

Psychanalyse et pratique médicale

par M. BALINT

(. Ce texte correspond à deux conférences faites l'une à l'Institut de psychanalyse de Chicago, le 9 octobre 1964, l'autre à l'occasion du 25e anniversaire de l'Institut de psychanalyse de Melbourne. La traduction française est parue dans la Revue de médecine psychosomatique, tome 9, (1967) nO 4, pages 243-257.)

1. LES PSYCHANALYSTES ET LA FORMATION PSYCHOTHERAPIQUE DES PRATICIENS

Ces dernières années, la formation du médecin omnipraticien et des spécialistes non-psychiatres à la psychiatrie et aux méthodes psychothérapeutiques est devenue une question publique d'une certaine importance. Ce changement s'est produit lorsque l'on a compris qu'un grand nombre de personnes qui demandaient une assistance chirurgicale ou médicale souffraient en réalité de problèmes affectifs. Leur offrir un traitement chirurgical ou médical s'est avéré inefficace et inutile, gaspillage d'argent, de temps et d'énergie, et s'est soldé souvent par une très grave négligence, voire même de la cruauté.

Freud a été l'un des tout premiers à prévoir ce développement: / dans sa communication au Congrès de Budapest en 1918, il a prédit que le temps viendrait où la société devrait accepter que l'individu ait le même droit à une aide pour sa souffrance névrotique ou affective que pour ses maladies organiques.

A présent, partout en Occident, et en particulier aux Etats-Unis, les finances publiques allouent des sommes importantes, soit sous forme de bourses aux non-psychiatres, spécialement les omnipraticiens, afin de les amener à se former à la psychiatrie, soit en organisant des cours afin d'enseigner une forme quelconque de psychothérapie à ceux qui veulent rester dans leur spécialité.

Nous rencontrons ici une question importante: Nous, analystes, allons-nous accepter une quelconque responsabilité dans ce domaine ? Si oui, quelle forme de responsabilité ? Ou bien, allons-nous nous tenir à l'écart ? Comme la réponse à cette question est assez complexe et hérissée de difficultés, cela vaut la peine de se souvenir que nous avons rencontré des problèmes similaires en deux précédentes occasions, et qu'en ces deux occasions le mouvement

psychanalytique a donné deux réponses diamétralement opposées.

La première occasion s'est présentée au début des années 20. La question était : Nous, analystes, devons-nous accepter une responsabilité dans le développement des techniques de psychothérapie infantile? La réponse fut un «oui» sans restriction, et le résultat de cette décision a été le développement de l'analyse d'enfants, réel motif d'orgueil pour nous et grand élan donné au développement et de nos théories et de nos techniques.

La seconde occasion s'est présentée à nous dans la deuxième moitié des années 40, quand la question était: Nous analystes, devons-nous accepter une responsabilité dans le développement des techniques destinées à la psychothérapie de groupe ? La réponse fut un «non» hésitant, avec ce résultat que la thérapie de groupe et la psychanalyse se sont développées dans une grande mesure indépendamment l'une de l'autre et au grand détriment des deux.

Il vaut peut-être la peine de souligner qu'en dépit de ces deux réponses diamétralement opposées, il y avait pas mal de similitude dans les deux situations : On pouvait considérer que l'analyse d'enfants s'engageait dans la voie ouverte par Freud dans les Trois Essais et le Petit Hans, validant d'abord ses découvertes, puis les élargissant et les développant. On pouvait arguer que la situation était semblable pour la thérapie de groupe, qu'on pouvait considérer comme s'engageant dans la voie ouverte par Freud dans Deuil et Mélancolie et surtout Psychologie de groupe et analyse du moi, dans le but de valider, tout d'abord les idées qui y sont exprimées, puis, de les élargir et de les développer. Ce serait une étude psychologique et historique intéressante que de rechercher pourquoi dans le premier cas, la réponse fut «oui» et dans le second «non».

Maintenant, dans les années 60 - je ne sais vraiment si des cycles de 10 ans ont une signification profonde ou ne sont que des coïncidences - nous rencontrons une question analogue :

Nous analystes, devons-nous accepter une responsabilité à la pratique médicale? Je me hâte d'ajouter que, là aussi, on peut considérer que l'on s'engage dans la voie ouverte par Freud par exemple dans cette phrase souvent citée que «le Moi est d'abord un Moi corporel», de manière à valider, d'abord, cette. idée, puis, à l'élargir et à la développer.

En examinant l'opinion publique psychanalytique d'aujourd'hui, telle qu'elle est exprimée dans les communications lues devant différentes sociétés d'une part, et publiée dans nos périodiques d'autre part, il est impossible de prédire ce que sera la réponse. En vérité, la conversion - ce «mystérieux saut dans l'organique» - est l'un des concepts analytiques les plus anciens et toujours des plus attirants. D'autre part, les nouvelles psychologies du Moi se sont surtout attachées aux rapports normaux ou altérés entre le Moi et ses diverses fonctions négligeant plus ou moins les processus qui peuvent amener à un fonctionnement pathologique du corps. Il est vrai que les idées concernant les rapports psychosomatiques depuis les grands pionniers en ce domaine - Ferenczi, Jellife et Groddeck - ont toujours soulevé un intérêt sympathique dans nos rangs; mais cet intérêt est resté limité à des cas choisis, et la pensée psychosomatique n'est jamais devenue partie intégrante de la théorie psychanalytique comme par exemple l'analyse d'enfants.

