

## Darian Leader

### La psychanalyse et l'institution

Comme dans beaucoup d'autres pays européens, la psychanalyse en Angleterre est sous la pression, toujours croissante, de l'idéologie de l'économie de marché. Les valeurs de ce dont on a à rendre compte (*accountability*<sup>1</sup>) et de transparence sont vantées comme le nouveau cadre éthique de toutes les relations personnelles et professionnelles. On attend des psychanalyses et des psychothérapies qu'elles remplacent leurs systèmes archaïques spéculatifs et leurs objectifs thérapeutiques démodés par de nouveaux modèles standardisés « fondés sur des preuves » (*evidence-based*). Ces pressions sont particulièrement fortes dans les structures institutionnelles. Regardons le contexte de ces développements et quelle forme spécifique ils ont prise en Angleterre.

Là où tant de théories sociales d'inspiration psychanalytique du XX<sup>e</sup> siècle ont interprété la subjectivité comme un terrain de conflit, on situe de nos jours le moi comme un idéal régulateur. Plutôt que d'être le lieu des tensions entre, disons, les désirs refoulés et leur inhibition, le moi est un projet à réaliser. Droits et libertés ont remplacé devoirs et obligations, à côté de la nécessité de se réaliser soi-même, de s'actualiser par le « travail sur soi ». On encourage les gens à « travailler sur eux-mêmes », soit en faisant une thérapie, soit en allant au gymnase. Des prospectus proposant des psychothérapies

**Darian Leader**, psychanalyste exerçant à Londres, membre du Centre d'analyse et de recherche freudienne (Centre for Freudian Analysis and Research). Auteur de plusieurs ouvrages dont *La question du genre* (Payot) et *Faut-il voler la Joconde ?* (Payot). Son prochain livre, sur les maladies psychosomatiques, paraîtra en fin d'année.

1. À la demande de l'auteur, certains termes très techniques et certains mots de vocabulaire, dont la traduction française ne peut pas rendre l'exacte signification du terme, sont laissés entre parenthèse en anglais dans le texte.

sont exposés dans les gymnases à côté des publicités pour les nouveaux soins du corps. On considère la psyché comme un muscle qui a besoin d'être développé et entraîné pour faire ressortir tout son potentiel.

Cette colonisation de la psyché transforme les symptômes en biens de consommation. Les Pages jaunes sont maintenant remplies de publicités de thérapeutes proposant de traiter des problèmes spécifiques, avec des listes de symptômes caractéristiques mis en évidence en caractères gras pour attirer l'attention du lecteur. Avec la montée de la thérapie qui s'adapte au mieux à l'économie de marché – le cognitivisme –, les symptômes sont considérés comme des écarts de comportement, des fragments de conduite apprise qui peuvent être défaits par de nouvelles méthodes d'apprentissage et de désapprentissage. La différence entre le comportement observé et le comportement souhaité doit être réduite au minimum, et les modèles de comportements inadaptés doivent être transformés en modèles adaptés. Que ce discours ait un grand succès ici comme ailleurs ne nous surprend pas. Le thérapeute devient un agent qui a un produit à vendre, et ses questionnaires et formulaires d'évaluation sont bien conçus pour trouver la confirmation des effets recherchés.

Il paraît surprenant que beaucoup d'analystes aient été captés par cette vision. Un ouvrage récent, écrit par deux analystes bien connus, destiné à être utilisé par des cliniciens travaillant au National Health Service (NHS, Service national de santé), définit le soi « comme un agent rationnel, qui a des désirs compréhensibles et des croyances prévisibles, qui agira de façon à atteindre ses objectifs à la lumière de ces croyances ». Cette définition est assez extraordinaire, et elle correspond presque mot pour mot à la définition du sujet telle qu'on la trouve dans les manuels d'économie. Qu'est-il arrivé à l'inconscient freudien ? Qu'est-il arrivé à la pulsion de mort ? Et, d'une façon plus générale, qu'est-il arrivé à l'idée qu'une grande partie de la vie humaine vise des objectifs qui ne peuvent pas être décrits en termes utilitaires, tels que la recherche de richesses, de pouvoir ou de bonheur ?

