanche, après la guerre, ce fut un véritable engouement et, de 1950 à 1980, elle a été la théorie de référence majeure de notre discipline. Elle n'était pas la seule. La psychothérapie institutionnelle jouait un grand rôle, les psychotropes venaient d'être découverts et prenaient de plus en plus de place dans l'arsenal thérapeutique, mais elle était considérée comme la meilleure théorie pour expliquer la psychopathologie, et la cure analytique apparaissait comme la meilleure méthode psychothérapeutique. La majorité des étudiants en psychiatrie cherchaient à acquérir une formation psychanalytique, certains allant jusqu'à penser qu'elle était indispensable pour la pratique clinique. Le comportementalisme n'occupait qu'une place mineure, ainsi que les théories systémiques. On sait que cette tendance s'est inversée à partir de 1980, sous l'effet de l'apparition des classifications internationales. Les éditions successives du DSM et la CIM-10 se voulaient athéoriques et abandonnaient des concepts comme celui de névrose. Leurs auteurs voulaient trouver un langage commun à tous les psychiatres quelles que soient leurs cultures et leurs options théoriques. Ils cherchaient donc des critères qui fassent l'objet d'un consensus international et cela n'était possible qu'en se limitant à des indicateurs objectifs. Ce faisant, ils écartaient la psychanalyse, comme toutes les autres théories d'ailleurs, pour la seule raison, disaient-ils, qu'elle ne faisait pas l'objet d'un tel consensus, mais ils ne se prononçaient pas sur sa validité. Certains l'ont compris, mais beaucoup ont interprété cette démarche comme un désaveu. Au même moment, les progrès de la psychiatrie biologique et le développement du cognitivisme ont donné l'illusion que ces notions nouvelles démontraient l'inutilité, la fausseté et même la nocivité de la psychanalyse ! Une telle alternance d'amour et de désamour ne peut reposer exclusivement sur des arguments scientifiques et tient à des facteurs passionnels, et on pourrait se lancer dans une analyse quelque peu sauvage des motivations inconscientes.

Pour analyser ce phénomène, il faut partir de la nature des apports possibles de la psychanalyse à la psychiatrie. Comme il y a pour les mariages divers contrats possibles, il y a entre les deux disciplines divers degrés de relation, et la confusion de ces degrés a perturbé les débats. Freud nous a laissé trois héritages : une nouvelle conception de l'homme, une technique psychothérapeutique et des modèles psychopathologiques. Ces trois grandes découvertes s'emboîtent comme des poupées gigognes. Adhérer à la conception de l'homme conduit naturellement à adhérer aux deux autres découvertes, mais on peut utiliser la troisième en ignorant les deux premières. Les débats qui ont été consacrés à l'utilité que peut avoir la psychanalyse pour la psychiatrie ont souvent été brouillés par le manque de distinction entre ces trois dimensions de la psychanalyse.

De plus, s'il y a eu rupture entre les deux disciplines, elle n'a pas eu la même acuité pour tout le monde. Et de même qu'il y a tous les degrés entre les divorces par consentement mutuel et des divorces conflictuels, il y a eu tous les degrés entre de simples prises de distance et des rejets agressifs. On a vu des psychiatres cesser de se référer à la psychanalyse tout en

continuant à l'estimer, et d'autres la rejeter avec violence en accusant ceux qui ne le faisaient pas d'ignorance ou de malhonnêteté.

Voyons comment les choses se présentent pour chacune des trois poupées gigognes qui évoquent les trois grands héritages de la psychanalyse. Commençons par la conception de l'homme. On peut certes pratiquer la psychiatrie sans adhérer à la conception freudienne de l'homme, mais on ne pratique pas la même dans les deux cas. Quand on conçoit le fonctionnement psychique dominé par l'inconscient, on n'aborde pas la rencontre avec un malade comme lorsqu'on a pour seul objectif de trouver dans quelle catégorie du DSM il faudra le classer. Ce n'est pas qu'on va se livrer à des interprétations hâtives ni qu'on va négliger les points de repère que sont les symptômes, mais cela met dans une disposition d'écoute. Le patient nous décrit ses angoisses ou les idées qui le font souffrir et il faut prendre cela totalement en compte mais il faut conserver aussi une attention curieuse pour laisser échapper les affleurements de ce qu'il y a derrière ce discours : n'est-il pas une défense contre des problèmes encore plus lourds ou ne cache-t-il pas une jouissance secrète ? La demande explicite du sujet traduit-elle son vrai désir ? Le psychiatre a souvent envie de poser des questions pour clarifier des propos confus, faire préciser telle idée ou explorer tel secteur de la vie du sujet qu'il a évité d'évoquer, mais il sait par expérience que ces confusions, ces imprécisions, ces évitements sont eux-mêmes des indices et qu'il en saura plus sur son patient s'il le laisse associer librement que s'il lui impose un cadre de raisonnement. Une telle démarche est utile pour toute pathologie, la maladie la plus exogène est vécue différemment selon l'histoire du sujet, sa structure psychologique, sa vie fantasmatique. Elle est encore plus utile pour les situations qui ne sont pas répertoriées dans les classifications internationales, comme nous le verrons plus loin. Et, par rapport à lui-même, le psychiatre maintient son attention en éveil pour percevoir ce qu'il ressent et l'utiliser pour mieux comprendre son interlocuteur. Éprouve-t-il de la sympathie ou de l'antipathie, se sent-il intéressé ? Son analyse personnelle lui a appris les ressorts profonds de sa vie affective et des constructions intellectuelles qui en découlent. Il pourra en tenir compte dans son évaluation. Lorsque la relation se poursuit, il devra rester disponible pour percevoir dans l'évolution du sujet ce qui relève de l'effet des thérapeutiques et ce qui relève de son transfert. Il doit concilier écoute précise et attention flottante, analyse rigoureuse et sensibilité. Ce n'est pas la seule manière de pratiquer la psychiatrie, mais c'en est une d'une grande finesse.