Comme le montre ce bref examen, la décision de prendre part ou non au développement de techniques psychothérapeutiques spécifiques destinées à la pratique médicale sera une décision difficile. De plus, cela impliquera une décision concernant l'avenir de notre attitude d'intérêt bienveillant mais non-engagée à l'égard des conditions pathologiques du corps, ce qui ne sera pas une décision facile. Il y a bien d'autres problèmes à la fois internes et externes qui doivent être reconnus avant qu'aucune décision puisse être prise. Je ne peux même pas tenter de les démêler dans cette courte communication. La seule chose que je puisse faire est de choisir l'un de ces problèmes et de le soumettre aux lecteurs. Celui que j'ai choisi est la question des rôles, que nous pouvons envisager, nous analystes, dans ce nouveau domaine de formation, et ce que cela signifierait

d'accepter l'un ou l'autre rôle.

Dans la mesure où je connais la situation, deux rôles assez différents nous sont offerts. Le premier rôle est impliqué dans le type de projets «formation» décrit par des phrases comme : «Education post-universitaire en psychiatrie et psychothérapie pour les omnipraticiens et les spécialistes non-psychiatres». Si nous entrons dans ce domaine sous cette bannière, notre rôle sera celui d' «éducateur». Ce type de formation est très largement répandu aux Etats-Unis et a été essayé avec un succès varié également dans le Royaume-Uni. L'autre type de formation, que j'ai développé à Londres, a été décrit par une phrase utilisée dès le début: «Séminaire de discussion sur les problèmes psychologiques dans la pratique médicale». Notre rôle dans ce contexte est celui de leader d'une équipe de recherche.

Ces deux rôles sont fondamentalement différents, et dans ce qui suit, j'essaierai de discuter les conséquences qui découlent du fait que nous adopterons l'un ou l'autre rôle.

II. LE PSYCHANALYSTE, EDUCATEUR OU LEADER D'UNE EQUIPE DE RECHERCHE?

Commençons par examiner la première de ces deux hypothèses. Je dois tout d'abord reconnaître que je n'ai pas une connaissance de première main de ce type de formation parce que ce que j'en ai vu m'a rendu plutôt critique. En conséquence, tout ce que j'en dirai repose sur le travail d'autres personnes, en partie observé directement par moi mais en partie recueilli seulement dans les ouvrages qui y sont consacrés. La discussion se déroulera sous deux rubriques : 1) Que font les analystes en réalité quand ils «éduquent» des non-analystes ? 2) Quelle est la justification du rôle spécial qu'ils adoptent?

Il est juste de dire que tout analyste engagé dans ce type d'éducation est profondément soucieux d'éviter le danger d'enseigner «l'analyse sauvage», c'est-à-dire une violation et une exploitation irresponsables et inconsidérées de l'inconscient du patient. J'ai l'impression que ces analystes ont un souci si clair de ce danger qu'ils considèrent comme leur premier devoir d'avertir leurs collègues qui n'ont pas reçu une formation analytique, de ce qu'ils ne devraient pas faire.

Par exemple, il est vivement recommandé aux omnipraticiens de ne pas essayer d'analyser les rêves, la raison en est que sans une formation psychanalytique" adéquate, personne ne peut comprendre le contenu latent d'un rêve, c'est-à-dire les mécanismes les plus fins de l'inconscient. De même on ne doit jamais essayer de créer des conditions qui faciliteraient l'émergence de désirs, de formes d'expériences, d'états mentaux primitifs, en un mot, de formes primitives de transfert, parce que comprendre toutes leurs implications et s'en servir peut dépasser les limites des possibilités d'un non-analyste. En conséquence, les non-analystes ne doivent ni essayer de découvrir les conflits inconscients profondément refoulés ni de remédier au défaut fondamental ; ils doivent se contenter d'un travail plus en surface.

De manière positive, les éducateurs psychanalystes recommandent à leurs élèves : 1) d'organiser pour leurs patients des séances psychothérapeutiques «formelles», de préférence en face-à-face ; 2) d'encourager les associations libres; 3) de suivre des associations en intervenant aussi peu que possible et toujours de travailler plus en surface.

En compensation à cette dernière restriction, l'analyste offre : 1) Si c'est nécessaire, nous analystes, nous serons prêts à apporter l'aide de nos connaissances supérieures ; 2) une autre offre, qui n'est pas trop mauvaise quoiqu'elle n'aide pas toujours à manier une situation

concrète dans la pratique médicale, mais dont, nous analystes, nous avons une grande connaissance; des conférences sur la structure de la personnalité basées sur nos idées concernant le développement de la sexualité infantile et des relations d'objets infantiles, sur la psychopathologie, et sur quelques aspects de la psychodynamique. Si bien d'ailleurs qu'on a dit de ce type de pensée et de thérapie qu'il était «dynamiquement orienté» - je ne suis pas sûr que ce soit à notre crédit.

Notre tâche suivante sera d'examiner dans quelle mesure ces recommandations techniques sont justifiées. Toutes nos mesures techniques - et même nos critiques les plus hostiles doivent admettre que la technique psychanalytique est peut-être de toutes les techniques psychothérapeutiques la plus sûre et la mieux validée - ont été développées et validées dans et pour la situation psychanalytique. C'est-à-dire une situation artificielle créée par nous, ce qui est si important que nous insistons unanimement sur le fait que chaque nouvelle génération de psychanalystes doit apprendre l'analyse dans cette situation. Une énorme littérature s'est accumulée sur sa signification, ses différents aspects et ses différents «paramètres».

