

Psychanalyse et psychothérapie chez l'enfant

Auteur(s) : Gilbert Diatkine

Mots clés : adolescence

Compte-rendu de la Conférence d'Introduction à la Psychanalyse de Gilbert Diatkine du 18 Novembre 2020 par Mathieu Petit-Garnier

Gilbert Diatkine *Psychanalyse et psychothérapie chez l'enfant*

En ces temps de restrictions et d'isolement, on ne peut que se réjouir de la vitalité préservée des activités scientifiques de la SPP. Le dispositif en visio-conférence imposé par la situation sanitaire n'a pas empêché Gilbert Diatkine de transmettre une image vivifiante de la psychanalyse à un large public connecté parfois bien au-delà de nos frontières. En partant des préoccupations cliniques de tout thérapeute et en ancrant les questions techniques dans l'histoire de la psychanalyse, Gilbert Diatkine a installé son intervention dans un climat de proximité authentique.

À l'interrogation : « *Quelle est la différence entre la psychanalyse et les autres psychothérapies ?* » la conférence de Gilbert Diatkine donne une réponse claire. L'essence et la spécificité de la

psychanalyse résident dans son processus.

S'il a déjà mis au travail cette question, entre autres, par la coordination d'un numéro de la collection *Débats de psychanalyse*¹, en 1999 et en 2012, sous la forme d'une synthèse à destination des internes en psychiatrie², Gilbert Diatkine aborde ici le problème à partir de la rencontre clinique avec l'enfant. Le propos de René Diatkine est ainsi rappelé : la rencontre avec un psychanalyste, dont l'attitude diffère de tous les autres adultes rencontrés, confronte l'enfant à une expérience inédite qui marque pour longtemps le destin de sa vie psychique.

Présentation du conférencier

Avant de rentrer dans le détail de la conférence, rappelons la présentation de Gilbert Diatkine par Dominique Delay, proche collègue du conférencier, psychanalyste à Rouen. Trois axes directeurs peuvent être repérés dans la grande richesse de ses travaux et publications :

- – Le premier le situe dans la tradition de la thérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur. Gilbert Diatkine a, de longue date, oeuvré en tant que psychiatre à transmettre dans les institutions sanitaires et sociales les découvertes de la psychanalyse sans méconnaître les différences et la complémentarité des fonctions de chacun. Aux années de travail en équipe au Côtéau de Vitry-sur-Seine³ ont succédé ses fonctions de formateur et de superviseur auprès de nombreux professionnels bénéficiant de son expérience et de ses réflexions en particulier à propos de ce que la psychiatrie

contemporaine nomme les troubles du comportement^{4, 5, 6, 7}.

- – Le second axe de travail, qui n'est pas sans lien avec le précédent, se déploie d'avantage dans des publications psychanalytiques. Il concerne les formations collectives, le travail de culture et ses achoppements⁸. C'est ce que Gilbert Diatkine développera dans son rapport au Congrès des psychanalystes de langue française de 2000 autour du concept de *Surmoi culturel*⁹.
- – Enfin, le troisième axe, dans lequel s'inscrit cette conférence, est celui du processus psychanalytique tel qu'il se déploie dans une cure et en particulier avec l'enfant^{10, 11, 12}. Dans ces travaux, Gilbert Diatkine s'attache à montrer l'ancrage du langage dans ses racines pulsionnelles ainsi que l'importance de ce qui prépare et suit une interprétation pour le développement du processus psychanalytique.

La psychanalyse d'enfant : un espoir pour la psychanalyse

Gilbert Diatkine entame sa conférence en soulignant le paradoxe actuel dans lequel se trouve la psychanalyse d'enfant par rapport à la psychanalyse dans son ensemble. Elle est un grand espoir pour son essor dans le monde contemporain car un travail psychanalytique bien mené donne à un enfant et ses parents la conviction qu'il y a là quelque chose de spécial qui n'a pas d'équivalent dans les autres approches. Mais, pour autant, aucun enfant n'a fait l'expérience d'une cure type de psychanalyse au sens étroit du terme, c'est-à-dire pour le modèle français : en se laissant aller à la libre association, au moins trois séances

hebdomadaires, allongé sur un divan.

Cet apparent paradoxe amène à se questionner sur ce qui fait l'essence d'une psychanalyse, ce d'autant que le nombre d'adultes faisant l'expérience d'une cure type va également en diminuant. Beaucoup de patients ne peuvent faire leur psychanalyse de façon profitable sans voir en face à face leur analyste. De nombreux travaux psychanalytiques de ces cinquante dernières années (Lacan, Winnicott, Bleger, Bion, Green) portent sur ces situations mais n'ont pas encore, selon Gilbert Diatkine, donné d'explication tout à fait cohérente à cette évolution.

Quels critères distinguent psychanalyse et psychothérapie ?

Il est intéressant de rappeler l'histoire du modèle de la cure type. On apprend dans sa correspondance avec Ferenczi qu'en 1921, alors que Freud traverse une période personnelle de deuil et de dépression, il décide de réduire le nombre et la durée des séances de ses analyses. La cure type jusque-là de six séances hebdomadaires de soixante minutes est réduite à cinq séances de cinquante minutes sans que le fondateur de la psychanalyse ne justifie théoriquement cette modification du cadre. Il semble que ce soit la disponibilité psychique de l'analyste qui ait dicté cette modification, critère non négligeable si l'on pense à l'engagement nécessaire au travail analytique. Le dispositif devient dans ce cas d'avantage un compromis entre idéal et nécessité qu'un élément inconditionnelle au travail analytique.

Pourtant, si le dispositif divan/fauteuil ou face à face n'est aujourd'hui plus un critère pour distinguer psychanalyse et psychothérapie, celui du nombre des séances divise encore la communauté psychanalytique. Le canon des cinq séances reste

dans les pays anglo-saxons le critère décisif.

Pour Gilbert Diatkine, il ne fait pas de doute que l'analyse nécessite de consacrer « le plus de temps possible » à l'enfant afin de suivre au mieux le processus. Mais cette exigence technique se heurte à la disponibilité de l'analyste et aux réalités socio-économiques de nombreuses familles pour qui cet effort est inimaginable. Si l'on ne veut pas réserver la psychanalyse à une élite aisée dégagée de toute contrainte matérielle et financière, le nombre de séances doit nécessairement être adapté à chaque situation. On peut ici se rappeler l'analyse de Carine menée à une séance hebdomadaire par Janine Simon et pourtant reprise comme modèle du processus analytique dans son livre co-écrit avec René Diatkine *La psychanalyse précoce*. L'analyse relatée par Donald Winnicott dans son livre *Petite Piggie* est quand à elle menée par séances espacées de plusieurs semaines.

On comprend donc que, pour le conférencier, le cadre et le dispositif sont au service du processus. Suivre un patient cinq séances par semaine donne les meilleures conditions pour permettre à ce processus de se déployer. Les aménagements qui éloignent de ces conditions idéales, rendent la tâche de l'analyste plus difficile mais ne suffisent pas pour dire que ça n'est pas une psychanalyse. On note d'ailleurs que, dans le modèle français, cet idéal a depuis longtemps été ramené à trois séances et que, dans le contexte de la psychanalyse d'enfant, la pratique courante est plutôt celle de deux séances, voire une. Le contexte récent du confinement et des séances à distance a rendu encore plus difficile le travail analytique mais il a pu dans certaines situations se maintenir.

L'engagement du processus analytique

Si le critère de distinction d'une psychanalyse et d'une psychothérapie n'est pas la fréquence des séances mais l'engagement d'un processus analytique, on peut s'interroger sur ce qui permet cet engagement. On se tourne alors vers cette attitude particulière de l'analyste en séance qui donne à l'adulte comme à l'enfant le sentiment qu'il se passe là quelque chose de différent.

Il est connu que la position analytique suspend les conseils et les questions directes pour permettre au patient de « dire ce qui vient » selon le principe de la libre association. A cette position de neutralité, Wilfried Bion a adjoint le conseil d'être « *sans mémoire, ni désir* » et Jacques Lacan celui de laisser vacante la place du « *sujet supposé savoir* ». Il ne s'agit pas là d'un désintérêt pour le matériel des séances précédentes mais d'une suffisante distance, d'une certaine *rêverie*, au sens de Bion. La circulation des représentations inconscientes va permettre l'émergence de souvenirs significatifs. Ne pas chercher à se rappeler activement, donc consciemment, les séances précédentes laisse la place au retour d'éléments refoulés. Un détail de la séance lève le refoulement chez l'analyste qui met en route un circuit de représentations en lien avec le transfert. C'est alors l'interprétation de son contre-transfert qui lui permet d'accéder au transfert du patient. Selon l'expression de Michel Neyraut « *le contre-transfert précède le transfert* ».

Le processus analytique s'engage lorsque la première interprétation produit chez le patient une réaction qui amène à son tour l'analyste vers une nouvelle construction qu'il peut garder pour lui ou communiquer au patient, relançant alors le processus. C'est l'enfant lui-même, compte-tenu de sa réaction qui

va indiquer la pertinence de l'interprétation. On comprend ce que la technique lacanienne de l'arrêt de la séance au moment de l'émergence d'un signifiant a d'incompatible avec cette conception du processus analytique.

Gilbert Diatkine illustre dans sa conférence sa conception du processus analytique à partir d'un exemple clinique emprunté à Mathilde Laroche-Joubert, que nous ne pouvons reproduire ici. Dans cette analyse d'enfant, on voit que le processus, tel qu'il a été décrit, court par moment le risque de l'enlèvement. L'impossibilité pour l'analyste d'avoir une activité associative préconsciente pour faire évoluer par l'interprétation les activités répétitives de l'enfant transforme, dans ce cas, l'analyse en psychothérapie. Les supervisions ou les échanges inter-analytiques tiennent un rôle majeur pour restaurer la fonction analytique. Dans son ouverture à la discussion, Gabrielle Viennet propose la formulation « d'un analyste qui joue sans jouer le jeu », participant aux jeux auxquels l'enfant l'invite dans une séduction inévitable et nécessaire pour l'intéresser aux contenus psychiques mais sans perdre le cap de sa fonction d'analyste.

La spécificité du transfert chez l'enfant

Dans les discussions qui suivent sa présentation Gilbert Diatkine revient sur la controverse historique entre Anna Freud et Mélanie Klein à propos du transfert chez l'enfant. Les positions de chacune sont connues : Mélanie Klein pense que le transfert est là d'emblée et qu'il doit être interprété alors qu'Anna Freud plaide pour un travail psychothérapeutique préparatoire avant toute interprétation de transfert. Peut-être sont moins connues les présentations qui ont permis à chacune d'elles d'être admise au sein de leurs sociétés psychanalytiques respectives. Anna Freud,

présente un fragment d'analyse avec son père, alors que Mélanie Klein, relate une des premières tentatives de traitement psychanalytique avec un enfant, lequel n'est autre que son propre fils.

Ces deux expériences, aujourd'hui surprenantes mais sans contradiction avec les principes techniques de l'époque, vont révéler l'impasse de la position de Freud sur l'analyse avec l'enfant. En effet, celui-ci défend dans « le petit Hans » que les parents sont les mieux placés du fait de leur proximité avec l'enfant pour recueillir ses associations. Mais cette position va progressivement se heurter à la reconnaissance du rôle joué par le transfert dans la cure. Le besoin d'analyser le transfert rencontre la réalité de parent de l'analyste. Cette absence de différenciation entre objet de transfert et personne réelle, empêche tout jeu de déplacement à l'enfant.

La réponse que chacune des deux fondatrices de la psychanalyse d'enfant trouve à ce problème technique garde sa pertinence. La précaution d'Anna Freud vis-à-vis de l'interprétation engage à trouver une formulation respectueuse de l'organisation pré-consciente d'un enfant. De fait beaucoup de cures d'enfants et d'adultes commencent par une phase préparatoire où se construit « l'espace analytique » (Viderman). Cela rejoint la phase préparatoire d'Anna Freud, mais pour des raisons différentes.

La défense par Mélanie Klein d'un transfert analysable chez l'enfant est pertinente si l'interprétation, lorsqu'elle est possible, vise les objets internes transférés sur l'analyste, en les distinguant bien des objets réels que sont les parents de l'enfant.

L'indication d'analyse d'enfant

Gilbert Diatkine va préciser sa conception de l'indication d'une psychanalyse d'enfant. Une intervenante rappelle que, dans les consultations d'adultes, une des « boussoles » qui permettent de poser une indication d'analyse sur le divan est l'écart possible entre l'analyste en personne (les aspects spécifiques de la personne qui mène la consultation) et l'analyste en fonction (le fonctionnement analytique de ce consultant). Cet écart permet d'évaluer les capacités de déplacement et de réflexivité nécessaires pour engager une analyse.

Gilbert Diatkine rappelle qu'il faut avoir suffisamment intériorisé la régulation de la relation avec l'objet pour se passer d'un contact réel comme c'est le cas quand on est allongé sur le divan. Cette possibilité n'est assurée qu'après l'adolescence et la résolution relative du conflit oedipien. C'est un des éléments qui distingue l'analyse d'enfant de l'analyse d'adulte.

