La psychanalyse est-elle toujours une indication thérapeutique pour les TCA ?

Résumé de l’intervention du Jeudi 20 Octobre 2011, 12ème Symposium de l’association AUTREMENT : « Thérapies dans les troubles du comportement alimentaire »

 Actuellement il semble que la psychanalyse perde du terrain en tant que méthode de traitement privilégiée des troubles du comportement alimentaire dans la mesure où, selon de nombreux patients souffrant de TCA, elle se révèle mal adaptée a prendre directement en charge la souffrance symptomatique de ceux-ci. Ceci découle à priori d'un choix délibéré de l'orientation psychanalytique *à la française* principalement lacanienne pour qui, même pour ceux ne se reconnaissent pas dans les écoles issues de l'enseignement de Jacques Lacan, le travail sur le symptôme lui-même constitue encore un tabou inconscient.

 Cependant, pour des patients dont la cause de souffrance est aussi prégnante si ce n'est parfois un risque vital, le temps est un facteur qu'il ne convient pas de prendre à la légère. Une approche symptomatique, centrée sur les manifestations immédiates peut paraitre réductrice au regard d'une certaine conception de la psychanalyse. Il n'en va pas moins qu'elle constitue une approche première particulièrement adaptée pour traiter les troubles alimentaires.

 En effet, la pratique psychanalytique *à la française*, fondée sur une tradition de neutralité stricte, de silence, de rigidité du cadre, de rareté de l'interprétation et d'insistance sur la pleine coopération du patient entre à plein dans un conflit frontal avec le fonctionnement psychique des patients souffrant de TCA, soit renforçant ses défenses, soit poussant à la rupture de par son incapacité à créer un cadre suffisamment rassurant et contenant pour les angoisses archaïques de ces patients.

 Le cadre posé classiquement par la psychanalyse dans notre pays et dans les pays de tradition latine, opposés au cadre plus souple mais jugé moins pur, moins proche de l'essence de la psychanalyse, que la mouvance anglo-saxonne, semble, quand on connait bien les réactions des patients souffrant de TCA, particulièrement inadapté au traitement de ces patients dans la mesure où le dispositif tout entier rebute, voire repousse, le patient et le pousse au passage à l'acte, faute d'avoir su si ce n'est traiter, du moins neutraliser pour un temps les angoisses les plus archaïques qui menacent le patient. De plus, si les capacités de rationalisation et d'intellectualisation de l'analysant sont assez solides pour lui permettre de mettre à distance ces angoisses et donc de s'adapter au setting psychanalytique classique, celui-ci renforce de fait une tendance à l'intellectualisation et à la mise à distance des éléments corporels, émotionnels, en bref de l'Inconscient, selon le fonctionnement psychique particulier aux intellectuels défini par Didier Anzieu.

 Cette incapacité à prendre en charge les éléments les plus archaïques rapidement pour permettre l'instauration d'une relation thérapeutique fiable dans sa dimension transférentielle de gestion d'une relation de confiance solide au thérapeute, et contre-transférentielle de gestion des peurs du thérapeute centrées sur le danger physique toujours présent dans ces pathologies, explique une bonne partie des abandons de la thérapie par les patients. Le patient n'a pas été suffisamment rassuré pour oser plonger plus loin dans cet Inconscient qui lui fait tant peur. Alors que d'un autre coté l'analyste est secrètement rassuré d'être débarrassé d'un patient toujours en danger vital plus ou moins proche par un passage à l'acte qui le conforte dans le fait que, décidément un patient capable d'une fuite aussi honteuse n'avait rien à faire en analyse.

 Quand bien même, l'analyse se poursuivrait-elle, la conjonction de la fascination de nombreux patients souffrant de TCA pour l'intellectualisation et la pensée toute-puissante additionnée à celle de nombreux psychanalystes pour la belle théorie, aux dépends le plus souvent des préoccupations bassement thérapeutiques, n'a pour effet que de construire d'impressionnantes intellectualisations, sans aucun rapport ni effet sur le symptôme.

 Faut-il pour autant en abandonner le traitement psychanalytique des patients souffrant de TCA ? Nous ne le croyons pas dans la mesure où avec un minimum d'adaptation la méthode d'association libre de la psychanalyse se révèle particulièrement adaptée pour donner du sens aux symptômes alimentaires et, de là permettre aux patients de trouver eux-mêmes ou avec l'aide de leur thérapeute d'autres manières que le symptôme alimentaire de lutter contre leurs angoisses archaïques.