En conséquence, je peux limiter la discussion aux caractéristiques les plus importantes pour ce que j'ai en vue. Tout d'abord, la situation psychanalytique est une relation exclusivement à deux personnes. Toute tierce personne, toute perturbation extérieure est écartée autant que possible. Ensuite, l'influence de la personnalité réelle de l'analyste y est réduite, de nouveau autant que possible ; l'analyste est entraîné à rester impassible et immuable quoi qu'il arrive, permettant et même induisant le patient à l'incorporer dans la vie fantasmatique intérieure, - ce qu'on appelle «transfert primitif». Enfin, l'analyste intervient aussi peu que possible .dans les associations libres du patient attitude du «miroir bien poli» - mais les suit partout où elles peuvent mener.

En dépit de cette grande liberté, dès le début une discipline assez stricte est imposée au patient en ce qui concerne le temps et l'espace. Il ne peut y avoir à peu près aucun contact physique entre le patient et son analyste. Si c'est possible, le patient doit essayer de rester allongé sur le divan pendant toute la durée de l'analyse. A la fois la longueur et la fréquence des séances sont déterminées par l'analyste; le patient lui-même n'a à peu près rien à dire sur ce point. Même Alexander et French, peut-être les plus révolutionnaires des réformistes, conseillent à l'analyste, s'il le juge souhaitable, de varier la longueur et la fréquence des séances mais de ne permettre au patient de le faire de lui-même que rarement.

Toutes ces mesures sont au service de ce but dominant qui est que toutes les communications entre le patient et son analyste doivent se faire, autant qu'il est humainement possible, au moyen du langage.

Toutes nos techniques bien éprouvées et bien démontrées poursuivent deux buts : 1) établir et préserver la situation analytique ; 2) permettre au patient de devenir conscient de ses expériences intérieures dans cette situation, puis de les traduire en mots, et finalement de nous les communiquer. A priori, il n'est pas du tout sûr qu'une technique qui fonctionne bien dans notre situation analytique artificielle, se révélera automatiquement utile dans des conditions différentes. C'est pourquoi, plus est étroit le lien entre une mesure technique particulière et la situation analytique, plus nous devons être prudents pour la recommander dans les autres situations médicales, par exemple la situation de l'omnipraticien. Dans ce qui suit, je discuterai seulement le cas du médecin de famille. Le cas des spécialistes diffère à plus d'un égard de celui du médecin de famille. En conséquence, les idées ici avancées ne seront pas entièrement valables pour eux.

A l'opposé de l'analyste, le médecin omnipraticien est le médecin de toute la famille. Quelques praticiens, en Angleterre par exemple, n'admettent pas les membres séparés d'une famille. Bien entendu, le médecin maintient une relation thérapeutique étroite avec chaque

membre de la famille, relation dont l'intensité varie avec la personnalité de ce membre et l'urgence de sa maladie ; mais ce n'est presque jamais une relation exclusivement bi-personnelle. Si un membre particulier de la famille a quelque motif de plainte, des ennuis, ou est «malade», la relation entre lui et le médecin devient pendant un temps plus intense, plus intime, et il obtient une attention spéciale. A la «fin de la maladie», cependant, cette attention spéciale lui est automatiquement retirée et reportée sur un autre membre de la famille, et ainsi de suite.

De plus, il est important de se souvenir que les membres d'une famille sont liés entre eux par les liens de la relation d'objet originelle et non par le transfert ; c'est-à-dire qu'ils sont liés les uns aux autres par l'amour, la haine et la jalousie, la domination et la soumission, l'obéissance, la révolte et l'identification, etc. .

Le médecin, bien entendu, a un contact physique constant avec le corps de son malade : il prend le pouls, il mesure la tension artérielle, il percute la poitrine, écoute les bruits du cœur, palpe l'abdomen, inspecte les différents orifices du corps, et peut même examiner et toucher les zones érogènes les plus cachées. de plus il se sert de toutes sortes d'instruments pour regarder l'intérieur du corps du malade, comme l'endoscopie et les rayons X, et il a des méthodes pour analyser le sang, les excréments et sécrétions du malade. Enfin, il peut prescrire des pilules et potions magiques, des piqûres et des suppositoires, etc. ; et même les plus sceptiques parmi nous doivent admettre que certaines de ces drogues ont une efficacité pharmacologique au-delà et indépendamment de celle que le malade leur attribue dans ses fantasmes.

Pour montrer les limites de nos connaissances analytiques, puisje souligner par exemple que, nous analystes, nous n'avons pas encore étudié l'art de combiner les effets réels des drogues avec les fantasmes qu'elles suscitent chez nos patients de manière à obtenir un résultat thérapeutique sûr et solide. De même nous ne savons pas grand chose sur le quand et le comment de l'examen du corps d'un malade, ni sur l'art, nous ne savons pas très bien comment et quand examiner le corps du patient, ni l'art véritable de maintenir une relation thérapeutique continue avec tous les membres d'une famille, etc.

En résumé, on peut dire que la situation de l'omnipraticien - tout en contenant bien des éléments fantasmatiques - est plus proche de la réalité que la situation psychanalytique. De manière à pouvoir faire face aux problèmes inhérents à son univers professionnel, l'omnipraticien a besoin d'une technique psychothérapique qui, nous devons l'admettre, différera considérablement de la nôtre. Tout en utilisant largement nos découvertes, cette technique ne sera pas une forme superficielle ou édulcorée de la technique psychanalytique.