Une certaine équivalence avec ce repérage « analyste en personne ou en fonction » peut toutefois se retrouver dans la réaction de l'enfant à une interprétation. Les consultations psychanalytiques préalables à un traitement consistent en partie à repérer l'engagement possible d'un processus à partir de ce qui suit les interventions du consultant. Dans certains cas, un travail préalable sera nécessaire pour amener l'enfant à s'intéresser à son fonctionnement psychique au -delà de la relation particulière qu'il établit avec le consultant.

Les conditions de faisabilité d'une analyse d'une durée suffisante rentrent ensuite en compte pour engager ou non ce type de traitement. La rupture brutale d'un traitement du fait d'un déménagement, d'un placement ou d'un changement d'institution risque toujours de répliquer les ruptures douloureuses qu'a déjà

vécues l'enfant. Mais si le processus est suffisamment distinct de la personne de l'analyste, on peut aussi penser qu'il pourra se poursuivre pour l'enfant intérieurement ou auprès d'un autre analyste si les conditions de son déploiement sont rétablies.

Mathieu Petit-Garnier

1 Diatkine G., Schaeffer J., 1999, *Psychothérapies psychanalytiques*, Monographie et débats de psychanalyse, PUF, Paris.

2 Diatkine, G, 2012, « Psychothérapies, psychanalyse, psychothérapies psychanalytiques », in *Perspectives psy*, edp sciences, 2012/4 vol. 51, pp 331-335.

3 Diatkine G., 1977, *De l'observation à la thérapeutique*, Vitry in vitro, ESF, Les milieux éducatifs de l'enfant, Paris.

4 Diatkine G., 1979, « Familles sans qualités : les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples », in *La psychiatrie de l'enfant*, Vol.22, n°1, pp. 237-273.

5 Diatkine G., 1983, *Les transformations de la psychopathie*, PUF, Coll Fil Rouge, Paris.

6 Diatkine G., 1996, « Inceste et identification à l'agresseur », in *Psychologie clinique et projective*, vol.2, n°1., pp.21-30.

7 Diatkine G., Maffioli M., 2017, « De l'accordage affectif à l'interprétation. Tendance antisociale et troubles oppositionnels avec provocation », in *Enfance et Psy*, n°73, pp. 67-78.

8 Diatkine G., 1993, « La cravate croate : narcissisme des petites différences et processus de civilisation », in *Revue française de*

psychanalyse, Vol. 57, n° 4, pp. 1057-1072.

9 Diatkine G., 2000, « Surmoi culturel », in *Revue française de psychanalyse*, vol. 64, n° 5 spécial congrès, 2000, pp. 1523-1588.

10 Diatkine G., 2008, « la disparition de la sexualité infantile dans la psychanalyse contemporaine », in *Revue Française de psychanalyse*, Vol. 72, n° 3, pp. 671-685.

11 Diatkine G., 2017, « Transfert et altérité, la rencontre interprétante : L'interprétation et la rencontre analytique », in *Revue française de psychanalyse*, vol. 81, n° 5, pp. 1479-1484.

12 Diatkine G., 2020, « Un modèle de la cure d'enfant », in *Revue française de psychanalyse*, vol. 84, n° 1, pp. 47-57.

La psychanalyse et la nouvelle psychiatrie. Chimiothérapie et psychothérapie

Auteur(s) : Gilbert Diatkine

Mots clés : akathisie - attention (trouble chez l'enfant) -
dépression (modérée) - hyperactivité avec déficit de l'attention -
nosographie (psychiatrique) - psychanalyse (et psychiatrie) -
psychiatrie et psychanalyse - trouble d'opposition provocation -

troubles des conduites

Depuis une vingtaine d'années, les névroses et les psychoses qui existaient au temps de Freud ont été remplacées par de nouvelles maladies mentales, comme le Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention, (T.H.A.D.A. (traduction d'*ADHD*, acronyme d'*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), le Trouble du Déficit de l'Attention (T.D.A., traduction d'*A.D.D.* acronyme d'*Attention Deficit Disorder*), le Trouble d'Opposition Provocation (T.O.P.), le Trouble des Conduites, les Troubles Obsessionnels-compulsifs (TOCs), le « Multiplex », la Phobie Sociale, le Désordre Panique, les Troubles Étendus du Développement, ou encore les « Désordres Dépressifs Majeurs ».

Une nouvelle psychiatrie est née. Elle ne se contente pas simplement, comme l'ancienne psychiatrie l'a fait si souvent, de changer le nom des maladies, faute de pouvoir les guérir. Elle déplace et regroupe les anciennes entités suivant une logique dictée par la science, ce qui implique à chaque fois un remède spécifique. Elle s'intègre ainsi à une « médecine fondée sur la preuve » dans laquelle l'action des praticiens découle d'une recherche soumise à sept critères :

- 1) Faire appel à plusieurs théories de référence
- 2) Détailler le contenu de l'intervention du ou des soignants dans un manuel
- 3) Faire ce qui est écrit
- 4) Vérifier qu'on l'a fait
- 5) Publier des articles scientifiques et des rapports de recherche détaillés
- 6) Constituer un groupe témoin

7) Avoir un faible taux d'abandon.

Dans cette liste, la charge d'administrer la preuve repose principalement sur le sixième point, « Constituer un groupe témoin ». Il implique que la preuve repose sur des données statistiques recueillies à propos d'un premier groupe de patients, ou de faits cliniques, étudiés, ce qui n'a rien d'étonnant quand on sait que David Sackett, l'inventeur de la médecine fondée sur la preuve, était un épidémiologiste.

Mais peut-on vraiment dire qu'une statistique prouve quoi que ce soit ? J'ai plus de chance de mourir d'un cancer bronchique si je fume que si je ne fume pas, mais il n'est pas prouvé que je n'aurai pas un cancer bronchique si je n'ai jamais fumé de ma vie. Imagine-t-on une justice qui se contenterait de statistiques en matière de preuves, et qui condamnerait un inculpé pour vol parce qu'il est pauvre, sous prétexte que les vols sont plus souvent commis par les pauvres ? Comme les juges, les cliniciens, médecins, et surtout chirurgiens, sont habitués à être bien plus exigeants. Ils interrogent avec soin leurs malades, les examinent en suivant des procédures systématiques, et à partir d'un faisceau d'éléments disparates construisent une ou plusieurs hypothèses cliniques. Ils demandent alors des examens complémentaires, comme des radiographies, des dosages dans le sang ou des examens bactériologiques qui leur apportent la preuve que leur hypothèse est vérifiée ou infirmée. La recherche médicale ne procède pas autrement que les cliniciens, mais son rythme de progression est bien plus lent. Pendant une première étape, son approche est en effet purement statistique : pendant des siècles, les médecins ont broyé des écorces de saule et les ont administrées à des malades fiévreux. Le plus souvent, leur

température diminuait. Puis au XIXe siècle, on a isolé le principe actif de ce remède, l'acide acetyl-salicylique, et on l'a commercialisé sous le nom d' « aspirine ». Mais on n'a pu démontrer le mode d'action biochimique de l'aspirine qu'au milieu du XXe siècle. Les statistiques peuvent indiquer une direction de recherche, mais on ne peut leur demander d'administrer des preuves.

L'ancienne psychiatrie était le parent pauvre de la médecine à cet égard. Toutes ses découvertes étaient d'ordre statistique. Souvent des patients schizophrènes s'amélioraient après un accès de malaria ou une crise d'épilepsie. On inoculait donc le *plasmodium malariae* à des patients chroniques, ou on provoquait chez eux des crises d'épilepsie artificielle par des chocs électriques ou des médicaments. Au moment de la débâcle de 1940, des patients internés depuis de longues années avaient été perdus au cours de leur évacuation, et beaucoup d'entre eux s'étaient très bien adaptés en dehors de l'Asile. On pouvait donc traiter dans la communauté un grand nombre de patients chroniques, ce qui fut le point de départ de la psychiatrie de secteur. Dans ces deux exemples, il restait à expliquer pourquoi les électrochocs avaient un effet sur la schizophrénie, et comment le fait de vivre à peu près normalement changeait la nature des psychoses chroniques.

La nouvelle psychiatrie cherche donc à satisfaire aux exigences de la médecine fondée sur la preuve : les chefs de service et les professeurs d'université s'efforcent d'être éclectiques et d'avoir dans leurs équipes aussi bien des cognitivistes que des biochimistes et parfois des psychanalystes. Leurs recherches sont publiées en Anglais par les revues médicales les plus réputées, comme *The Lancet*, le *New England Journal of Medicine*, et les

grandes revues psychiatriques, comme le *Journal of the American Journal of Psychiatry* ou les *Archives of Psychiatry*, les seules qui comptent pour le recrutement et le classement des universitaires. Chaque année, nos collègues psychiatres reviennent de congrès où avec des milliers d'entre eux, venus du monde entier, ils ont entendu des universitaires et des chercheurs de renom leur apprendre les dernières découvertes. Des associations de patients, une pour chaque nouvelle maladie, soutiennent leurs médecins et les progrès de la nouvelle science.

Des séries importantes et homogènes de malades sont traitées en double aveugle, ce qui permet de vérifier ou de réfuter l'efficacité du médicament étudié, et donc la vérité de la théorie qui soutenait son utilisation. Par exemple, l'action de la Fluoxétine (*Prozac*) sur les Désordres Dépressifs Sévères a été testée sur 1700 patients et comparée à celle de placebos avant sa commercialisation.

Les progrès de cette nouvelle psychiatrie sont rapides, comme en témoignent les éditions successives du *Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie* (« *DSM IV* »), qui s'est substitué pour la psychiatrie nouvelle aux manuels et aux traités de la psychiatrie classique. Par exemple, dans le *DSM IV*, les « Désordres Dépressifs Majeurs » regroupent ce qui était autrefois la mélancolie comme maladie, et la dépression comme symptôme. De même, le *THADA* se substitue à l'Hyperactivité isolée qui figurait dans les éditions précédentes, jusqu'à la troisième, révisée, nommée « *DSM III R* ». La Phobie Sociale, qui figurait dans le *DSM III* après avoir été d'abord décrite au Japon, est devenue le « Désordre d'Anxiété Sociale » dans le *DSM IV*.

En s'adossant à des recherches conduites selon ces principes, la nouvelle psychiatrie apporte un remède spécifique à chacune de ces nouvelles maladies. Ainsi l'angoisse psychotique des adolescents doit-elle être attaquée par des doses massives des neuroleptiques de la nouvelle génération comme la risperidone (*Risperdal*), le T.H.A.D.A. est-il traité électivement par le méthylphénidate (*Ritaline*), les syndromes dépressifs majeurs par l'amitryptiline (*Laroxyl, Elavil*), les états dépressifs modérés par la fluoxétine (*Prozac*) et d'autres antidépresseurs de la même famille, le Désordre d'Anxiété Sociale par la paroxétine (*Paxil*), ou encore les TOCs par la clomipramine (*Anafranil*).

Pour examiner de plus près les fondements de la nouvelle psychiatrie, je me limiterai à deux exemples seulement, parce que leur documentation est facile d'accès et qu'il s'agit d'affection très répandues, le Trouble des Conduites, et les Syndromes Dépressifs Modérés.

I. Le Trouble des Conduites

Malgré la bénignité de cette expression, le « Trouble des Conduites » désigne aujourd'hui à peu près ce qu'on a appelé autrefois « perversions instinctives », puis « personnalités psychopathiques ». Il est très difficile de traiter le Trouble de la Conduite, mais celui-ci a un précurseur, le Trouble d'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention (THADA) sur lequel on peut maintenant agir. Le Rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale sur *Le Trouble des Conduites* fait la synthèse d'un très grand nombre de recherches, en majorité Nord-Américaines. Conformément aux principes de la médecine fondée sur les preuves, le Rapport de l'I.N.S.E.R.M. explore de très

nombreuses pistes, à commencer par la seule qui était envisagée au début du siècle dernier, une anomalie constitutionnelle.

Tempérament et caractère

Certaines recherches distinguent le « tempérament », qui « aurait une base constitutionnelle voire génétique », du « caractère », qui serait au contraire acquis au cours du « développement ». La « personnalité » englobe le tempérament et le caractère. Le « tempérament difficile », c'est-à-dire la « qualité négative de l'humeur, la faible persévérance, la faible adaptativité, la forte destructivité, des réactions émotionnelles intenses, l'hyperactivité et le retrait social » est corrélé au Trouble d'Hyperactivité Avec Désordre de l'Attention, ce qui justifierait un dépistage et une chimiothérapie précoces. Malheureusement, d'autres recherches montrent que le tempérament difficile est aussi corrélé avec les « troubles internalisés » des enfants anxieux et difficiles, ce qui empêche toute conclusion hâtive.

Génétique

Ce renouveau d'intérêt pour le « tempérament » est lié aux découvertes nouvelles que permet l'étude du génome humain. Le THADA « présente une susceptibilité génétique forte ». Il est de 4 à 10 fois plus fréquent dans les familles de sujets atteints du THADA . Les études de jumeaux élevés dans des familles différentes semblent en apporter la preuve cruciale. Toutefois une recherche relève que la plupart des jumeaux étudiés ont été élevés dans des environnements comparables : séparations précoces après des traumatismes familiaux, familles d'accueil recrutées dans la même région et les mêmes conditions socio-économiques et suivies par les mêmes équipes.