Cette nouvelle notion de sujet est bien sûr le sujet non pas de la psychanalyse mais de l'hygiène mentale, et la façon actuelle de penser dans la psychanalyse anglaise prend largement l'hygiène

mentale comme objectif explicite. Les problèmes de l'enfance, par exemple, sont moins considérés comme l'expression d'une vérité subjective que comme des indications d'un risque de perturbation sociale future. Les indices de l'attachement rêvé par les théoriciens de l'*attachement* a atteint ici une énorme popularité, et si un nourrisson est considéré comme ayant eu un *attachement* faible, on fait appel à toute la batterie d'interventions en santé mentale pour prévenir les risques futurs. À la différence des autres disciplines dans le même domaine, la théorie de l'*attachement* a très bien réussi à se donner un vernis pseudo-scientifique. Les thérapies qui utilisent les indices de mesure et les techniques d'évaluation sont mises au premier plan alors que les autres thérapies sont minimisées parce qu'elles n'ont pas réussi à atteindre ce niveau d'objectivité. Puisque de nos jours la médecine « fondée sur des preuves » (*evidence-based*) fournit l'idéologie de la NHS, les théoriciens de l'*attachement* ont plus de cartes en main que les analystes et les thérapeutes plus traditionnels qui sont incités à imiter leurs méthodes.

Les réclamations faites par les théoriciens de l'*attachement* vantent également une autre caractéristique de la nouvelle notion de thérapie promue par le marché : le caractère spécifique des interventions. « Les techniques de psychothérapie du futur, mises en formules et protocoles, écrit le professeur Peter Fonagy, titulaire d'une chaire Freud Memorial <sup>2</sup>, [...] seront élaborées pour traiter spécifiquement des troubles du développement empiriquement identifiés. » Le trouble du développement existe indépendamment de l'expérience que peut en avoir le sujet, un parti pris qui tout simplement renforce les critères sociaux et non subjectifs de normalité. Les symptômes ne sont plus des questions subjectives ou des sources de satisfaction, mais des entités indépendantes, autonomes, le résultat des troubles du développement qui ont atteint le cerveau. Il est intéressant de constater que tous les nouveaux manuels de thérapie utilisés en institution esquissent explicitement une théorie de la subjectivité et du développement « normaux ».

Cet effort pour effacer totalement la dimension du sujet dans la psychanalyse et les psychothérapies semble se rapprocher de plus en

2. Peter Fonagy, « Psychotherapy meets neuroscience, A more focused future for psychotherapy research », *Psychiatric Bulletin*, 28, 2004, p. 357-359.

plus de ce qui ressemble à une image dépassée de la médecine, conçue comme la somme de procédures externes qui doivent être appliquées à l'organisme pour combattre les problèmes de santé. Psychanalyse et psychothérapie sont des techniques à appliquer plutôt que des propriétés des relations entre parties. Même le résultat de la thérapie, nous l'apprenons maintenant, nécessite d'urgence « des évaluations de résultats qui ne soient ni biaisés ni subjectifs ». Si le patient dit qu'il est plus heureux de vivre, cela devra être testé pour voir s'il dit la vérité. Et ce qu'il compte comme changements dans ses symptômes et ses répétitions devra être vérifié par un observateur extérieur.

Ce programme sinistre, illustré par la vision du futur de Fonagy, devient encore plus troublant quand il commence à recommander l'usage des techniques d'imagerie du cerveau pour évaluer le résultat thérapeutique. Fonagy cite même une expérience qui prétend mettre en évidence la correspondance neuronale de l'expérience d'exclusion sociale. Que nous trouvions ou non un défaut dans la procédure expérimentale mise en œuvre, le même problème fondamental demeure : une expérience peut-elle être expérimentalement isolée et attribuée à une série de sujets, comme s'il s'agissait fondamentalement de la même « chose » ? La faiblesse d'un tel point de vue est depuis longtemps évidente, depuis les expériences de stimulus-réponse dont le but était d'induire une émotion spécifique et isolée, dans les années 1930 et 1940, jusqu'aux expériences menées aujourd'hui, plus sophistiquées mathématiquement mais tout aussi naïves. Peut-on sérieusement affirmer qu'il existe une expérience émotionnelle appelée « exclusion sociale » que l'on pourrait objectivement trouver dans le cerveau ?