III. EXEMPLE D'UN CAS

Si nous acceptons la moindre responsabilité pour former des non-analystes à une psychothérapie quelle qu'elle soit, nous devons tout d'abord comprendre que nous aurons à les former à quelque chose que nous connaissons bien moins que la technique analytique. La formation des médecins devient non plus un enseignement de morceaux choisis de notre savoir et de notre art, mais un projet de recherche dans le but de découvrir ce dont les médecins ont besoin s'ils veulent faire de la psychothérapie, d'élaborer avec eux la réponse à leurs besoins.

Pour illustrer ce que je veux dire, je désire rapporter le cas d'un omnipraticien qui, je le crains, sera assez complexe ; d'abord parce qu'il s'agit d'un problème multi-personnel et ensuite parce que je devrai relater plusieurs scènes à titre d'illustration pour démontrer ce qui s'est passé.

Ce cas fut rapporté à un séminaire d'omnipraticiens qui à cette époque datait d'environ un mois. Le médecin fut appelé à six heures du matin par Mm e Q. Sa fille, Leslie, âgée de quatre ans, avait une grave crise d'asthme. Le médecin, qui connaissait bien la famille, vint immédiatement, fit à l'enfant une piqûre d'adrénaline et la surveilla jusqu'à ce qu'elle reprit son souffle. Mm e Q. lui demanda alors de venir dans une autre pièce où elle se mit à se plaindre d'une forte douleur abdominale et menaça de s'évanouir. Le médecin lui suggéra de s'étendre sur le sofa et revint auprès de l'enfant.

Pour décrire ces cas un peu complexes, nous nous servons dans nos séminaires de deux concepts: «diagnostic traditionnel» et «diagnostic complet» (overall). Le diagnostic traditionnel est assez simple dans ce cas. Leslie vient juste de développer son asthme. Les crises ont commencé il y a quelques mois, et jusqu'à une période récente, le médecin hésitait à dire qu'il s'agissait d'asthme. Environ trois semaines auparavant, Leslie fut admise à l'hôpital pour la première fois où le bureau d'admission mentionna ce terme en présence de Mm e Q. Mm e Q. souffre de douleurs abdominales fonctionnelles et hystériques, compliquées de constipation chronique.

Passons maintenant aux renseignements utiles pour le diagnostic complet (overall). Le médecin décrit le couple comme des névrosés agressifs, quelque peu paranoïdes. M. Q. était chauffeur de grandes lignes dans les chemins de fer, et récemment, à l'instigation de sa femme, il fut détaché dans un service local. Comme il arrive souvent avec les femmes un peu paranoïdes, Mm e Q. avait vu dans son accouchement une épreuve et avait redouté depuis lors la seule pensée d'être enceinte. Elle a pris un emploi à plein-temps, ce qui signifie que Leslie doit passer un temps considérable soit chez des voisins, soit avec la femme de ménage.

Mère et fille font partie de la clientèle du médecin depuis environ deux ans et demi. M. Q. a recours à un autre médecin, signe toujours important suggérant une tension considérable dans la famille. Dès le début, Mm e Q. s'est plainte d'une sérieuse constipation et de douleurs. En fait, sa constipation remonte à environ dix ans, depuis qu'elle a quitté son Irlande natale pour venir à Londres. Le médecin diagnostiqua une maladie fonctionnelle due à quelque problème affectif indéterminé. Mm e Q. insista sur le fait que c'était organique et demanda à être examinée par un spécialiste, ce que le médecin crut plus sage de refuser. A la place il offrit une aide psychothérapique qui fut rejetée avec indignation. En fait, mari et femme finirent par dire au médecin à peu près en ces termes de «s'occuper de ses affaires». Ce fut sur cette base qu'une relation faite d'hostilité, de discussion et de "méfiance s'établit entre la famille Q. et son médecin.'

Les médecins du séminaire se penchèrent sur les différents problèmes de ce cas avec un vif intérêt. Quelques-uns s'identifièrent avec l'attitude de «fermeté». D'autres mirent sérieusement en garde contre la possibilité d'une maladie de Hirschsprung et préconisèrent d'accéder à la demande de la malade concernant l'examen par un spécialiste, etc. Ce type de discussion pathologique érudite offre quelque répit aux tensions causées par le souci constant des implications psychologiques. Quand cela fut compris - avec l'aide du psychiatre, le groupe commença à s'attaquer aux causes possibles de l'atmosphère franchement hostile entre la famille et son médecin. Il apparut graduellement que peut-être l'attitude de «fermeté», le sentiment d'irritation ouvertement reconnu par le médecin, et l'atmosphère générale d'hostilité pouvaient être quelques-uns des symptômes de la maladie de la patiente.

Pour rendre compte de cette découverte, nous avons établi un principe selon lequel si le médecin ressent quelque chose tandis qu'il soigne son malade, il ne doit en aucun cas agir d'après ses sentiments mais s'arrêter et les considérer comme un symptôme possible de la maladie de son patient. Dans ce cas, le fait que le médecin éprouve tels sentiments signifierait

que le patient les suscite et les provoque et que le médecin pourrait être une victime - peut-être consentante - qui ne pourrait s'empêcher de répondre ainsi à son patient.