En réalité, on ne peut établir de lien direct de causalité entre ce que l'on sait actuellement sur les gènes et sur le THADA. Seule une infime partie du génome a été étudiée, comme les gènes du récepteur dopaminergique D5, du transporteur de la sérotonine 5-HTT, et du Calcyon, les gènes codant pour les récepteurs de la dopamine comme le DRD4 , ou le DRD5 Les résultats ne sont pas concordants. Il semble que les régions choisies l'aient été non parce qu'elles ont un quelconque rapport avec la question de l'attention, mais parce qu'elles ont déjà été étudiées antérieurement en raison de leur rôle dans l'action des médicaments psychotropes. Les recherches actuelles en génétique font apercevoir un univers de découvertes fascinantes, mais dont les zones éclairées sont infimes par rapport à l'étendue de celles qui n'ont pas été encore explorées.

Les traumatismes

Il est tout à fait possible qu'un facteur génétique à découvrir soit responsable de l'intensité particulière de l'hyperactivité habituelle du jeune enfant. Pour les psychanalystes, le rôle de l'environnement est toujours déterminant. Deux facteurs doivent être distingués. D'une part les carences affectives précoces, sous la forme de séparations du milieu familial dans les premières années de la vie pour des raisons sociales ou médicales. D'autre part l'investissement particulier de l'hyperactivité par les parents, qui l'interprètent comme un signe de la ressemblance de l'enfant avec un personnage agressif qui a joué un rôle important dans leur vie. Les deux mécanismes se combinent souvent, par exemple quand une jeune mère abandonnée par un conjoint brutal interprète l'agitation de l'enfant comme le signe qu'il est tout le portrait de son père.

Le rôle des carences affectives précoces n'est pas méconnu par les rédacteurs du Rapport. Certaines études citées lient chaque type de trouble des conduites (TOP, comportement agressif et THADA) à des attitudes parentales spécifiques. D'autres montrent au contraire qu'il n'y a pas de relation entre le THADA et les conduites parentales. Le Rapport cite aussi des études qui montrent que l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT), qui, dans la nouvelle classification, a supplanté l'ancien Syndrome de Désordre Post-Traumatique (PTSD), est souvent associé au THADA.

Biochimie

On s'attendrait à ce que l'essentiel des travaux biochimiques rapportés soient consacrés à l'attention, puisque c'est en corrigeant le déficit de l'attention que l'on espère prévenir le Trouble des Conduites. Mais il n'en est rien. Toutes les recherches biochimiques rapportées envisagent l'action directe des amphétamines sur la motricité, et non sur l'attention. Le méthylphénidate (la *ritaline*) bloque le transporteur de la dopamine, ce qui augmente la dopamine présente dans la synapse. Certaines recherches montrent que les concentrations des métabolites de la dopamine dans le liquide céphalo-rachidien des sujets impulsifs et agressifs sont très basses. D'autres montrent qu'elles sont au contraire très élevées. Quelques contradictoires que soient les résultats de ces recherches, elles reposent toutes sur l'hypothèse que l'action de la *Ritaline* sur l'hyperactivité serait liée d'une façon ou d'une autre au contrôle qu'exerce la dopamine sur l'activité motrice.

À côté de la dopamine, un autre médiateur intervient dans la transmission synaptique, la sérotonine. Elle est peut-être aussi en

cause dans l'action de la *Ritaline*, toujours sur la motricité et non sur l'attention. Une baisse de la sérotonine dans le cerveau exacerberait l'irritabilité et l'agressivité chez l'adulte et chez l'enfant. Un autre médiateur synaptique, l'acide gamma-aminobutyrique (« GABA ») est la cible d'autres médicaments qui agissent eux aussi sur le comportement via la motricité, comme les neuroleptiques et les tranquillisants, qui administrés à dose convenables réduisent eux aussi l'hyperactivité. Beaucoup d'autres neuro-médiateurs sont étudiés dans le rapport, comme le cholestérol, et les stéroïdes sans que la question du trouble de l'attention ne soit jamais abordée.

La prévention du Trouble des Conduites

C'est pourtant bien sur la guérison précoce du trouble de l'attention que reposent les espoirs d'une prévention du Troubles des Conduites. Le précurseur du Trouble des Conduites, le Trouble d'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention, est en effet, comme son nom l'indique dû à un déficit de l'attention. C'est le maillon faible d'une chaîne causale qui conduit du banal « Trouble d'Opposition Provocation » (T.O.P.) de la petite enfance, au grave « Trouble des Conduites » de l'adolescence. Si le Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention s'associe à un Trouble de l'Opposition Provocation, il risque de devenir à l'adolescence un Trouble des Conduites, et donc d'aboutir à une violence et à une délinquance fixées. Le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale y insiste : le Trouble d'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention est « la première marche dans la progression vers le trouble des conduites ». C'est un trouble neurocognitif qui « semblerait jouer un rôle clé dans la transition entre un TOP et le trouble de la conduite. 28% des

garçons hyperactifs chroniques sont « sur une trajectoire d'agression physique chronique », mais 72% des garçons sur une trajectoire d'agression physique chronique sont sur une trajectoire d'hyperactivité chronique .

Or on peut dépister et traiter le THADA dès les premières années de la vie. Certains centres spécialisés disposent même de tests psychologiques informatiques qui permettent à l'ordinateur de faire rapidement, sans intervention d'un psychologue, le diagnostic, entre le THADA et d'autres formes d'hyperactivités, comme celles que l'on observe dans les hypomanies, les état-limites (parfois nommés aujourd'hui « *Multiplex* »), et les psychoses infantiles (devenus des « Troubles Étendus du Développement »).

Les amphétamines augmentent l'attention et font donc cesser l'hyperactivité. L'existence de molécules efficaces contre le THADA a fait naître l'espoir d'une prévention précoce de la délinquance. Cependant l'idée d'un dépistage de la future criminalité dès la crèche, ainsi que la perspective de l'administration massive d'amphétamines aux jeunes enfants a suscité de grandes inquiétudes, dont a témoigné la polémique qui a accompagnée la publication du rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale de 2006. D'ailleurs, ce *Rapport* précisait bien qu'on ne dispose pas encore des études longitudinales sérieuses qui auraient pu démontrer l'efficacité de cette prophylaxie éventuelle. Le même rapport déplorait aussi le manque de programme « fondé sur la preuve » pour le trouble des conduites.

En montrant avec minutie tout ce que la génétique, la biochimie et l'anatomie des comportements agressifs nous apportent

aujourd'hui, le *Rapport* nous montre aussi l'étendue de nos ignorances. Dans chaque domaine, les chercheurs éclairent une portion minuscule d'un continent noir qui reste encore à explorer pour sa plus grande partie.

II) Les syndromes dépressifs modérés

Les circonstances qui ont conduit à découvrir des Syndromes Dépressifs « Modérés » à côté des Syndromes Dépressifs Majeurs, jusque-là seuls retenus par la nouvelle psychiatrie, ont bien été décrites par David Healy, longtemps Secrétaire de l'Association Britannique de Psychopharmacologie. En 1950, on avait découvert par hasard un nouveau médicament qui avait une action puissante contre les états dépressifs, l'imipramine ou *Tofranil*. Plusieurs médicaments de la même famille ont alors été commercialisés. Malheureusement, ces antidépresseurs poussaient certains patients au suicide, ce qui a obligé à limiter l'emploi de ces médicaments à des patients sous surveillance étroite en milieu hospitalier. Comme son action antidépressive, l'effet suicidaire de l'imipramine restait de l'ordre statistique : la plupart des patients déprimés qui en prenaient allaient mieux, et une faible partie d'entre eux faisaient des tentatives de suicide. Ces médicaments avaient un mystérieux pouvoir « activateur », qui dans certains cas allait trop loin, mais on ne disposait pas d'hypothèses sur la nature de ce pouvoir.

Le mode d'action des médicaments antidépresseurs

À partir de 1961, les chercheurs sont sortis de l'univers de la statistique pour entrer dans le domaine de la recherche

proprement dite, c'est-à-dire des hypothèses et des vérifications expérimentales. On a découvert on que les anti-dépresseurs agissent sur la transmission de l'influx nerveux au niveau de la synapse entre deux neurones. Normalement la transmission de l'influx nerveux depuis le neurone pré-synaptique est assurée par deux médiateurs chimiques, la sérotonine et la noradrénaline. Ces neurotransmetteurs sont transportés, « capturés », dans le neurone pré-synaptique par des protéines. Ils sont libérés de cette protéine pour déclencher la transmission de l'influx dans la synapse, puis sont « recapturés » par cette protéine. Les antidépresseurs inhibent cette « recapture » et élèvent donc le taux des neuromédiateurs dans le liquide céphalo-rachidien. L'exploration de l'univers complexe du neurone présynaptique n'a pas encore permis d'expliquer comment cette élévation du taux des neuromédiateurs dans le liquide céphalo-rachidien corrige la dépression. Par exemple, on n'a jamais démontré qu'il existe une diminution de la sérotonine dans le cerveau des déprimés.

On ne sait pas non plus quel est le neuromédiateur en cause dans l'effet du médicament. Les pharmacologues européens pensaient plutôt que la dépression était causée par une baisse du taux cérébral de sérotonine. Les Américains pensaient au contraire que c'était plutôt la baisse de la noradrénaline qui était déterminante.

Les chercheurs ont proposé une hypothèse sur ce qui rendait si dangereux certains médicaments anti-dépresseurs. Peut-être que l'un des deux neuromédiateurs en cause, la noradrénaline, était seul responsable du risque suicidaire. On a alors eu l'idée d'avoir recours à des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (« SSRI » pour *Selective Serotonin Recapture Inhibitors*), dont on espérait qu'ils lèveraient la dépression sans pousser les patients

au suicide. De tels médicaments existaient depuis longtemps, mais ils n'étaient pas très efficaces, et leur commercialisation avait été abandonnée. On ne pouvait donc pas les employer dans les Syndromes Dépressifs Sévères. En revanche, ils pouvaient être prescrits, même par des médecins généralistes, au vaste public qui souffre de « Syndromes Dépressifs Modérés », et même à des sujets qui allaient bien, mais qui auraient souhaité aller encore mieux. La fluoxétine (*Prozac*), un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, fut lancé massivement avec le slogan que ses consommateurs allaient se sentir « mieux que bien ». C'est ici que la méthode statistique trouve sa limite en matière d'administration de preuves : les essais cliniques sur des centaines de cas avaient bien montré que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine comme la fluoxétine causaient moins de suicides. Mais quand les médecins se mettent à la prescrire à des centaines de milliers de personnes, on commença à enregistrer des cas de suicide. L'étude épidémiologique de Jick et coll. sur le suicide chez des patients hospitalisés traités par d'autres antidépresseurs pour dépression graves, donne 600 suicides pour 100 000 années de patients traités (en épidémiologie, on calcule par 100 000 années de patient traité) et 30 suicides pour 100 000 années de patients traités, chez des patients prenant d'autres antidépresseurs pour des dépressions légères. Avec le Prozac, on a 272/100 000 suicides, donc dix fois plus . Mais le taux de suicide tombe à 0% chez des patients légèrement déprimés non traités. Conclusion épidémiologique paradoxale : une légère dépression protège donc contre le suicide !. Depuis, de nombreuses autres études épidémiologiques ont donné des résultats convergents de 189 suicides pour 100000 années de patients traités par le Prozac. Comme 40 millions de personnes ont pris du Prozac depuis son lancement, on peut

évaluer à 40 000 le nombre de suicides sous Prozac depuis qu'on l'emploie. L'épidémiologie n'apporte pas de preuve quant au rôle de la noradrénaline sur ce qui pousse au suicide les patients sous antidépresseurs, mais elle incite quand même à penser que l'élimination de la recapture de la noradrénaline n'avait pas supprimé le risque de suicide causé par les antidépresseurs.

III. Autres maladies mentales nouvelles

Healy, qui est par ailleurs un adversaire de la psychanalyse, et un partisan résolu de l'usage exclusif des médicaments en psychiatrie, soutient que beaucoup des maladies créées par la nouvelle psychiatrie l'ont été, comme les Syndromes Dépressifs Mineurs, pour promouvoir des médicaments découverts avant qu'on sache à quoi ils pourraient bien servir. C'est ainsi que les premiers neuroleptiques, la réserpine et la chlorpromazine, ont d'abord été présentés comme des tranquillisants. Les patients qui prenaient de la réserpine se sentaient souvent « mieux que bien », mais les laboratoires voyaient dans cet effet antidépresseur plutôt un inconvénient qu'un avantage. De même, la fluoxétine (*Prozac*) a été utilisée comme un anorexigène avant qu'on redécouvre ses et médiocres propriétés antidépressives.