 En effet, la tâches majeure de l'analyste étant, à notre avis, l'interprétation, celle-ci peut être utilisée dans une double fonction: nourrir psychiquement de manière active le patient pour lui permettre d'oser associer librement et d'accéder enfin aux contenus et aux angoisses que cachent les symptômes mais aussi lui donner un cadre rassurant de pensée où tout puisse se dire y compris les choses les plus "bêtes" selon l'expression même des patients. Faire remarquer à ce moment que ces choses "bêtes" sont loin d'être stupides et de plus obéissent à une logique propre qui explique souvent l'aberration logique apparente des symptômes alimentaires est profondément rassurant et thérapeutique. Elles permettent le plus souvent d'accéder aux contenus archaïques et de lutter d'une autre manière contre ceux-ci.

 Un abord thérapeutique actif, en interaction directe avec le patient qui lui permette de se sentir soutenu activement, épaulé, baigné dans un environnement d'échange verbal est certes en rupture avec une tradition de neutralité souvent perçue par les patients comme de l'indifférence mais elle présente l'avantage majeur destimuler profondément la relation et d'établir l'alliance thérapeutique solidement.

 Autre conséquence de l'échange verbal plus actif: le fait d'expliquer parfois très concrètement au patients les mécanismes de sa maladie a pour effet immédiat de le rassurer quant aux connaissances de l'analyste sur sa pathologie ce qu'une présence par trop silencieuse ne fait que bien plus difficilement.

 Enfin, suivant pour une fois l'enseignement de Lacan, nous aurions tendance à ne surtout pas insister sur la nécessité de la position classique allongée sur le divan. En effet, dans un contexte de relation transférentielle toujours précaire, du moins au début et parfois fort longtemps, ne pas faire face à son interlocuteur, homme de surcroit, et se trouver dans une position si ce n'est d'abandon du moins de faiblesse favorise par trop des angoisses d'agression qui se traduisent le plus souvent par la fuite sans explications.

 Eventuellement, ce n'est qu'après une longue relation de confiance bien établie que doit être envisagé de passer à la position allongée, soit sur demande expresse du patient, ou si le thérapeute a la conviction ferme que l'association bénéficierait grandement de moins d'interaction visuelle avec l'analyste pour laisser la réflexion plus libre, moins influencée. Mais à ce stade, les symptômes alimentaires ont le plus souvent disparu, une autre phase d'analyse démarre mais seulement si le patient ne se contente pas d'une disparition symptomatique et veut aller plus loin, les deux options étant également honorables.

 En guise de conclusion, il est légitime de s'interroger pour savoir s'il convient toujours de nommer psychanalyse notre abord thérapeutique. Comme vous l'imaginez notre inclinaison va plutôt vers l'affirmative dans la mesure où les caractéristiques essentielles de la psychanalyse sont conservées: association libre, neutralité bienveillante (j'insiste sur l'adjectif freudien trop souvent négligé par nos contemporains), interprétation des contenus inconscients, analyse du transfert (ici de manière précoce de façon à limiter autant que possible tous les fantasmes de menace de la part de l'analyste) et évidemment règle d'abstinence.

 Ainsi, les éléments qui nous éloignent d'une psychanalyse plus traditionnelle: silence, parcimonie des interprétations, neutralité sans bienveillance associée, refus d'aborder directement le symptôme alimentaire, minimisation des aspects somatiques et corporels incarnés dans la réalité, ne nous semblent pas constituer l'essence de la psychanalyse mais plutôt une orientation idéologique et théorique qui ne favorise pas, voire s'oppose à la prise en charge spécifique des troubles alimentaires par les psychanalystes qui la pratiquent.

 Considérant le peu de confrontation directe de Freud avec les pathologies alimentaires puisqu'il ne les évoque dans son oeuvre une demi-douzaine de fois, toujours brièvement et le plus souvent comme un symptôme mineur associé à l'hystérie de conversion qui a totalement disparu de nos contrées, il peut être acceptable d'envisager le fait qu'à une pathologie relativement nouvelle il ne soit pas aberrant d'adapter une pratique qui ne l'avait que peu ou pas rencontrée. A défaut de ceci, la psychanalyse qui se voulait d'inspiration scientifique n'en viendrait qu'à évoluer discrètement vers une religion de la révélation freudienne où les écrits et les dires du prophète ne saurait souffrir de remaniements devant la réalité clinique.

J.M. HUET, Psychanalyste, Sexologue, Paris