Le médecin en question se trouvait être un homme très consciencieux et très logique, de sorte qu'il dut accepter cette interprétation, pour ainsi dire, en la ratifiant. Sous cette pression, il décida de changer son attitude envers la famille entière. Tout d'abord, il se mit d'accord avec l'hôpital pour se charger lui-même de suivre Leslie. Puis il offrit à Mm e Q. un «long entretien» pendant lequel il s'enquit franchement de l'état de ses intestins, et tout en restant persuadé que sa maladie était fonctionnelle, il offrit de l'envoyer consulter un spécialiste pour effectuer un bilan. Elle accepta cette offre avec plaisir, et le médecin écrivit alors une lettre de recommandation et la lui donna.

En réponse à ce changement d'attitude, des détails supplémentaires furent spontanément révélés par Mm e Q. Le médecin apprit que son père était un homme affable et très paisible, tandis que la mère était une femme autoritaire et dominatrice. Quand le médecin l'interrompt pour dire : «Un peu comme vous ?», la patiente sourit et poursuivit en disant que sa mère avait quitté son père pour venir vivre auprès de la patiente, ce qui avait entraîné des querelles et une atmosphère plutôt tendue. Le médecin lui demanda alors si toute cette agressivité et ces disputes avaient pu avoir quelque effet sur l'asthme de Leslie, à quoi la patiente répondit: «Peut-être», et partit dans un état d'esprit amical.

Deux mois plus tard, le cas de Mm e Q. fut de nouveau discuté. Après l'entretien, le médecin prit quinze jours de vacances, mais apprit à son retour que Mm e Q. n'avait pas encore vu le spécialiste, bien qu'elle ait en poche la lettre de recommandations. En dépit de cela, ses douleurs abdominales avaient disparu et ses intestins fonctionnaient tous les jours.

Cela tenait véritablement d'une cure magique, surtout si l'on tient compte du fait que ce changement se produisit après deux ans de chicaneries déplaisantes. Je désire souligner que le médecin n'avait pas abandonné son diagnostic ; Mm e Q. savait que le médecin considérait toujours que ses douleurs étaient hystériques. La seule différence était que le médecin la traitait autrement, c'est-à-dire qu'au lieu de lui imposer son opinion, il s'efforçait de comprendre ses problèmes et ses difficultés.

Il est remarquable que le médecin s'en tint là. Il ne poussa pas plus loin son enquête et n'essaya ni de comprendre ni d'interpréter ce qui était arrivé. Au contraire, il aiguilla l'entretien vers une discussion de la relation mère-enfant. Il apprit que l'asthme de Leslie avait commencé dans le nouvel appartement. Leslie était tout à fait bien tant que la famille habitait dans une maison quelque peu délabrée d'où les autorités locales l'avaient fait déménager pour habiter un nouvel appartement dans un immeuble de type H.L.M. De plus, Leslie n'avait aucune crise quand elle avait la permission de jouer dehors avec les autres enfants, mais quand elle devait rester à la maison avec sa mère, elle y répondait par deux ou trois crises par semaine.

Il est juste de dire que l'atmosphère a maintenant considérablement changé. Au lieu de se disputer et d'argumenter, médecin et malade coopèrent maintenant avec la production d'un matériel tout à fait impressionnant.

Finalement Mm e Q. décida d'aller voir le spécialiste qui fit les examens habituels, y compris le repas baryté et le transit, aucun ne donna de résultats positifs. En conséquence, on lui dit «qu'elle n'avait rien», qu'elle devait accepter que ses intestins ne fonctionnent que tous les trois ou cinq jours. La seule chose qu'elle pouvait faire était de prendre un laxatif, et le spécialiste lui en prescrivit un. Aussitôt la constipation se réinstalla dans toute sa vigueur.

Bien entendu, ce que le spécialiste lui avait dit était absolument correct et sensé - du

moins dans les limites de son diagnostic et c'est ce que nous appelons «diagnostic traditionnel». Ce qu'il ne fit pas fut de se préoccuper du diagnostic complet (overall). Par suite sa prescription et ses conseils judicieux se révélèrent aussi vains que l'attitude de «fermeté» tout aussi raisonnable de notre omnipraticien.

Chez une femme comme Mm e Q. un traitement de ce genre engendre d'abord la colère, le mépris et le ressentiment, conduisant à une aggravation de ses symptômes et prouvant par là que le spécialiste «sensé» et l'omnipraticien sont de mauvais médecins, peut-être stupides. Si cette séquence de faits n'est pas reconnue par le médecin, sa réaction sera de l'irritation qui conduit alors inévitablement à un cercle vicieux d'hostilité chronique.

Pendant le séminaire au cours duquel tout ceci fut discuté, nous apprîmes également que quelques jours auparavant le médecin avait été appelé à sept heures du soir pour voir Leslie qui avait une autre crise grave. Il lui donna un spasmolytique d'action rapide, puis pensant à la nuit qui venait, trouva judicieux d'ajouter à titre préventif - à la fois dans son intérêt et celui de la famille - un suppositoire d'aminophylline d'action lente. Il en sortit un de sa trousse, le tendit à Mm e Q. et lui demanda de le mettre à sa fille. Une scène très bruyante s'ensuivit entre une enfant de quatre ans se débattant furieusement et une mère absolument incapable de la maîtriser. A la -fin, puisque le médecin avait toujours été en termes très amicaux avec Leslie, il reprit le suppositoire à Mm e Q. et le mit lui-même à l'enfant sans aucune difficulté. Bientôt Leslie se calma, le médecin la borda dans son lit, l'embrassa en lui souhaitant bonne nuit et la quitta. Quelques heures plus tard, il apprit par téléphone que Leslie dormait paisiblement.