La « Phobie sociale » a d'abord été décrite au Japon, puis a été introduite en Occident pour être la cible électorale d'un autre antidépresseur de la classe du *Prozac*, le *Paxil* (paroxétine). La timidité est ainsi devenue une nouvelle maladie mentale. Mais dans ce cas, le risque lié à la prise du médicament est supérieur à celui lié à cette « maladie ». En outre, les « malades » deviennent

dépendants du Paxil, alors que ces médicaments ne sont pas censés créer de dépendance.

De même, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC.s) ont été redéfinis par le marketing des sociétés de pharmacie comme la cible élective d'un antidépresseur voisin de l'imipramine, la clomipramine (*Anafranil*). La campagne publicitaire transformait la névrose obsessionnelle, plutôt rare, surtout chez l'enfant, en entité fréquente. La clomipramine a cessé d'être prescrite dans le traitement des obsessions après le massacre de Colombine, dont l'auteur en prenait pour ses TOCs.

IV. La psychanalyse et la nouvelle psychiatrie

Face à la nouvelle psychiatrie, la psychanalyse s'avère incapable de satisfaire aux exigences de la médecine fondée sur la preuve. Si elle multiplie bien les théories de référence, ses manuels ne fournissent aucune instruction sur les interprétations que les analystes doivent donner. Pire, toutes les Sociétés de Psychanalyse rejetteraient sûrement un analyste qui se conformerait aux instructions d'un manuel pour formuler une interprétation. Ses publications scientifiques, de moins en moins nombreuses, paraissent dans des revues qui ne comptent pas pour le classement des spécialistes. Certes, il existe de nombreuses études comparant l'efficacité des psychothérapies « psychodynamiques » (fondées sur l'interprétation des résistances et du transfert, donc d'inspiration psychanalytique) aux autres psychothérapies. Dans une vaste « métarecherche », Leichsering et Rabung ont rassemblé les résultats de 23 de ces

études comparatives qui leur semblaient offrir toutes les garanties d'une recherche sérieuse, rassemblant au total 1053 patients.

Ce rassemblement de recherches concluait à la supériorité de la psychanalyse à une séance par semaine pendant un an sur les autres formes de psychothérapies. Mais ces enquêtes butent sur la difficulté de définir avec précision ce sur quoi portent des calculs statistiques, par ailleurs très précis.

Pourrait-on envisager un dialogue de la psychanalyse avec la nouvelle psychiatrie, sans pour autant cautionner les conclusions les plus absurdes auxquelles arrive cette dernière, comme de mettre les jeunes enfants aux amphétamines, ou donner des antidépresseurs dangereux à des sujets en bonne santé ? Il arrive qu'une discussion clinique non polémique se produise entre nouveaux psychiatres et psychanalystes, et que les uns et les autres en tirent parti :

Les troubles de l'attention

En octobre 2006, Jacques Decourt avait organisé à Montpellier une table ronde sur les troubles de l'attention avec hyperactivité. Jacques Decourt et moi-même étions les seuls psychanalystes, face à de nombreux praticiens de la nouvelle psychiatrie. Olivier Revol, de Lyon avait montré comment les nouvelles machines permettaient de distinguer facilement les « vrais THADA » des autres formes d'activité. Mme Getin, Présidente de l'Association des « parents HyperSupers » avait montré comment la *Ritaline* avait profondément amélioré la vie de son fils, jusqu'alors constamment renvoyé de l'école à cause de son instabilité. Mais dans le courant de la discussion, elle avait précisé que son fils maintenant devenu calme, se plaignait d'une tension intérieure

très pénible. Et elle avait ajouté : « Heureusement qu'il a une psychothérapie, parce que sinon, je ne sais pas ce qu'il deviendrait ! ».

Je m'étais dit en l'écoutant que sans doute les amphétamines calment paradoxalement les enfants agités en les obligeant à prêter attention à des choses qu'ils n'ont pas envie de voir. La psychanalyse dispose d'une théorie de l'attention qui lie étroitement l'action et l'attention. Il est possible d'ailleurs que cette théorie soit un emprunt fait par Freud à Pierre Janet, qui contrairement aux psychiatres allemands, faisait de l'abaissement de l'attention (la « psychasthénie »), un concept central de sa théorie des psychoses. Peut-être influencé par sa connaissance de la psychiatrie Française, Freud assigne une place importante à l'attention dans le processus du devenir conscient. Il décrit le refoulement comme un détournement de l'attention vers d'autres voies de l'investissement. La représentation concernée cesse alors d'être consciente, par exemple parce que la « critique » s'y oppose. La pensée peut alors continuer son chemin de façon inconsciente, après un « rejet initial par le jugement ». Mais l'attention se détourne aussi de la représentation si l'appareil psychique est parvenu à son but qui est l'action. Dans sa première conception de l'appareil psychique, Freud montre que normalement, l'excitation se décharge par une action appropriée conformément au principe de plaisir. Lorsqu'une représentation déplaisante apparaît, l'appareil psychique trouve de nouvelles sources de satisfaction dans le monde extérieur, et supprime la cause du déplaisir. Une fois l'action effectuée, la représentation pénible disparaît donc du champ de la conscience. L'investissement d'attention dont elle était l'objet est reporté sur le monde extérieur. Agir nécessite de faire attention à ce que l'on

fait, mais permet en même temps de ne plus prêter attention à ce qui était une représentation déplaisante. Inversement, la privation de la décharge motrice au cours du sommeil favorise les représentations dans le rêve. De même, la position allongée sur le divan dans la situation analytique favorise l'attention que le patient doit prêter à ce qui lui vient à l'esprit. L'hyperactivité pourrait donc être comprise comme un moyen très efficace d'écartier des représentations pénibles de la conscience. En élevant le niveau de vigilance des enfants, les amphétamines les obligent à faire attention à ce qu'ils voudraient chasser de leur esprit.

Le mois suivant, en novembre 2006, le hasard m'avait amené à poursuivre cette hypothèse. Au cours d'un colloque organisé en Israël par l'association pour les Conférences de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent de Langue Française en Israël (C.O.P.E.L.F.I.), mon collègue Sam Tyano m'avait fait visiter le Centre Jabotinski de Tel Aviv, où les enfants sont traités à la fois par les amphétamines et par la psychothérapie. Comme Didier Revol à Montpellier, il m'avait montré le fonctionnement des ordinateurs qui peuvent faire un diagnostic de THADA sans intervention d'un psychologue. Il avait présenté le cas d'un enfant mis sous Ritaline pour un trouble de l'attention sans hyperactivité. Bien que surdoué, il travaillait mal en classe, et le médicament lui avait permis de se concentrer. En même temps qu'il prenait les amphétamines, il avait commencé une psychothérapie. Dès la première séance, il avait dessiné un dragon invisible. À nouveau, j'ai pensé que l'amphétamine l'avait aidé à faire attention à ce qu'il ne voulait pas voir, un dragon dont la signification symbolique a occupé une grande part de la psychothérapie.

L'akathisie

Les cas de tentative de suicide sous fluoxétine sont heureusement rares, mais David Healy en a quand même observé quatre. Il a été extrêmement frappé par la présence dans les quatre cas, d'une akathisie qui a pris une forme bien particulière. L'akathisie, ou maladie des jambes sans repos, est un symptôme banal, qui s'observe souvent comme un accident des médicaments neuroleptiques. Chez les patients de Healy, l'akathisie, avait d'abord été un état d'effroi sans représentations, qui imposait au sujet une activité motrice compulsive (les « jambes sans repos »). Puis des représentations avaient donné une figure et un sens possible aux affects pénibles, qui étaient devenus de la honte et du remords. Et finalement, les représentations investies d'affects opposés avaient coagulé en un noyau mélancolique qu'il fallait expulser par le suicide. L'akathisie s'était transformée en un besoin irrésistible de marcher tout droit jusqu'à un lieu d'où ils pouvaient se suicider.

Je suis tenté de rapprocher ces symptômes impressionnants d'une autre forme d'activité motrice décrite par des psychanalystes, les « galériens volontaires ». Fort heureusement, les « galériens volontaires » décrits par Gérard Szweg ne semblent pas particulièrement suicidaires, malgré les risques physiques que prennent certains d'entre eux. Mais dans les deux cas, la voie motrice se présente comme une façon radicale d'essayer de faire le vide dans l'esprit. Des formes mineures d'akathisie s'observent aussi dans la psychopathologie de la vie quotidienne, par exemple quand on ressent le besoin de « descendre dans la rue » pour protester contre un événement inacceptable, comme un attentat terroriste.

L'explication que je propose pour l'akathisie est au fond la même que celle qui m'était venue à l'esprit à propos de l'hyperactivité des enfants : la décharge motrice permet de ne plus faire attention à des représentations pénibles. À Montpellier, comme à Tel Aviv, la discussion, peut-être parce que courtoise, n'avait pas menée bien loin. S'ils avaient voulu être désagréables, mes interlocuteurs auraient pu me renvoyer la question que je posais au début de cette conférence à la nouvelle psychiatrie : qu'est-ce qui prouve à un psychanalyste que ce qu'il dit est vrai ? Jusqu'à un certain point, la recherche de la vérité en psychanalyse ressemble à celle du clinicien en médecine : il rassemble dans son esprit un grand nombre d'éléments disparates, jusqu'à ce qu'une hypothèse se formule dans son esprit. Une première différence entre le psychanalyste et le médecin, c'est qu'il écoute le patient sans lui poser de questions : une construction se formule dans son esprit en écoutant l'enchaînement aussi libre que possible des associations du patient. Une deuxième différence est que le médecin attend de l'examen radiologique ou bactériologique qu'il confirme ou infirme son diagnostic, tandis que le psychanalyste ne cherche pas une confirmation directe de la vérité de sa construction quand il formule une interprétation. Il sait que son interprétation est exacte si le patient y répond en lui disant quelque chose à quoi il ne s'attendait pas, mais qui élargit d'une manière nouvelle ce que tous deux pensaient jusque-là. Mais en médecine comme en psychanalyse, la vérité est produite par la convergence des éléments disparates, et par la cohérence produite par leur rapprochement.

Conférence à Sainte-Anne, 26 janvier 2009

Bibliographie

American Psychiatric Association (Pub.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Text Revision (DSMIV-TR)*

Dupré E. (1912) *Les perversions instinctives*. Masson, Paris.

Freud (1899-1900) *L'interprétation du rêve*. Tr.fr. J.Altounian, P.Cotet, R.Lainé, A.Rauzy et F.Robert. Œuvres Complètes, T.IV, PUF, Paris, 2003, 756p.,

Inserm (2006) : *Le trouble des conduites chez l'enfant et chez l'adolescent*. Dactylographié, 428p.

Healy D. (2004) *Let Them Eat Prozac. The Unhealthy Relationship between Pharmaceutical Industry and Depression*. New York University Press. New York and London. 350p.

Jick S., Dean A.D. et Jick H., Antidepressants and Suicide, *British Medical Journal* 310 (1995); 215-18.

Leichsering F. et Rabung S. (2008) Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. *JAMA, October 1, 2008 – Vol 300, N°13*, 1551-1565.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 January 13;312(7023):71-2.

Schildkraut J.J. (1965) The Catecholamin Hypothesis of Affective Disorders. A Review of Supporting Evidence. *Amer. J. Psychiatry*, 122, (1965) 519-522)

Schneider K. (1950) *Les personnalités psychopathiques*. Tr.fr. F. Demers, PUF, Paris, 148p.

Szwec G. (1998) *Les galériens volontaires*. PUF, Paris.

De l'accordage affectif à

l'interprétation. Tendance antisociale et troubles oppositionnels avec provocation (TOP)

Auteur(s) : Gilbert Diatkine - Marta Maffioli

Mots clés : accordage affectif - antisociale (tendance) - enfants de parents handicapés - interprétation - oppositionnisme - provocation - psychothérapie - TOP (troubles oppositionnels avec provocation) - troubles oppositionnels avec provocation (TOP)

Anthony a 3 ans ½ quand il commence une psychothérapie avec l'un de nous (Marta Maffioli). Il est si coléreux et désobéissant à la maison et à l'école que son adaptation sociale fragile est en danger. En effet, le maintien d'Anthony dans sa famille a été problématique dès sa naissance, et son entrée à l'école maternelle est remise en question par ses troubles du comportement. Anthony est en effet élevé par une mère gravement handicapée mentale, atteinte d'une maladie génétique associant une encéphalopathie, une hypoacousie, une syndactylie et des doigts surnuméraires. Elle a rencontré le père dans l'institution où tous deux étaient suivis. Son père est aussi handicapé intellectuel, mais à un degré moindre : il vit chez ses parents et a un travail. Sa mère a dénié sa grossesse jusqu'à 7 mois ½. Son père a pris la fuite à sa naissance, puis a repris contact avec sa mère et avec Anthony. Les services sociaux ont suivi la mère et l'enfant chaque semaine à domicile pendant la première année. A partir de l'âge d'un an, Anthony est suivi dans un Centre d'Action Médico-Sociale

Précoce (CAMSP) à cause, à cette époque, d'un calme anormal, et en particulier d'une absence d'angoisse de séparation. Il bénéficie d'un suivi éducatif hebdomadaire et d'une rééducation psychomotrice jusqu'à l'âge de trois ans au CAMSP Sa mère voit une psychiatre chaque semaine. Grâce à cette prise en charge intensive précoce, l'enfant développe des relations avec ceux qui s'occupent de lui, et son développement intellectuel, évalué vers trois ans est normal. En revanche, il est devenu opposant et coléreux, au point qu'une séparation d'avec sa mère, évoquée depuis le début, semble à nouveau s'imposer. Après une longue discussion, une psychothérapie est tentée.