Pourtant les choses vont de mal en pis. Vient ensuite un panégyrique de la biologie moléculaire qui peut rappeler aux lecteurs les apologies eugéniques du début du xx<sup>e</sup> siècle. Fonagy est convaincu que la « vulnérabilité biologique va devenir plus facilement identifiable », les combinaisons de gènes expliquant les différents types de vulnérabilités environnementales. Dans l'exemple qu'il donne, on apprend que les porteurs de l'allèle S de la région promoteur du gène SLC6A4 du transporteur de la sérotonine pourraient mieux bénéficier d'une « intervention préventive » que les détenteurs du génotype L.

Améliorer la capacité des détenteurs de génotype S à faire face aux situations difficiles de la vie diminuerait le risque de graves dépressions, et Fonagy est tout à fait favorable à cette « impeccable logique » de programmes de prévention. Tout cela venant du professeur d'une chaire intitulée « Freud Memorial ». On se demande quel peut bien être ici le sens du mot « *Memorial*<sup>3</sup> ».

Les avancées obtenues grâce à la biologie moléculaire vont permettre aux individus d'apprendre que « la réduction de l'impact de certains types spécifiques d'environnement les protégera du processus de la maladie ». Le nourrisson apprendra-t-il à se procurer de nouveaux parents pour éviter plus tard d'être malade ? Apprendra-t-il de quelle façon il vaut mieux se débrouiller avec la position dépressive ou le complexe d'Œdipe ? Sera-t-il capable de dire quels fantasmes le rendront plus heureux dans sa vie future ? Le plus préoccupant est le ton des prévisions de Fonagy, qui sont retransmises par la plupart des articles de la littérature sur le sujet. Les difficultés subjectives sont devenues maintenant des processus maladifs (*disease processes*). Quand un patient se plaint de son orientation sexuelle ou de ses déceptions amoureuses, ou de vouloir toujours plaire aux autres, cela est interprété comme la conséquence de troubles du cerveau et de processus maladifs (*disease processes*).

Cette vision selon laquelle les « désordres » psychologiques sont corrélés avec des troubles spécifiques du cerveau est très répandue dans le milieu thérapeutique anglais. La fonction des psychothérapies est d'offrir un panel de techniques que l'esprit peut utiliser pour compenser un déficit biologique. Les neurosciences vont aider les patients à utiliser « des stratégies mentales pour faire face à la faiblesse de leurs fonctions cérébrales ». Cette nouvelle pseudoscience du sujet envahit de plus en plus les groupes psychanalytiques, et certainement aussi le cadre institutionnel. Les conférences aussi bien dans les colloques de psychanalyse ou de psychologie sont pleines de références au *fight or flight response*<sup>4</sup>, aux fonctions du cerveau, aux

3. Note du traducteur : en anglais, jeu de mots entre testament et tombeau.

4. NdT : lutte ou fuite ; changements physiologiques tels que l'accélération des battements du cœur, de la pression artérielle du sang, etc., initiés par le système nerveux sympathique pour mobiliser les systèmes du corps comme réponse au stress.

catécholamines <sup>5</sup>, et en particulier au démon cortisol <sup>6</sup>, qui est décrit exactement de la même façon que la « mauvaise mère » des années 1950 et 1960. Selon ce point de vue, psychanalyse et psychothérapies ont un effet sur la chimie du cerveau, et c'est un spectacle tragico-comique de voir des cliniciens qui en savent très peu en matière de biologie ou de chimie commencer à utiliser ce nouveau langage comme si cela conférait une respectabilité et une dignité scientifique à leur travail. Plutôt que de penser à l'aide de leur propre vocabulaire conceptuel, il y a un recours à un vocabulaire supposé neutre de la science « d'observation ». Personne ne semble remarquer que, en utilisant la chimie du cerveau pour expliquer les buts et les résultats des cures, ils rendent la thérapie elle-même obsolète, puisque les mêmes changements peuvent clairement se faire plus rapidement par des interventions chimiques.