Je souhaite ajouter ici la discussion telle qu'elle s'est engagée au séminaire après la relation du cas. Le médecin admit lui-même qu'il était pleinement conscient que c'était sa décision de changer d'attitude qui avait amené le changement d'atmosphère entre lui-même et la famille, et ce fait lui était très agréable. Cependant, il craignait maintenant d'être «dévoreré» (m. à m. «sucé», «aspiré»). Comme il l'expliqua, il comprenait maintenant que toute la famille Q. était, pour ainsi dire, affamée de tendresse et d'affection, et il appréhendait que, ayant découvert qu'elle pouvait obtenir quelque chose du médecin, elle ne demandât toujours davantage.

Une femme médecin du séminaire répondit qu'elle ne voyait pas de raisons de s'alarmer. Mm e Q. avait vu peut-être pour la première fois de sa vie, ce qu'était un comportement affectueux. Maintenant elle pourrait s'identifier avec le modèle présenté par le médecin. Un autre médecin, homme plutôt circonspect, un peu plus âgé que le rapporteur fut très critique. Pour lui, Mm e Q. n'était qu'une enfant frustrée qui ne pouvait absolument pas s'empêcher de répondre à toute marque d'affection par une jalouse rivalité, jalouse ou envieuse, ce qui la contraignait à demander toujours plus d'affection pour elle-même et ce qui s'exprimerait par un redoublement de ses symptômes psychosomatiques ou de conversion.

Un autre médecin, homme, attira notre attention sur M. Q. qui avait été témoin de tout le déroulement des faits. Il pouvait prévoir des complications du côté de M. Q., puisque, ainsi que le suggère l'histoire du cas, il ne recevait guère d'amour et d'affection de sa femme, comme le montre sa crainte à elle d'être enceinte et son insistance pour prendre un emploi à plein temps. On pouvait s'attendre à ce que son désir d'affection conduise à quelque vague maladie.

Enfin, il y avait le problème de la réaction de Leslie. Comment cela influencerait-il son développement - maintenant en plein stade œdipien - que son ami médecin ait pris le suppositoire des mains de sa mère, l'ait mis lui-même, ce qui avait eu un merveilleux effet apaisant, l'ait bordée puis embrassée en lui souhaitant bonne nuit. Certainement le médecin

devait lui apparaître comme un grand magicien ou un chevalier en brillante armure sauvant de l'enfer une jeune demoiselle.

Enfin, et ce n'est pas le moins important, supposons que le bruit se répande dans la clientèle que ce médecin est prêt à aller aussi loin avec ses malades ; il est très possible qu'un certain nombre d'entre eux se mettent à attendre de sa part quelque chose de ce genre. Que peut-il faire pour éviter d'être «dévoreré» ?

Je n'ai pas de réponse à ces questions. Après avoir admis mon ignorance, puis-je maintenant renverser la situation et demander si, nous analystes, nous pouvons donner une réponse précise à ces questions?

Ce que je prétends est que, en dehors de quelques idées savantes mais assez vagues sur la psycho-pathologie possible de toute la famille, nous ne pouvons faire aucune prédiction précise.

Par exemple, nous ne pouvons prédire si Mm e Q. s'identifiera avec le bon médecin et deviendra une meilleure mère, plus affectueuse, ou si elle deviendra agressive, jalouse et méprisante; ou si elle développera de plus en plus de symptômes psychosomatiques ou de conversion, une sorte de sur-demande, quelque chose comme un état de besoin. De même, nous ne pouvons prévoir si M. Q. préservera son existence indifférente, mais quelque peu paranoïde et obscure, ou si - stimulé par le spectacle de l'action du médecin - il développera quelque obscure maladie à la recherche d'un peu d'affection. Ou bien nous tournant vers Leslie, nous ne pouvons dire si ses crises empiront pour obtenir plus de suppositoires, ou si elle sera guérie par le «grand magicien» tant qu'il la bordera et l'embrassera en lui souhaitant bonne nuit de temps en temps ; si son hostilité envers sa mère et toute autre femme augmentera de manière qu'elle puisse démontrer que seuls les hommes valent quelque chose, et ainsi de suite. Bien entendu, nous avons encore moins idée de la manière dont le médecin devrait modifier son «traitement» de la petite fille ou de tout autre membre de la famille de façon à éviter ou même prévenir tout indésirable.

Au lieu de répondre à ces questions vitales, nous pouvons nous contenter de conférences savantes sur la psycho-pathologie et la psycho-dynamique de la famille Q., mais - comme nous l'avons vu - les médecins peuvent le faire aussi. En vérité, nos conférences seront plus savantes et un peu plus pertinentes puisque nous en savons beaucoup plus, mais leur utilité pour le maniement de la situation concrète ne sera pas beaucoup plus grande.

IV. DISCUSSION

En résumé, je propose que nous analystes, nous ne devrions pas faire ce que nous savons être blâmable. Nous ne devrions former personne à une forme édulcorée d'analyse. Nous ne devrions pas tenter de donner des conseils au sujet d'une situation multipersonnelle compliquée sur la base de ce que nous avons appris de nos patients dans une relation exclusivement bipersonnelle, comme l'est la situation psychanalytique. Nous ne devrions pas nous perdre dans les généralités sur la psycho-pathologie et la psycho-dynamique au lieu de concentrer notre attention sur le cas concret dans une situation hic et nunc.

Une question surgit alors: que pouvons-nous faire? Ma réponse est contenue dans l'histoire du cas rapporté ici. Nous devrions concentrer notre attention sur ce que nous connaissons bien et que nous pouvons directement observer pendant le rapport du cas, c'est-à-

dire le contre-transfert du médecin, ou la fonction apostolique du médecin.