Le deuxième héritage, celui qui correspond à la méthode thérapeutique, a eu un destin différent. Une certaine critique frénétique l'a accusée d'être inefficace et nocive (ce qui est contradictoire). On a voulu faire de Freud un malhonnête, un gourou tenant sous sa domination des adeptes en les fascinant par une doctrine ésotérique. Ces positions sont passionnelles. À un degré moindre de critique, on trouve l'opinion que la psychanalyse est dépassée. On ne l'accuse pas de tous les maux, mais on considère qu'elle a fait son temps, qu'elle était utile quand on n'avait pas mieux et que, depuis l'essor du cognitivo-comportementalisme on n'a plus besoin d'elle. Il y a ensuite la

position qui semble être encore majoritaire chez les praticiens français ne pratiquant pas l'analyse et qui, tout en se sentant eux-mêmes incompetents, n'en conservent pas moins leur confiance pour cette thérapeutique et la conseillent à leurs patients. Il y a enfin la position de ceux qui ont la double pratique et prescrivent des médicaments ou réalisent des psychothérapies selon les cas qui se présentent à eux. Ces psychothérapies peuvent être des cures classiques ou seulement des psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP), elles restent fidèles à la théorie et à la méthode freudienne. Il y a donc tout un éventail de positions et on pourrait banalement penser que cette diversité est de bon aloi. Mais cela ne se passe pas toujours dans le respect réciproque. Chacun a une tendance bien humaine à penser que la théorie qu'il préfère est la meilleure et que les autres sont ou trop simplistes ou trop ésotériques ou déshumanisantes. Un problème est particulièrement mal posé, c'est celui des rapports entre le cognitivisme et les conceptions freudiennes. Les cognitivistes sont en général très critiques vis-à-vis d'elles et pourtant ils n'en sont pas si éloignés qu'ils veulent bien le dire. Freud n'a pas exploré que l'inconscient, il a aussi beaucoup étudié le préconscient ; or c'est bien ce domaine du psychisme sur lequel travaillent les cognitivistes. On pourrait dire que Freud a eu une double filiation : les psychanalystes qui ont prolongé ses études sur l'inconscient (en s'intéressant moins au préconscient) et les cognitivistes qui ont continué à étudier le préconscient. Il est étonnant que les cognitivistes ne s'en rendent pas compte ou... l'aient refoulé !

Le troisième héritage, celui des modèles psychopathologiques, correspond à la plus petite des trois poupées gigognes, car il est celui qui est le moins révolutionnaire par rapport aux idées antérieures et, par là, le plus facile à appréhender. Si l'acceptation du premier entraînait une certaine vision de la psychiatrie qui peut ne pas être partagée par tous, si l'acceptation du deuxième pouvait se limiter à une estime sans engagement pratique, l'acceptation du troisième est possible par tout psychiatre, quelles que soient sa formation et sa culture. La raison en est qu'il ne repose pas sur les théories freudiennes actuellement contestées qui concernent l'inconscient mais sur les théories concernant le préconscient (celles qui sont compatibles avec les modèles cognitivistes). Freud s'est en effet intéressé non seulement à l'inconscient mais aussi au préconscient, et lorsqu'il s'est occupé de nosologie c'est sur lui qu'il s'est appuyé. Ses premiers écrits sur les psychonévroses de défense [2], sur les obsessions et les phobies [3], sur la névrose d'angoisse [4], ses études postérieures sur la dépression [5], notions reprises dans ses « Leçons d'introduction » [6] concernent la classification des troubles psychiques, et les critères sur lesquels elle repose sont seulement préconscients.