Les TOPs

De quoi souffre Anthony ?

À la fin de sa première année, devant l'absence d'angoisse devant l'étranger, signant une grave carence de la représentation de l'objet absent, il est probable que l'on a pu redouter pour Anthony ce que la psychiatrie moderne appelle un « Désordre du spectre autistique » (*American Psychiatric Association*, 2013, p.50). Une prise en charge relativement intensive et précoce a peut-être évité à Anthony ce qui aurait pu devenir une évolution autistique, mais l'apparition de troubles du comportement importants pose un nouveau problème de diagnostic quand l'enfant atteint l'âge de trois ans.

Peut-on dire qu'Anthony souffre alors de ce que la psychiatrie infantile moderne appelle un « Trouble oppositionnel avec provocation » (TOP, *Oppositional Defiant Disorder*) ? Anthony remplit deux des conditions requises pour ce diagnostic. Chez un

enfant de moins de cinq ans, il faut, pour être considéré comme souffrant d'un TOP, (et pour obtenir par conséquent le remboursement des soins par les assurances américaines contre la maladie) présenter chaque jour depuis au moins six mois :

1) Une humeur coléreuse : ce sont des enfants irritables, qui sont susceptibles et perdent facilement le contrôle d'eux-mêmes.

2) Un comportement argumenteur et provocant : ils discutent les adultes et les autorités, n'obéissent pas, ennuient les autres, et les accusent de leurs propres fautes.

Il faut de plus que le trouble crée des problèmes importants à la maison et à l'école, qu'il ne soit pas dû à une prise de drogue, ni ne soit la conséquence d'un désordre bipolaire. Il faut en outre que les victimes du trouble n'appartiennent pas à sa fratrie. Anthony satisfait à toutes ces conditions, mais il lui en manque une dernière : il n'est nullement vindicatif. Comme il est habituel à son âge, il ne s'obstine jamais longtemps dans sa colère. Or un comportement envieux et vindicatif est aussi nécessaire au diagnostic, au moins deux fois depuis six mois (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 462 et sq).

La tendance antisociale

La dimension de revanche, absente du tableau clinique, est au contraire inhérente à la construction que l'on peut faire pour comprendre les TOPs, si l'on adopte la conception psychanalytique des troubles du comportement chez l'enfant proposée par Winnicott, sous le nom de « tendance antisociale ». Contrairement aux TOPs, la tendance antisociale n'est pas une maladie. Elle

s'observe même plus facilement « chez l'enfant normal ou presque normal » que chez l'enfant « délinquant » ou « psychopathe ». L'enfant normal « attaque » ses parents, en se montrant glouton, ou envahissant, et le parent normal répond instinctivement à la tendance antisociale de l'enfant en lui imposant des limites sans le maltraiter (Winnicott, 1956, p. 175). Mais la dimension de revanche fait partie de la conception de la tendance antisociale, car, écrit Winnicott, en attaquant sa mère, ou les autres adultes qui cherchent à l'éduquer, l'enfant recherche « *la mère sur laquelle il a des droits*. Ces droits découlent du fait que (du point de vue de l'enfant) la mère a été créée par l'enfant » (Winnicott, 1956, p. 179). Dans les conditions d'un développement à peu près normal, « la mère a répondu à la créativité primaire de l'enfant, et est ainsi devenu l'objet que l'enfant était prêt à trouver ». Winnicott fait ici allusion aux interactions précoces entre mère et enfant, où la mère est « suffisamment bonne », c'est-à-dire ni gravement absente, comme l'a peut-être été la mère d'Anthony, ni constamment présente, comme le sont certaines mères très angoissées. La représentation interne de la mère absente peut alors se construire peu à peu, ainsi que celle de l'étranger, qui est normalement angoissant parce qu'il représente l'absence de la mère.

Winnicott ajoute : « *la caractéristique essentielle de l'enfant antisocial* est qu'il incommode, et c'est ainsi, au mieux, un *trait favorable* indiquant à nouveau une nouvelle potentialité de recouvrer la fusion des pulsions libidinales et de motricité [pour « agressives »] qui avaient été perdue » (Winnicott, 1956, p. 180). La violence de l'enfant (comme celle de l'adolescent et de l'adulte) implique la recherche d'un adulte, ou d'un groupe, capable de la contenir, sans se laisser détruire soit en s'effondrant, soit en

rendant coup pour coup. Toute la difficulté du métier d'éducateur spécialisé est de rester constamment sur la crête qui sépare le laisser faire de la maltraitance. Pour Winnicott, la psychanalyse n'est pas le traitement de la tendance antisociale, qui relève avant tout de cette prise en charge éducative, qu'il appelle le *holding* (Winnicott, 1956, p.184). Le *holding* fait aussi partie inhérente de la psychothérapie des enfants atteints d'un TOP, mais grâce à cette psychothérapie, et avec l'aide de l'institution, un processus analytique peut se développer chez un enfant comme Anthony.

La rencontre analytique

Au premier entretien, Anthony vient avec ses deux parents, mais son père n'accepte pas d'entrer. La psychothérapeute parle avec lui dans la salle d'attente. Sa mère suit au contraire la thérapeute dans son bureau. Elle parle avec la voix rauque d'une sourde.

Anthony emporte de la salle d'attente un xylophone en forme de crocodile, sur lequel il tape très fort. La psychothérapeute tape avec lui, en essayant de le faire taper moins fort. Anthony se met dans son rythme, et lui déclare : « Tu es ma psychologue - je préfère les (sons) forts ».

C'est un premier exemple de prise en charge de la tendance antisociale, où la thérapeute recrée avec l'enfant un « accordage affectif » : la communication primaire entre l'enfant et sa mère se fait sur la base d'un rythme commun entre les lallations du bébé et les mots de la mère (Stern, 1985). C'est aussi un remarquable exemple de la rencontre analytique, le sentiment pour un sujet d'être compris en profondeur, qui s'observe quel que soit l'âge du sujet, et que beaucoup de psychanalystes aujourd'hui considèrent

même comme plus importante encore que l'interprétation dans une psychanalyse (Stern et coll., 1998, Benjamin, 2004).

Au deuxième entretien, Anthony veut prendre le grand garage de la salle d'attente avec toutes ses voitures. Dans le CAMSP, on ne doit pas emmener les jouets de la salle d'attente dans les cabinets de consultation. La thérapeute propose qu'il emporte un autre garage, plus petit, mais contenant aussi quelques voitures. Anthony accepte.

C'est un nouvel exemple de prise en charge de la tendance antisociale, reposant aussi sur un accordage affectif ou le rythme va en diminuant, comme avec le xylophone de la séance précédente.

Anthony prend trois voitures.

La thérapeute dit : « Tu as amené un 2^e garage, comme une 2^e maison pour les voitures »

C'est un premier exemple de liaison interprétative. Il passe par les mots, et non plus les comportements, et montre très simplement le transfert, de sa maison, vers celle de la thérapeute.

Anthony répond en se regardant dans le miroir. Il parle à la petite voiture - et à la thérapeute - comme le ferait un adulte :

A - Tu es punie !

T - Pourquoi ?

A - Tu es punie ! (il se regarde dans le miroir)

T. - La petite voiture est cachée dans sa chambre, comme nous, on ne s'est pas vu.

Cette deuxième interprétation est à la fois une interprétation dans le transfert une interprétation du transfert. Elle donne un sens au comportement agressif d'Anthony.

Celui-ci répond en donnant des coups au garage.

La réponse d'Anthony semble confirmer l'interprétation : il est bien violent pour protester contre l'absence de l'objet. Mais elle risque de déborder la contenance de la psychotérapeute, qui intervient cette fois sur un mode éducatif, et non plus interprétatif :

- Il ne faut pas casser les jouets.

Il va au tableau, dessine deux L en miroir et commente :

A - Ce sont des serpents qui montent et qui descendent

T - Comme la voiture

A - Ils font la bagarre

T - Pour montrer qui est fort

Anthony a accepté la limitation que la thérapeute lui a imposée, et passe du cadre indéterminé de la pièce à celui, bien limité, du tableau. La scène sur laquelle la tendance antisociale se psychise. À la violence agie, puis jouée, se substitue la scène dessinée. Et dans l'esprit de la psychotérapeute, « ils font la bagarre » rappelle le « je préfère les forts » du premier entretien, en sorte que le commentaire banal « pour montrer qui est fort », est une véritable interprétation s'appuyant sur le travail d'après-coup du psychisme de la thérapeute.

Anthony dessine quelque chose que la thérapeute ne comprend pas. Puis il lui demande de dessiner un ours. Elle le fait. Il ajoute

alors les griffes.

La thérapeute a alors la représentation des doigts malformés de la mère. Elle n'en dit rien sur le moment, mais c'est un début de mise en représentation d'un traumatisme qu'on pourrait croire irreprésentable : comment, quand on a un corps normal, s'identifier à une mère dont le corps est malformé ?

À la fin la séance, la thérapeute empêche Anthony de mettre les voitures dans sa boîte.

Il veut lui faire un bisou. Elle refuse (« c'est pour les mamans », dit-elle).

Comme le début de la séance, la fin de la séance est un moment difficile, où la thérapeute doit faire preuve de tact dans son holding. Le refus des bisous pose un problème particulier. Il y a une évolution lente de la société vers une généralisation des baisers. La réponse très simple de la thérapeute a une valeur d'interprétation du transfert : « c'est pour les mamans » signifie qu'elle sait qu'Anthony a tendance à voir en elle l'image de sa mère, et qu'elle n'est pas sa mère.

Cette cure va durer trois ans. Il y aura de nombreuses crises, faisant à chaque fois remettre en question la décision de laisser Anthony être élevé par ses parents. Son père vient vivre chez sa mère par périodes de plus en plus longues et de plus en plus fréquentes. La thérapeute a pris l'habitude de réserver à chaque séance un peu de temps à la mère d'Anthony. Les troubles du comportement à l'école disparaissent très vite et complètement. Anthony s'avère très intelligent, et prêt à entrer à l'école primaire. Mais le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce est

réservé aux enfants de moins de six ans, et la psychothérapie doit s'interrompre. La passation d'Anthony à un autre établissement est soigneusement préparée, mais représente un nouveau traumatisme, que la thérapeute cherche à élaborer à la fin de la cure.

Deux séances près de la fin de la psychothérapie

À la première de ces séances, Anthony refuse d'entrer dans le bureau. Il est de mauvaise humeur :

- Ta gueule !

Il voulait continuer à jouer avec son copain aux tortues Ninja. Sa mère a parlé à la thérapeute d'un rendez-vous pour lui en ophtalmologie. Anthony finit par entrer, mais il demande à la thérapeute de fermer les yeux.

Anthony renverse contre la thérapeute la menace que représente pour lui la visite chez l'ophtalmologue. Des atteintes oculaires peuvent faire partie de la maladie génétique de la mère.

Elle accepte. Pendant qu'elle a les yeux fermés, il ferme son ordinateur, touche au téléphone, essaye de la mordre.

- Tu as l'air en colère

Il va au tableau, lance des feutres, et dessine un gribouillage d'où émerge un bonhomme.

A - C'est moi ?

T - Oui. Du caca-boudin sur les cheveux.

Il veut déchirer la feuille. Elle l'en empêche

Comme au début de la cure, la tendance antisociale sollicite les capacités de holding de la thérapeute. Anthony est menacé non seulement par l'examen ophtalmologique, mais par l'interruption de la cure, qui lui a été annoncée.

Il renverse tout.

Elle veut dessiner son portrait. Il refuse, mais prend deux dinosaures, et les fait se battre.

À nouveau, la violence directe contre les meubles, sinon contre la thérapeute elle-même, se transforme grâce au jeu, en représentation de la violence. Sur le théâtre du jeu, la violence, représentée, et vue par l'enfant en train d'être vu par la thérapeute, se change en une scène susceptible de permutations de rôles et d'identification : la violence s'est transformée en sadisme.

La thérapeute tente de parler pour le dinosaure :

T - Je voulais venir

A - Ta gueule !

Mais le dinosaure cherche à manger les doigts de la thérapeute.

À nouveau une représentation des doigts, avec un fantasme donnant un sens à la menace de castration figurée par la syndactylie de la mère.

T - Pour me garder ?

A - On va jouer aux deux dinosaures en colère !

Les assiettes de la dinette deviennent des boucliers.

La thérapeute : - Mon pauvre dinosaure sans défense !

A - Il faut le mettre à l'infirmierie. Il veut y mettre le sien.

Une formation réactionnelle au sadisme, la compassion et le désir de soigner, apparaît.