Comme tout contre-transfert, celui de l'omnipraticien est en partie conscient, en partie inconscient. En conséquence, ses effets sont souvent totalement différents de ce que le médecin se proposait d'obtenir. C'est là notre véritable domaine. En outre, il n'y a ici aucune nécessité absolue à découvrir d'après le rapport du médecin ce qu'étaient exactement les faits extérieurs de ce cas, ce qui serait essentiel pour une évaluation psycho-pathologique ou psychodynamique adéquate. La manière dont le médecin a parlé de sa malade avec tous les trous et les replis de son récit, les omissions, les pensées secondaires, les additions tardives et les corrections, etc., en incluant la séquence selon laquelle ceci a été révélé, tout cela raconte une histoire - semblable au contenu manifeste d'une rêve - familière et assez facilement intelligible pour nous, analystes. Cette histoire est celle, bien entendu, de l'implication affective du médecin, de son contre-transfert.

Là, nous sommes en pays de connaissance et nous pouvons utiliser ouvertement et franchement notre savoir et notre art particulier, et démontrer leur utilité pour comprendre des relations humaines complexes. Nous pouvons le faire de manière directe, sans aucun subterfuge, ni faux-fuyant, ni fausse supériorité. En outre, dans la pratique médicale courante, le médecin fait partie de la situation de réalité ; et son contre transfert en est l'un des éléments les plus importants. S'il peut changer son contre-transfert, pour le rendre plus efficace thérapeutiquement, la situation tout entière peut changer assez rapidement, comme il est arrivé dans le cas rapporté.

Ici une brève mise en garde - la technique d'interprétation dans le contexte d'un séminaire de formation diffère bien entendu à la fois de la technique de l'interprétation analytique conditionnée par le contexte de la situation analytique, et de la technique d'interprétation de groupe conditionnée par le contexte du groupe thérapeutique.

La différence essentielle est peut-être que dans les deux situations thérapeutiques, le but de l'interprétation est de découvrir un contenu de l'inconscient, par exemple la motivation d'un type particulier de comportement. Cela de toute nécessité crée une inégalité entre le thérapeute et son patient, et favorise par là, l'émergence et le transfert d'émotions primitives et infantiles. Dans le contexte de nos séminaires de discussion, nous sommes particulièrement attentifs à préserver la dignité, l'indépendance et la responsabilité adulte des médecins qui y participent sans quoi ils ne pourraient fonctionner comme membre à part entière d'une équipe de recherche. C'est pourquoi nos interprétations ne concernent presque jamais les motivations cachées du comportement thérapeutique du médecin, sphère que nous en sommes venus à appeler son «transfert privé» -. Ceci n'est pas plus touché que sa vie privée. Ce qui nous intéresse, c'est son «transfert public», c'est-à-dire l'aspect de son travail professionnel qui, à travers son rapport du cas, sa participation à la discussion, est peu à peu connu de tous les membres du séminaire. Et même sur ce point, notre but est d'abord et avant tout de le rendre capable de faire par lui-même des découvertes, et c'est pourquoi nous utilisons très rarement les interprétations directes.

Les meilleurs moments pour faire des découvertes indépendantes, c'est lorsque la plupart des membres du séminaire sont ouvertement touchés par un rapport et qu'il leur est égal de laisser voir qu'ils se trouvent affectivement impliqués. Ces moments donnent de bonnes occasions à plusieurs membres de devenir conscients de leurs formes individuelles d'implication. La diversité des réponses met en lumière par contraste la réponse individuelle de chaque médecin. La discussion du séminaire après le rapport cité est un bon exemple de ce

type de travail.

Gardant tout cela à l'esprit, examinons ce qui fut fait et ce qui ne fut pas fait dans le cas rapporté. Pour un analyste, il n'aurait pas été trop difficile de lier : 1) la contribution du médecin à l'atmosphère hostile qui existait au début ; 2) sa répugnance - après la cure miraculeuse et la rechute - à se renseigner davantage sur les problèmes intestinaux de Mm e Q. et son empressement à se tourner au contraire vers la relation mère-enfant ; 3) son choix d'un suppositoire et le fait de l'administrer finalement lui-même; 4) sa crainte d'être «dévoreré». Très probablement, même un débutant parmi nous serait capable d'avoir idée de quelques interprétations sensées, et il est tout à fait probable que la plupart d'entre elles seraient plus ou moins correctes.

Mais, demandera-t-on, quel serait le résultat? Si cette interprétation particulière n'était pas pertinente, son effet serait l'irritation et guère plus ; si au contraire, cette interprétation était correcte, le médecin se sentirait embarrassé, peut-être honteux, avec probablement un grand renforcement de sa résistance. Ceci pourrait conduire à une rupture dans le groupe, certains membres prenant le parti de l'analyste «intelligent» et les autres le parti du médecin injustement traité. Et enfin, des interprétations de ce genre étaient à l'encontre de l'esprit d'une équipe de recherche. Elles augmenteraient l'inégalité entre psychiatres et omnipraticiens, et conduiraient à l'installation de cette relation dangereuse qu'est la relation thérapeute-patient ou maître-élève.