L'autre modèle principal qui devient aussi très populaire et qui est même en train d'être imposé à ceux qui travaillent en institution est la théorie du « *Other Minds* <sup>7</sup> ». Cette version contemporaine de Piaget affirme que le moment décisif du développement est quand l'enfant réalise que la mère a des états mentaux qui sont différents des siens. Soudain l'axe II du DSM devient clair ! Ces malheureux n'ont pas réussi à développer une théorie de l'*other minds*. Ainsi, la tâche des cliniciens est de leur enseigner qu'ils ont des états mentaux, et de les nommer. Les interventions sont spécialement orientées vers l'« ici et maintenant », et les incapacités à intégrer le mental de l'autre sont considérées comme des fermetures du cortex préfrontal. Il est curieux que cette théorie soit d'abord devenue célèbre comme explication de l'autisme dans les années 1980. Pourtant, elle est devenue aujourd'hui l'explication de tous les troubles de l'axe II et de beaucoup d'autres.

5. NdT : L'impact biologique des neuromédiateurs comme la noradrénaline ou la dopamine n'est pas encore élucidé au niveau de la compréhension des syndromes dépressifs, autistiques, ou de la schizophrénie, même si on note une relation entre noradrénaline et activité psychomotrice d'une part, et entre sérotonine et anxiété d'autre part.

6. NdT : sur commande du *cerveau*, le cortisol est libéré dans le sang par des glandes situées au-dessus des reins. Le cortisol est surtout l'hormone du stress : sous l'effet d'un stress, du cortisol est produit et modifie divers paramètres (taux de « sucre » dans le sang, pression sanguine...), ce qui permet à l'organisme de réagir.

7. NdT : autres états mentaux.

Ces considérations sont bien évidemment dangereuses cliniquement. Il y a une pression sur le thérapeute pour faire en sorte que le patient se concentre sur les états mentaux du thérapeute par-dessus tout. En interprétant le transfert systématiquement, on inculque au patient une théorie de l'esprit (*Theory of Mind*) : il va apprendre quels sont les sentiments du thérapeute et quels sont ses propres sentiments. Ce processus permet au patient « de trouver lui-même ce qu'il est réellement » dans le miroir thérapeutique. Ce qui est complètement perdu ici, au-delà de la question de l'interprétation du transfert, c'est la possibilité que « *other minds* » ne signifie pas seulement que l'enfant puisse réaliser que la mère a des états mentaux, mais que l'enfant puisse réaliser que quelqu'un d'autre – le père, peut-être – peut avoir un état d'esprit par rapport à la mère qui permet la triangulation. Les principes fondamentaux de la théorie de l'« *other minds* » sont de toute façon inclus dans le A/moins phi : l'enfant se rend bien compte qu'il y a une signification en jeu pour la mère au-delà de lui.

Cet assez sombre tableau des thérapies par la parole dans leur cadre institutionnel semble même plus sombre encore avec la nouvelle montée dans la théorie et la pratique de la supervision clinique. Les initiatives du gouvernement ont pour but de fournir des soins de santé mentale à quiconque le demande pendant une période déterminée. Étant donné qu'il n'y a pas assez de thérapeutes, psychiatres, conseillers ou psychologues cliniciens, des projets – vigoureusement contestés par les professions précitées – ont été mis en place afin d'employer des étudiants pour faire des thérapies. Ils n'auraient eu que quelques cours comme formation, et dans la plupart des cas suivraient leur formation en même temps qu'ils verraient les patients. Cela met un nouvel accent sur la supervision, avec des cliniciens supposés plus expérimentés, donnant des cours de management aux moins expérimentés. La supervision est maintenant perçue presque exclusivement comme une pratique qui sert les intérêts du cas « en supervision ». Un des effets de ce changement a été que certains analystes et thérapeutes ont reformulé leurs théories pour adhérer à ce modèle : l'analyse devient une procédure qui opère exclusivement par la transmission d'un savoir-faire (*skills*).

Avec l'intention du gouvernement de réglementer les thérapies par la parole en 2008, il y a beaucoup de risque que ces changements,

ainsi que l'accent mis à la fois sur l'hygiène publique et l'hygiène mentale, soient à l'origine d'une nouvelle psychanalyse « adaptée ». Beaucoup d'analystes le veulent, et ne souhaitent en réalité que de la reconnaissance et du respect. D'autres, qui viennent de groupes différents, protestent et essaient de rester fidèles à un modèle qui ne voie pas les buts de l'analyse réduits à la suppression du symptôme et une bonne hygiène mentale. Une conférence organisée par le College of Psychanalysts discutera de cette question en mars prochain, avec des défenseurs des différentes positions dans ce domaine hautement controversé.

*Texte traduit par Patricia Dahan et Radu Turcanu*