Anthony reprend un jeu où il s'agissait de compter les points. Il compte aussi les minutes.

Le combat entre les dinosaures s'est changé en un jeu (souvent joué dans des séances antérieures) où il s'agit de marquer des points contre l'adversaire. L'intérêt pour les mathématiques est la voix la plus habituelle de sublimation du sadisme.

Anthony prend un livre qu'il aime. Dans le livre, un enfant dévore les animaux, et les parents dévorent l'enfant de bisous.

Avec l'aide de la culture, le fantasme de dévoration des doigts se transforme en baisers.

Il prend un biberon et mâche la tétine :

- Lis moi l'histoire ! Puis l'histoire du « crocodile qui dit non » pour la prochaine fois. Et tu parles 5 minutes avec maman.

L'investissement des livres est devenu très important. Il s'assure que la thérapeute parle avec sa mère.

Il manque la séance suivante. Il a été au Louvre avec l'école. La

fois d'après, il « lit » (il ne sait pas encore lire) un livre dans la salle d'attente. Il veut apporter un jouet-téléphone de la salle d'attente. L'hôtesse l'en empêche.

Le rôle de l'hôtesse d'accueil, et de tous les collègues qui assurent le bon fonctionnement de la psychothérapie est décisif.

Il prend dans le placard (cassé) de la thérapeute un instrument de musique africain à percussion, et tape très fort. Elle prend le xylophone, et ils font de la musique ensemble, lui fort, elle doux. Elle essaye qu'il fasse doucement, pour se séparer en musique.

Cette fois, la tentative d'accordage affectif tourne court :

Anthony jette les livres par terre. Fait des pirouettes du canapé au tapis. La thérapeute craint qu'il ne se fasse mal :

T - il est où, Anthony ? Au sport ?

A - Tu serais un prof de gym

Il reprend son téléphone. Elle lui parle. Une nouvelle scène se joue. Elle se passe au lycée où Anthony ira quand il sera grand :

A - Rappelez !

T - Il y a des filles ?

A - Non, je suis au lycée

La thérapeute devient une professeur de sport :

A - J'ai 14 ans. Les filles sont toutes amoureuses de moi

T - Quand tu auras 14 ans, tu auras une copine

A - J'en ai déjà une !

L'accordage affectif n'a pas fonctionné, mais la suggestion de la

thérapeute concernant les filles et la pré-adolescence future crée aussi de l'excitation.

Dans le jeu, la thérapeute professeur de gymnastique lui montre un exercice où il faut être calme. Il fait l'exercice. Il y a une toupie géante dans le bureau, il se met à l'intérieur et prend le livre de l'enfant qui mange les animaux.

T - Au sport ! Tu as réfléchi à l'exercice ?

A. téléphone

T - C'est Mme M. J'appelle pour des nouvelles d'Anthony

A - Il est au lycée

T - C'est un grand. Il a un ordinateur. Je me souviens de lui quand il était petit, quand il avait 6 ans, je m'en souviens.

A - Tu peux lui écrire ?

Elle écrit, poste la lettre, la distribue :

T -Tu dors ici ?

A - Je ne vois plus maman

T - Tu es dans une école où on ne voit plus les parents ? Tu dois être triste !

A - Je ne peux même pas lui parler au téléphone !

La question du placement en internat qui se pose depuis le début, est une fois de plus d'actualité.

A - Tu ne savais pas que le Directeur est un méchant. Je vais rester ici 80000 jours, jusqu'à ce que je serai mort. Putain d'école ! [Il dit des gros mots]

T - Comme un grand qui serais fâché, qui ne pourrait plus voir sa maman.

Il prend un ballon et se met à jouer au football. La thérapeute le limite. Il joue tout seul, puis se met dans la poussette et demande à la thérapeute de le pousser. Elle pousse. Il fait le bébé. Mâche la tétine. Demande la moto comme un doudou.

T - On se voit après-demain

A - Tu parles 5 minutes avec maman.

La mère parle de la grand-mère.

Conclusions

1. Le diagnostic de « TOP » n'est ni meilleur ni pire que ceux qui l'ont précédé pour désigner des conduites agressives que rien ne semble motiver, et qui sont susceptibles d'entraîner l'exclusion du sujet de son école, de son travail et de sa famille. Les diagnostics sont nécessaires pour évaluer un patient d'un point de vue psychiatrique dans une période de son existence, et pour justifier les mesures qu'il faut prendre afin d'éviter une mauvaise évolution. Le diagnostic de « désordre du spectre autistique » a pu être employé au début de sa vie, alors qu'il ne serait plus de mise aujourd'hui.
2. Les mesures employées avec succès par le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce sont importantes, mais relativement peu coûteuses, si on les compare à ce que la société aurait dû dépenser pour traiter Anthony en institution à temps plein, si elles n'avaient pas porté leurs fruits.
3. La tendance antisociale reparaît à la fin du traitement, mais la tendance antisociale n'est pas, contrairement aux

TOPs, une maladie. C'est une réaction saine qui incite à essayer de comprendre contre quelle carence de l'environnement le sujet proteste. Ici, la préparation soigneuse de la passation d'une institution à une autre s'efforce de répondre à la demande de *holding* d'Anthony.

4. L'adolescence est une autre période où nous nous attendons à voir la tendance antisociale se manifester, car c'est la période où le sujet se prive lui-même du soutien de sa famille et ne trouve pas tout de suite l'environnement d'amis qui va le contenir.
5. Dans la terminologie de l'Association Américaine de Psychiatrie, les « Troubles de la conduite » désignent les conduites agressives graves de l'adulte. C'est l'évolution que l'on redoute quand des TOPs ne s'améliorent pas chez un enfant, et c'est ce qui justifie les prises en charges relativement intensives comme celles dont a bénéficié Anthony.
6. Anthony, fils de deux parents handicapés, est un enfant supérieurement intelligent. Son exemple démontre le caractère monstrueux et imbécile de l'eugénisme des psychiatres du siècle passé qui ont stérilisé et exterminé les malades mentaux pour que leur « dégénérescence » ne se reproduise pas. Il pose aussi le problème des enfants plus intelligents que leurs parents, qui souvent, comme Anthony commence à le faire en demandant à la thérapeute de ne pas oublier de parler à sa mère, se positionnent comme les parents de leurs parents. Souvent ces enfants frappent un peu plus tard par leur hypermaturité (Bourdier, 1972).
7. On peut regretter la rigidité du fonctionnement institutionnel, qui soumet Anthony à un traumatisme

supplémentaire en mettant fin à sa psychothérapie prématurément. Mais les institutions ont besoin de ces rigidités pour pouvoir fonctionner, et l'expérience montre que le processus de changement initié en un lieu peut se poursuivre dans un autre, comme l'un de nous l'a montré à propos d'une autre institution (Diatkine G.,1983),

8. Le traitement d'Anthony est une psychothérapie. L'essentiel du travail de la thérapeute est de contenir sa tendance antisociale, en transformant progressivement une violence agie en représentation de scènes violentes. Mais à l'intérieur de la psychothérapie, un processus de transformation psychique utilisant le travail d'après-coup de la thérapeute sur les mots et sur les actes d'Anthony se construit. C'est ce processus qui définit la psychanalyse, chez l'enfant comme chez l'adulte.
9. La croissance psychique qui en résulte peut transformer des traumatismes apparemment insurmontables en représentations susceptibles d'être rêvée et sublimées.

Conférence d'introduction à la psychanalyse du 18 mai 2016

Résumé

Les troubles oppositionnels avec provocation de l'enfant peuvent s'observer dès la crèche ou l'école maternelle. Ils nécessitent un traitement institutionnel et individuel pour éviter qu'ils ne se transforment plus tard en un trouble de la conduite irréversible.

Quelques séances de la psychothérapie d'un enfant atteint de ce type de troubles sont rapportés entre 3 et 5 ans.

Références

American Psychiatric Association (2013) (Pub.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V) Elsevier-Masson.

Benjamin J. (2004) Beyond Doer and Done to : An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.

Bourdier P. (1972) L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux : problèmes cliniques et théoriques / in *Revue française de psychanalyse*, vol. 36, n° 1 (1972).

Diatkine G. (1983) *Les transformations de la psychopathie*. PUF, Paris, 192 pages.

Stern D.N. (1985) *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Tr.fr A.Lazartiques et D.Pérard, PUF, Paris, 1989.

Stern Daniel, Sander I.W., Nahum J.P., Harrisson A.M., Lyons-Ruth K., Morgan A.C., Bruscheiler-Stern N., and Tronick E.Z., Boston MA The Process of Change Study Group (1998): Non-Interprétative Mechanisms In Psychoanalytic Therapy. The « something more » Than Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.* (1998), 79, 903-922 :

Winnicott D.W. (1956) La tendance anti-sociale. Tr.fr. J. Kalmanovitch, in *De la pédiatrie à la psychanalyste* Payot, Paris, 1969.

L'évolution de la psychiatrie de l'enfant et la psychanalyse

Auteur(s) : Gilbert Diatkine

Mots clés :

Conférence du 19 décembre 2017 par Gilbert Diatkine

L'origine des interprétations

Auteur(s) : Gilbert Diatkine

Mots clés : construction - interprétation - langage - linguistique - mot équivoque - représentation - représentation de chose - représentation de mot - signifiant - traduction (et interprétation)

Chaque nouvelle interprétation en psychanalyse réinvente la psychanalyse, comme si c'était la première fois. En même temps, chaque interprétation récapitule l'histoire de la psychanalyse pour chaque analyste, même si ses péripéties se sont perdues pour lui dans la nuit des temps.

1. L'interprétation comme traduction

Quand Freud explique à son lecteur ou à ses auditeurs en quoi consiste l'interprétation psychanalytique, Freud la compare souvent à une traduction [1]. Le patient reçoit de son inconscient un message écrit dans une langue qu'il ne comprend pas, comme un symptôme, une conduite inexplicable ou un rêve, et l'analyste va lui en montrer le sens[2], qui est un ensemble complexe de pensées refoulées, dont la remémoration met fin au symptôme[3]. « Chaque symptôme a un sens et se rattache étroitement à la vie psychique du malade » [4]. Ce complexe inconscient est ainsi

présenté au patient « en nos propres paroles... »[5] . « Découvrir ce sens ne suffit toutefois pas à faire disparaître le symptôme » [6]. La « traduction » de l'inconscient en conscient « exige que l'analysé surmonte certaines résistances, celles-là mêmes qui, de cela, ont fait jadis un refoulé, en l'écartant du conscient »[7]. Il faut que la découverte de « la représentation consciente, une fois surmontées les résistances, soit entrée en liaison avec la trace mnésique inconsciente » [8]. Parmi ces résistances, la plus importante est le transfert sur la personne de l'analyste des premières relations conflictuelles avec les objets parentaux. Son interprétation est l'un des principaux instruments de la cure [9]. La lutte contre les résistances est souvent décrite par Freud comme une véritable bataille, dans laquelle l'analyste fait alliance avec la partie saine du moi du patient, et lui indique « la voie dans laquelle il doit engager ses énergies » [10] . Dans cette alliance, l'analyste et la partie saine du patient luttent ensemble contre « les résistances du refoulement » [11] , et contre l'apparition de nouveaux refoulements « grâce auquel la libido se réfugierait dans l'inconscient et échapperait de nouveau au moi » [12] .

La technique de l'interprétation obéit à une « logique » qui consiste en une étude de l'actuelle surface psychique du patient [13]. « Grâce au travail d'intégration qui transforme l'inconscient en conscient, le moi s'agrandit aux dépens de celui-ci » [14]. Le travail analytique vise bien pour Freud à renforcer le Moi, et à le rendre plus adulte: le résultat du travail analytique est pour Freud « ... les refoulements des débuts de son développement. . . [seront remplacés] par des réactions qui correspondent à son état de maturité psychique » [15].

Il peut arriver que l'interprétation n'amène pas la remémoration

attendue, mais une « construction » cohérente par l'analyste du passé que le patient ne parvient pas à se remémorer a en pratique le même effet thérapeutique [16].

2. Le rôle des mots équivoques

Dans la plupart des exemples donnés par Freud, depuis *L'interprétation des rêves* jusqu'à l'article sur *l'Occultisme* [17], en passant par *Dora* [18], *l'Homme aux loups*[19], et le *Fétichisme* [20], l'interprétation naît de l'écoute par Freud d'un mot à double sens dit par le patient : cette place fondamentale des mots à double sens a été découverte par Freud et Breuer dès les *Études sur l'hystérie*. Le symptôme hystérique « exprime une phrase » en utilisant des assonances ou des jeux de mots. Elisabeth von R. [...] est astasique-abasique pour dire qu'elle « est clouée sur place », qu'elle « n'a aucun appui » [21]. La névralgie faciale de Cécile M. exprime la phrase « C'est comme un coup en plein visage ». Cécile M. a une talalgie parce qu'elle a peur de marcher/se présenter (*Aufreten*) devant des étrangers. Elle ressent une douleur « perçante » au front après que sa grand-mère l'ait regardée d'une manière « perçante ». Elle hallucine Freud et Breuer pendus à un arbre : « Ces deux-là se valent bien, ils sont le pendant l'un de l'autre ! » [22].