Cet apport peut être utile à tout psychiatre, car il ne demande pas une formation psychanalytique, il est compatible avec l'utilisation des classifications internationales modernes, avec l'adhésion aux théories cognitives, avec la prise en compte des découvertes de la psychiatrie biologique. Il n'est pas en contradiction avec ces données modernes, il les complète. Il en est d'autant plus surprenant qu'il ait été rejeté, justement sous prétexte d'incompatibilité avec ces notions nouvelles. C'est un malentendu que l'on peut qualifier d'historique. Il n'est pas

rational et il ne peut reposer que sur des causes idéologiques. Ce n'est pas le lieu d'analyser ses causes. Nous nous limiterons à montrer en quoi cet héritage peut être utile et quel enrichissement il apporte. Il complète les classifications internationales et il permet de comprendre la dynamique psychique qui sous-tend les manifestations cliniques.

Il complète les classifications internationales, car elles ne répertorient pas tous les cas. Leurs catégories sont tantôt trop restrictives et tantôt trop larges. Trop restrictives, car leur objectif premier étant la sélection de cas caractéristiques, elles exigent un nombre minimum de symptômes et une gravité suffisante, sinon le cas est à classer dans des « troubles non spécifiés » où ils perdent toute individualité. Il est bon d'avoir une classification complémentaire pour situer tous ces tableaux cliniques qu'elles refusent de classer. À l'opposé elles sont parfois trop larges, car n'utilisant que des critères strictement objectifs, elles regroupent souvent plusieurs troubles qu'elles ne différencient pas. Par exemple, si un sujet a peur de sortir de chez lui, on diagnostiquera une agoraphobie – mais plusieurs mécanismes peuvent sous-tendre une agoraphobie. Le patient peut redouter une agression ou un malaise, ou au contraire redouter de perdre le contrôle de ses actes. Dans le premier cas le processus est phobique, dans le second il est obsessionnel. Cette information est précieuse pour sa prise en charge. De plus, beaucoup de consultants s'adressent à un psychiatre pour des problèmes et non pour des maladies. Les problèmes conjugaux ou familiaux, les situations conflictuelles d'origine professionnelle ou sociale, les pathologies qui apportent des bénéfices secondaires, les troubles réactionnels aux échecs – ou aux succès — dépendent plus de la personnalité du sujet que des circonstances. Certes, les classifications internationales ne l'ignorent pas et elles ont identifié divers troubles de la personnalité, mais ce sont des catégories très générales, insuffisantes pour appréhender l'originalité de chaque cas. Le diagnostic selon le DSM n'est donc qu'une première étape qui bénéficie du complément d'une approche du fonctionnement psychique sous-jacent.

Cet apport complémentaire ne se limite pas à l'ajout de sous-catégories, mais apporte des éléments de compréhension de la dynamique psychique et donc des orientations pour la prise en charge. Prenons l'exemple des mécanismes de défense. Il faut distinguer le refoulement et les autres. Le premier peut être soupçonné, mais il est difficilement interprétable au cours d'une simple consultation, alors que les autres, qui interviennent pour protéger le sujet des rejets qui affleurent à sa conscience, sont assez facilement identifiables. Ce sont le déplacement, l'inversion, la négation, l'isolation, la formation réactionnelle, le clivage, etc. Chaque névrose a les siens ; les identifier permet à la fois le diagnostic, la compréhension de la dynamique psychique et, par là, l'abord psychothérapeutique.

Il n'est pas possible dans ce bref survol des relations entre la psychiatrie et la psychanalyse d'étudier cette question en détail. Cela justifie un livre entier [1]. Il convenait seulement de situer cette partie de l'héritage freudien par rapport aux deux autres pour montrer que la psychanalyse n'est pas une théorie monolithique et que les échanges que la psychiatrie peut avoir avec elle sont multiples. La prise en compte de cette diversité est un préalable à tout débat sur ce sujet.

Références

- [1] Darcourt G. La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ? Paris: Odile Jacob; 2006.
- [2] Freud S. Les névroses de défense (1894), Œuvres complètes. Psychanalyse (en cours de publication). Traduction sous la direction de J. Laplanche, A. Bourguignon et P. Cotet. Vol. III ; Paris: PUF; 1989. p. 1–18.
- [3] Freud S. Obsessions et phobies (1895). op. cit. 1989;III:19–28.
- [4] Freud S. Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé en tant que « névrose d'angoisse » (1895). op. cit. 1989;III:29–58.
- [5] Freud S. Deuil et mélancolie (1915). op. cit. 1988;XIII:261–80.
- [6] Freud S. Leçons d'introduction à la psychanalyse (1916). op. cit. 2000;XIV:1–480.