Au lieu de cela, voici ce qui s'est produit dans ce groupe ; le médecin a été aidé à découvrir par lui-même que sa «fermeté», c'est-à-dire sa manière de pratiquer la médecine était le résultat d'un effet réciproque entre la malade et lui-même, et était en réalité un symptôme de la maladie de sa patiente, qui provoquait une réaction de sa part (contre-transfert). Il était devenu conscient depuis quelque temps que sa «fermeté» aboutissait à des résultats thérapeutiques indésirables. C'est pourquoi sa nouvelle découverte accrut le fardeau de sa responsabilité thérapeutique. Naturellement il aurait pu refuser de reconnaître tout cet enchaînement, mais, dans ce cas, il décida d'expérimenter de nouvelles attitudes.

Ce qui ne fut pas effleuré, c'est la question de ses motifs personnels pour réagir ainsi, c'est-à-dire pratiquer la médecine de cette manière. Nous appelons ce domaine le «contre-transfert privé» du médecin que nous ne touchons presque jamais. En revanche, nous travaillons continuellement le «contre-transfert public» du médecin. Dans notre cas, je décidai de ne pas intervenir quand le médecin rapporta qu'après la cure miraculeuse, il laissa tomber le problème des difficultés abdominales de Mm e Q. pour se tourner vers la relation mère-enfant. La raison en est que j'ai pensé que cela pourrait mettre en jeu le contre-transfert privé du médecin. Si le groupe n'avait pas été aussi récent, c'est-à-dire s'il avait eu plus d'expérience pour découvrir ce type de problème, j'aurais pris peut-être une décision différente.

Et en dernier lieu, après que le médecin eu remarquablement admis sa crainte d'être «dévoreré», observant la tension émotionnelle du groupe, je décidai de ne pas intervenir. Telles que les choses se sont déroulées, cela a donné aux membres du groupe une fructueuse occasion de devenir conscient de leur propre implication individuelle, de la verbaliser et, par là, de faire émerger les divers aspects des relations possibles médecin-patient et leurs conséquences. De plus, les préoccupations des médecins ont bien démontré les différentes manières individuelles de pratiquer la médecine, c'est-à-dire les différentes formes de contre-transfert, l'immense force de conviction qui se cache derrière chacune de ces formes individuelles, ainsi que les motifs, inconscients en majeure partie, de cette diversité.

De cette façon, je crois, le médecin en question fut aidé à comprendre plus profondément en quoi sa manière individuelle contrastait avec les autres manières exprimées dans la discussion ; et aussi les motifs largement inconscients de sa *manière personnelle*. J'espère que cela lui a ouvert de nouvelles possibilités de choisir d'autres manières et l'a conduit à la conviction que c'était sa responsabilité, de choisir une manière thérapeutiquement plus efficace. D'un autre point de vue, au lieu d'écouter des conférences ou de recevoir un enseignement, il fut amené à expérimenter et découvrir par lui-même et à ses risques et périls. En même temps, il lui fut permis de choisir ce qu'il sentait lui convenir le mieux; mais il fut amené à sentir *qu'il lui revenait de bien choisir et qu'il en était responsable*.

Il y a un danger important dans tout ce travail, et je désire terminer en le soulignant. L'analyste qui accepte le rôle de leader d'une équipe de recherche au lieu de celui d'éducateur doit être prêt à accepter que les médecins ne tardent pas à découvrir que le phénomène de transfert est général. Ce ne sont pas seulement les médecins omnipraticiens participants, mais aussi l'analyste-leader qui a sa propre manière individuelle de comprendre les relations de cas, de mettre en lumière certains aspects plutôt que d'autres, de donner certaines interprétations et pas d'autres, etc. Tout ceci est une expression de son contretransfert qu'on peut comprendre et interpréter de bien des façons. Et naturellement, les médecins se serviront de cette découverte aux frais de leur leader.

Non seulement c'est là une chose à accepter mais à *encourager*, autrement une atmosphère inhibée s'établira qui est ennemie de toute liberté et de tout progrès véritables. Ce qui est encore pire, une mauvaise forme de médecine sera présentée: comment *ne pas* se comporter, comment *ne pas* traiter un patient. D'autre part, si le leader peut accepter la critique, peut admettre que, lui aussi, a une fonction apostolique, c'est-à-dire a un contre-transfert, et est prêt à apprendre quelque chose de son groupe, une réelle psychothérapie est démontrée en acte dans la situation hic et nunc pour la plus grande libération de pratiquement tous les participants.

C'est là un point très important pour l'avenir, car si les médecins peuvent se libérer de leurs schémas (patterns) rigides de contre-transfert, ils peuvent revenir à leurs patients en ayant appris à mieux observer, et à faire des rapports plus fidèles. Et ainsi notre véritable recherche de ce qui se produit et peut se produire dans la pratique courante peut commencer avec une équipe bien améliorée

Il est très probable que l'étude appropriée des relations et des transferts multi-personnels, comme ils se rencontrent dans la pratique courante, fournira des données aussi importantes pour l'étude de la personnalité que l'a fait l'étude de la relation bipersonnelle dans la situation analytique. Cependant, jusqu'à présent, nous n'avons pas eu d'équipes sûres d'observateurs en ce domaine.

Assurément, nous savons que le problème des multi-corps, en général, a déconcerté pendant des siècles à la fois l'astronomie et la physique théorique, mais on a pu trouver quelques solutions très utiles et extrêmement précises à divers problèmes particuliers. Espérons que si nous pouvons former nos omnipraticiens à devenir des observateurs sensibles et des rapporteurs dignes de confiance, un grand pas sera fait dans la compréhension à la fois de la personnalité de l'individu et de la structure de cette cellule si importante, la famille.