Ce rôle singulier des mots équivoques a suffisamment frappé Freud pour qu'il en ait fait une règle technique pour l'interprétation des rêves : « Chaque fois qu'un élément psychique est relié à un autre par une association choquante et superficielle » comme « assonance, équivocité verbale [...] toutes les associations que nous nous permettons d'utiliser dans le trait d'esprit et le jeu de mot [...] Il existe aussi entre les deux une connexion correcte et plus profonde qui est soumise à la

résistance de la censure » [23] .

Dans *Dora*, cette règle est étendue à l'écoute dans la séance de psychanalyse : « Des mots équivoques sont dans la voie des associations comme des aiguilles [sans doute plutôt des « aiguillages »]. On met l'aiguille autrement qu'elle ne semble être placée dans le contenu du rêve, on arrive au rail sur lequel se meuvent les idées recherchées et encore dissimulées derrière le rêve » [24].

Cette place des assonances dans la psychanalyse surprend tout autant Freud lui-même [25] que ses amis. Breuer pense que « ces jeux de mots ridicules [...] ne peuvent exister que dans les hystéries graves » [26]. Fliess, lisant les épreuves de *L'interprétation du rêve*, trouve que les rêveurs de Freud ont trop d'esprit. Freud lui répond le 11 septembre 1899 : « Il est certainement vrai que le rêveur a trop d'esprit, mais ce n'est pas ma faute, et on ne peut pas me le reprocher. Tous les rêveurs sont insupportablement spirituels de la même façon, et ils ont besoin de l'être parce qu'ils sont sous pression et que la route directe leur est barrée. Si tu penses qu'il le faut, j'insérerai une remarque à ce sujet quelque part. Le caractère spirituel évident de tous les processus inconscients est intimement lié à la théorie de la plaisanterie et du comique ».

Comment comprendre ce rôle singulier des mots dans le travail du rêve et dans la production des symptômes ? Dans *L'interprétation des rêves*, Freud attaché à montrer que le rêve ne contient aucun message particulier de l'au-delà prédisant l'avenir, tend à diminuer leur importance : les mots utilisés dans le contenu manifeste sont un matériel tout fait, pris dans les conversations de la veille, et utilisés pour leur capacité de « figurer » des images à

double sens [27]. Les mots équivoques sont choisis par le travail du rêve parce qu'ils présentent à la censure une figure anodine, tandis que leur autre signification, invisible, permet la satisfaction de pulsions interdites. Les mots sont donc utilisés pour leurs propriétés plastiques [28]. Ils « se comportent comme des images, c'est-à-dire sont plus semblables aux perceptions qu'aux représentations mnésiques » [29]. Dans le rêve de la *Monographie botanique* les multiples sens du mot « Gärtner » conduisent entre autres sens à une patiente nommée Flora. Que ce serait-il passé, demande Freud, « si la patiente dont j'ai parlé ne s'appelait pas Flora mais Anna ? Et pourtant la réponse est aisée. Si ces relations de pensée ne s'étaient pas produites, d'autres auraient vraisemblablement été choisies » [30]. Ce qui importe, c'est le contenu latent du rêve, mais la face « signifiante » du mot choisi n'a aucune importance [31].

Pour comprendre le rôle des mots à double sens dans l'interprétation, Freud s'est tourné simultanément vers deux directions différentes : la première piste est celle de la phylogenèse du langage. Si les mots se prêtent particulièrement bien à véhiculer un double sens, c'est en raison de leur origine. « Le mot, en tant que point nodal de plusieurs représentations, constitue pour ainsi dire une multivocité prédestinée » [32], parce qu'à l'origine du langage il en était déjà ainsi. La régression qui se produit dans le rêve ou le symptôme névrotique est aussi une régression aux origines de l'humanité, et aux origines, tous les mots avaient un double sens, et une origine sexuelle. Ici, Freud s'appuie sur les travaux de deux linguistes de son temps : Karl Abel, qui pensait avoir démontré que les mots primitifs avaient tous un double sens [33], et Hans Sperber, pour qui l'origine de tous les mots serait sexuelle [34]. Le symbolisme va au-delà du

langage : les Hongrois rêvent d'un navire sur l'eau pour représenter le désir d'uriner, bien qu'en Hongrois, « naviguer » ne signifie pas aussi « uriner ». Les Français symbolisent les organes génitaux féminins par la chambre, bien que ce ne soit qu'en Allemand que *Frauenzimmer* signifie « chambre » [35]. Les linguistes contemporains ont montré que les idées de Sperber, comme celles de Karl Abel, étaient inconsistantes [36].

L'autre piste qu'explore Freud est celle du mot d'esprit. L'auteur du mot d'esprit se sert de toutes les ressources du langage pour endormir la censure par un travail raffiné sur les mots, dont le versant « innocent » dissimule le côté « tendancieux », qui satisfait les pulsions refoulées. Freud écrit que le jeu de mot achète la « libération d'une somme considérable de plaisir » par « un petit appoint de plaisir, une prime de séduction » [37]. Pendant un temps bref, une représentation préconsciente est alors soumise à l'élaboration inconsciente. Quelque chose des processus primaires s'introduit au sein des processus secondaires. La censure devrait protéger le moi contre cette folie momentanée en mettant en œuvre la menace de castration, mais elle est comme endormie par la qualité du jeu de mot, tout comme elle l'est dans le rêve par la qualité de la « présentation » fournie par le mot à double sens.

3. La critique de Lacan

La première génération des élèves de Freud, qui a eu à formaliser l'enseignement de la technique psychanalytique dans les premiers Instituts de Psychanalyse, a d'autant plus négligé le rôle du langage dans l'interprétation, que Freud lui-même semble s'en être désintéressé après l'insuccès du *Mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*. En revanche, ils ont généralisé et souvent forcé

les indications de Freud sur la traduction des symboles, l'interprétation des résistances et en particulier celle du transfert, l'alliance thérapeutique, l'interprétation de la surface vers la profondeur, le renforcement et la maturation du Moi. Ces conseils, énoncés par Freud, et amplifiés systématiquement dans leur enseignement par ses élèves, ont été soumis à une critique rigoureuse par Lacan, sans que celui-ci n'attaque jamais explicitement Freud.

Lacan montre avec raison que l'interprétation n'est pas une traduction, un « déchiffrage », ce qui laisserait supposer que l'analyste dispose d'un code tout prêt de symboles qu'il lui suffirait d'utiliser comme on utilise un dictionnaire pour comprendre une langue étrangère [38]. En effet, d'abord aucun manuel de technique psychanalytique ne peut fournir un tel code. Ensuite, faire comme s'il existait, c'est ne rien communiquer que l'analyste « ne tienne d'un savoir préconçu ou d'une intuition immédiate, c'est-à-dire qui ne soit soumis à l'organisation de son propre Moi » [39]. Dans ces conditions, « l'interprétation relève toujours plus exclusivement du savoir de l'analyste [...] la communication de ce savoir au sujet n'agit que comme une suggestion à laquelle le critère de la vérité reste étranger. Que le fait de cette suggestion soit analysé comme tel, n'en ferait pas pour autant une interprétation véritable. Une telle analyse dessinerait seulement la relation d'un Moi avec un autre Moi » [40]. « L'alliance thérapeutique » de l'analyste avec la partie saine du Moi du patient tombe sous la même critique : « Si l'on procède ainsi à une série de bipartitions du Moi du sujet en la poussant *ad infinitum*, il est clair qu'il se réduit à la limite, au Moi de l'analyste » [41]. C'est au contraire à la partie pathologique du Moi du patient que l'analyste doit s'adresser [42].

Si Lacan a fondamentalement vu juste dans sa critique de la technique « orthodoxe » préconisée par les Instituts de Psychanalyse au milieu du siècle dernier, en dénonçant le danger de réapparition de la suggestion, il a poussé sa critique de Freud jusqu'à l'absurde en soutenant qu'il ne fallait pas interpréter le transfert pour ne pas courir le risque d'aliéner le patient au moi de l'analyste [43]. À le suivre, on peut faire toute sa formation psychanalytique sans avoir jamais rencontré le transfert. Selon Lacan, toute interprétation des résistances serait d'ailleurs « dangereuse », car la lutte de l'analyste contre les résistances ne fait que renforcer l'agressivité du patient, et donc son aliénation imaginaire [44]. La résistance résulterait uniquement de cette activité interprétative de l'analyste [45], et donc il n'y aurait pas d'autre résistance que celle de l'analyste lui-même [46]. Il est vrai que si l'analyste sort de sa neutralité pour interpréter les résistances, il renforce ces dernières. Mais il ne les crée pas. Il ne faudrait pas non plus se soucier de la « profondeur » ou de la superficialité d'une interprétation, car pas plus qu'il ne possède un dictionnaire des symboles de l'inconscient, l'analyste ne dispose d'un plan de celui-ci lui permettant de dire si une interprétation est superficielle ou profonde [47]. Mais quand Freud conseille de commencer par la « superficie » du Moi, il veut dire que l'analyste doit s'efforcer de s'adresser au patient à un niveau où il puisse recevoir l'interprétation. Lacan a au contraire l'idée que plus une « ponctuation » est déconcertante, plus elle peut désaliéner le sujet de ses identifications imaginaires. C'est parce que Lacan ne voit dans le Moi qu'une série d'identifications imaginaires que l'idée de « renforcer le Moi » du patient lui semble tout simplement, comme il le dit aimablement, « une ânerie » [48]. Mais le résultat du processus analytique est bien d'ouvrir des

secteurs de plus en plus larges de la personnalité jusque-là clivées et mortifiées à la vie psychique, et en ce sens il est tout à fait justifié de parler de « renforcement du Moi ».

La notion de « construction » devrait tomber particulièrement sous les coups de cette argumentation de Lacan car, en apparence, elle soumet complètement le patient aux abus de l'analyste, qui insuffle au patient sa propre vision, en se passant de la confirmation que devrait lui apporter la remémoration du fantasme ou du traumatisme oublié. Pourtant Lacan ne semble pas s'y être attardé. En revanche, au sein de la SPP, elle a fait l'objet d'une critique approfondie par Serge Viderman [49]. Le débat ouvert par Viderman a eu des retentissements féconds qui se prolongent encore aujourd'hui et ont complètement modifié notre conception de la « construction ».

Le grand mérite de Lacan est d'avoir redécouvert le rôle des mots à double sens dans l'interprétation en 1953 dans « *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* » et dans les articles contemporains publiés dans les *Écrits* en 1966. Lacan a repris l'explication que Freud avait donné du rôle des assonances dans *Le mot d'esprit* en la traduisant en termes linguistiques. Le mot est un signe, il a une face matérielle, le « signifiant », et une face conceptuelle, le « signifié ». Le mot équivoque a la particularité d'avoir deux « signifiés », l'un innocent et l'autre tendancieux, pour un seul « signifiant ». Pour Freud, la pulsion a contourné la censure en abandonnant le signifié tendancieux pour le signifié innocent. De la place de l'analyste qui écoute un mot équivoque, Lacan peut dire que ce qui se déplace, c'est le « signifiant », qui occupe successivement dans son écoute deux positions différentes, S1 et S2. En se déplaçant ainsi, le signifiant

« transporte » un sens nouveau, qui surgit du rapprochement de S1 et de S2. C'est ce transport que Lacan appelle une « métaphore ». Le sujet de la psychologie, divisé par l'existence de l'inconscient, disparaît, et à sa place surgit le « sujet de l'inconscient », qui est le créateur et le protagoniste du fantasme inconscient révélé par la mise en rapport de deux signifiants. Il faut le rapprochement de deux signifiants pour que le sujet de l'inconscient surgisse, d'où la définition paradoxale : « Le signifiant est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant ».

Chez Lacan, le « signifiant » est considéré comme identique, non seulement à la représentation de mot, mais même à la représentation de chose, et plus précisément à ce que Freud appelle le « représentant-représentation » [50] (*Vorstellung-repraezäntanz*), qui est, pour Freud, la première représentation refoulée dans le refoulement originaire [51]. Cette assimilation du « signifiant » à la représentation de chose inconsciente est un temps essentiel dans l'affirmation de Lacan que « l'inconscient est structuré comme un langage » [52], et que finalement, « l'analyse linguistique [...] a le rapport le plus étroit avec l'analyse tout court. Elles se confondent même. Si nous y regardons de près, elles ne sont pas essentiellement autre chose l'une que l'autre » [53].

Dans la conception de Freud, le fantasme inconscient que l'interprétation dégageait après l'écoute par l'analyste d'un mot à double sens était un ensemble complexe de représentations de mots préconscientes et de représentations de choses préconscientes et inconscientes. Pour Lacan, c'est la verbalisation en tant que telle qui agit, souvent à l'insu du sujet [54]. Tout ce que l'analyste a à faire, c'est de « jouer du pouvoir du symbole en

l'évoquant de façon calculée dans les résonances sémantiques de ses propos » [55]. Certes, une telle « ponctuation » va faire que « ce vécu qu'on appelle plus ou moins proprement pensée se produise ou non quelque part, là se produit quelque chose qui tient à une chaîne, exactement comme si c'était de la pensée » [56]. Mais il s'agit de « signifiants irréductibles, *non-sensical*, faits de non-sens » [57]. L'analyse n'a pas pour but que le sujet se comprenne mieux lui-même, mais « la mise au jour de la manifestation du désir du sujet » [58]. Le patient ne doit pas « prendre conscience » de ses fantasmes inconscients, et l'analyste ne doit pas non plus chercher à « comprendre » son patient [59], car « comprendre », c'est répondre à la demande, et « donc tuer le désir » [60]. L'analyse n'a pas à rendre l'inconscient conscient, car le terme même de « prise de conscience », emprunté à la psychologie, « mérite la méfiance » [61].

La disparition du sens dans la psychanalyse lacanienne a fini par vider la notion même d'interprétation de toute signification, comme Jacques-Alain Miller l'a d'ailleurs reconnu lucidement [62]. En outre, Lacan a soutenu que la ponctuation la plus simple consistait à souligner une « parole pleine » (ou une « parole vide », c'est au patient de s'y retrouver) en mettant fin sur le champ à la séance. Le risque d'assujettissement du patient à l'analyste et d'exploitation du transfert est alors bien plus grand que dans la technique classique.

Avec le temps, la grande construction de la théorie du langage de Lacan s'est écroulée, comme il l'a reconnu lui-même [63], laissant intacte la question du rôle des mots dans l'interprétation. Comment l'interprétation vient-elle à l'esprit de l'analyste ? Peut-être devons-nous à nouveau retourner à Freud, en gardant à

l'esprit les critiques de Freud, et celles de Viderman. *L'Interprétation des rêves*, replacée dans le contexte de sa correspondance avec son ami Wilhelm Fliess, mis sans le savoir dans la position « d'analyste » de Freud, fourmille d'exemples détaillés de la façon dont les mots à double sens déclenchent le processus interprétatif.

4. Le temps éclaté

Les exemples cliniques de Freud, empruntés à son auto-analyse, restent les exemples cliniques les plus détaillés que nous puissions étudier sans violer la confidentialité de la cure. Dans une cure réelle, comme dans le texte de Freud, les premières idées qui viennent à l'esprit de l'analyste pendant qu'il écoute son patient s'enchaînent les unes aux autres, parfois de façon évidente, parfois de façon obscure, à l'aide de mots à peu près dépourvus d'ambiguïté. Puis survient un mot équivoque, et aussitôt, la trame associative se complexifie, renvoyant à une multitude de plans différents. Soit par exemple le « *Rêve des trois Parques* », fait par Freud en septembre ou octobre 1898, au cours d'un voyage en Bosnie-Herzégovine où il s'est trouvé seul sans son épouse, qu'il a laissée en Italie :

« Je vais dans une cuisine pour me faire donner un entremets. Il y a là trois femmes, dont l'une, l'hôtesse, roule quelque chose dans ses mains, comme si elle faisait des Knödel. Elle répond que je dois attendre qu'elle ait fini (les paroles ne sont pas nettes). Je perds patience et je m'en vais vexé. Je mets une redingote, mais la première que j'essaie est trop longue ; je la retire, quelque peu surpris qu'elle ait un parement de fourrure. Une seconde que je mets a une longue bande incrustée avec un dessin turc. Un étranger au long visage et à la petite barbe en pointe me rejoint et

m'empêche de la mettre en déclarant que c'est la sienne. Je lui montre alors qu'elle est recouverte de broderies turques. Il demande : Qu'avez-vous à faire de ces (dessins, bandes) turcs ? Mais nous sommes ensuite très aimables l'un envers l'autre » [64] ».

Les associations de Freud le mènent d'abord au contexte immédiat du voyage qu'il est en train de faire en pays musulman, qui lui évoque un des premiers romans qu'il ait lu à l'âge de treize ans. L'héroïne de ce roman s'appelait Pélagie. Les trois femmes du rêve le font penser aux trois Parques, puis à l'histoire du jeune homme qui regrettait, après-coup, de n'avoir pas davantage profité de la jolie poitrine de sa nourrice, puis au souvenir de sa mère, qui l'avait mystifié, quand il avait six ans, en lui faisant croire que les enfants naissent de la terre, en se frottant les mains et en faisant apparaître des particules d'épiderme qui se détachaient de ses mains.

Freud est donc conduit dans des directions inattendues et vers des problèmes fondamentaux, mais les thèmes s'enchaînent les uns aux autres sur un mode assez linéaire. Un changement de régime associatif survient quand Freud associe la scène des *knödel*, où la mère de Freud s'est comportée en faussaire, à une affaire de plagiat commis par un certain Knödl aux dépens de Brücke, le professeur d'histologie de Freud, quand il était étudiant en médecine. Sur le mot « plagiat » convergent au moins sept chaînes associatives :

- les « plagiostomes », qui rappellent à Freud « une fâcheuse circonstance où il s'est couvert de ridicule devant le même Brücke ;
- le plagiat est associé au vol du pardessus dans le rêve, et

- le pardessus à « un instrument de la technique sexuelle »,
le préservatif ;
- les désirs qui tourmentent (*plagen*) Freud pendant le sommeil ;
 - des désirs restés insatisfaits au cours du voyage de Freud en Dalmatie, quelques années plus tôt ;
 - *Fleischl*, assistant de Brücke, qui a aussi, comme *Knödl*, le nom de quelque chose qui se mange (*Fleisch*, la viande), et qui est mort de son intoxication par la cocaïne, « un remède qui coupe la faim » ;
 - un début de théorisation du rôle des mots à double sens à propos des déformations de noms propres, et de leur rôle comme « pont » (*Brücke*) associatif [65].
 - enfin la question du plagiat, qui est au cœur de la relation transférentielle actuelle entre Freud et Fliess, comme le rappelle Anzieu [66].

À la différence du mot d'esprit, dans lequel un signifiant renvoie seulement à deux signifiés, l'un « innocent », et l'autre « tendancieux », dans l'analyse, un mot à double sens comme *Knödel/Knödl* réalise instantanément une multitude de désirs et de conflits appartenant aux époques les plus variées de la vie du rêveur :

- le désir de savoir d'où viennent les enfants de la période œdipienne ;
- la relation transférentielle ambivalente actuelle à l'égard de Fliess, que Freud soupçonne de plagiat, et de qui il redoute la même accusation ;
- la relation ambivalente passée à un autre Maître de Freud, le Pr Brücke ;

- l'insatisfaction sexuelle actuelle de Freud, qui a dû laisser son épouse en Italie et poursuivre seul son voyage en Bosnie-Herzégovine [67] ;
- l'insatisfaction de besoins physiologiques élémentaires, comme la faim, du dormeur ;
- le souvenir de la relation ambivalente de Freud avec son ami Fleischl, qui est mort victime d'une toxicomanie à la cocaïne, la première découverte scientifique de Freud, en 1889 ;
- le désir de continuer à écrire son livre sur *l'Interprétation des rêves*, qui tourne le rêve non plus vers le passé ou le présent, mais vers le futur.

De même, comme l'a montré André Green [68], dans une analyse, l'attention flottante de l'analyste suit d'abord de façon assez linéaire les associations du patient. Chaque phrase du patient renvoie l'analyste à un élément ou à un autre de la cure. Mais de temps à autre la survenue d'un mot à double sens dans le discours du patient provoque un brusque et transitoire élargissement du champ de perception de l'analyste, qui lui donne à voir les liens entre une multitude de plans de la situation transférentielle, appartenant aux temporalités les plus diverses. A lui ou à elle alors de choisir de se taire ou de parler, de faire une intervention longue et apparemment explicative, ou de souligner le lien entre deux représentations, en fonction de ce qu'il perçoit de l'angoisse et des résistances. Les mots qu'il va prononcer, s'ils ont été bien choisis, vont à leur tour faire surgir chez le patient un nouveau réseau associatif.

Les mots ne sont pas seuls à avoir la propriété d'avoir des significations multiples. Souvent ce sont des images qui sont dans

ce cas, comme dans le « *Rêve de l'oncle* », fait par Freud en février 1897. C'est un rêve très condensé, puisqu'il ne comporte que deux pensées et deux images : L'ami R. est mon oncle - J'éprouve une grande tendresse pour lui. *Je vois son visage quelque peu modifié devant moi. Il est comme étiré en longueur, une barbe jaune qui l'encadre ressort avec une particulière netteté* » [69].

En analysant ce rêve, Freud pense d'abord que l'image qu'il voit dans le rêve est une formation composite faite du portrait de deux hommes pour lesquels il éprouve des sentiments diamétralement opposés : son ami R., qui a une barbe noire, mais est en train de grisonner, et dont l'honnêteté est irréprochable, et son oncle Joseph, qui avait une belle barbe blonde, et qui a été au contraire la honte de la famille, puisqu'il a fait de la prison comme faux-monnayeur. C'est donc une image à double sens que l'on pourrait comparer à une de ces caricatures où un personnage idéalisé et inattaquable, comme le Roi de France Louis-Philippe, est insulté parce que son portrait est aussi le portrait d'une poire. Comme un mot d'esprit, une image peut sous une apparence inoffensive satisfaire une pulsion inadmissible pour la censure, qui se laisse tromper par les apparences. Le père de Freud avait dit à Freud que son oncle Joseph était une « tête faible », et le rêve satisfait donc le désir inconscient de Freud de dire que son ami R. est une « tête faible », ce qui est tout à fait étranger à ce que Freud pense consciemment de son ami.

Poursuivant son analyse, Freud se rend compte que l'image de l'oncle à la barbe jaune contient encore bien d'autres portraits : les quatre autres oncles de Freud, qui étaient eux, irréprochables, et qu'un *lapsus calami* lui a fait oublier dans son livre [70] - son

père, dont les cheveux ont grisonné en quelques jours à la suite de cette affaire - Freud lui-même, qui est en train de grisonner actuellement - un autre ami de Freud, N. juif, comme Freud et comme R.

Didier Anzieu [71] , complète encore cette galerie de portraits : l'ami R. est vraisemblablement l'ophtalmologue Königstein, et c'est donc un « roi (*König*) à la barbe jaune », c'est-à-dire Frédéric Barberousse, peut-être une « identification héroïque » de Freud - l'oncle Joseph, cache peut-être Joseph Breuer, ami et modèle de Freud avec lequel celui-ci s'est brouillé après avoir perdu toute estime pour lui - Joseph est aussi le modèle biblique de Freud, l'interprète des rêves.

En contraste avec la brièveté de ce rêve, le réseau associatif qui en part renvoie à toutes les époques de la vie de Freud, en un véritable « éclatement » du temps :

La première association de Freud est une très forte résistance. Il n'a pas envie de l'interpréter, ce rêve est un non-sens [72]. Les associations sur le grisonnement de son père à l'occasion de l'incarcération de Joseph montrent que le deuil de son père joue un rôle décisif dans cette résistance [73]. L'ambivalence à l'égard de l'ami R. cache une ambivalence à l'égard du père, et aussi, dans le transfert, à l'égard de Fliess, à qui Freud ne raconte ce rêve qu'un an plus tard.

Freud surmonte cette résistance en repensant à la triste histoire de son oncle Joseph, qui le ramène plus de trente ans en arrière, donc quand il avait une dizaine d'années.

Les motifs de son ambivalence envers son ami R. appartiennent

aux restes diurnes. La veille, Freud lui a rendu visite et il lui a dit qu'étant juif, il n'avait aucun espoir d'être nommé professeur comme il l'espérait. R. n'est pas tout à fait aussi irréprochable que Freud l'a d'abord écrit, car il a renversé un piéton avec son vélo. Cet accident, pour lequel il est poursuivi, va être utilisé contre lui pour lui refuser le titre de Professeur, auquel il est candidat, tout comme Freud et tout son autre ami N. Dans le climat d'antisémitisme qui règne alors à Vienne, Freud n'a pas plus de chance que R. ni que N. d'être nommé professeur. Mais comme R., N. est l'objet d'une plainte devant la justice, ce qui va donner aux autorités universitaires un prétexte pour le refuser, prétexte qui n'existe pas dans le cas de Freud. L'insulte de « tête faible » proférée contre R. (et la chaude tendresse réactionnelle que Freud éprouve à son endroit dans le rêve) réalise donc le désir d'être nommé professeur, bien que juif [74].

L'ambition universitaire semble donc le désir principal réalisé dans le rêve. Mais si Freud a bien une telle ambition, elle ne joue qu'un rôle mineur dans sa vie à côté d'un projet d'une toute autre ampleur, inscrit dans ses expériences originaires. Dans une scène qu'on lui a rapportée, et qui se place à sa naissance, « une vieille paysanne avait prophétisé à la mère heureuse de son premier-né qu'elle avait fait cadeau au monde d'un grand homme » [75].

Freud n'a évidemment aucun souvenir de cette scène. En revanche, il conserve un souvenir précis de ses onze-douze ans (donc contemporain de l'arrestation de l'oncle Joseph et du grisonnement de son père) où, dans une auberge du Prater, un poète ambulant lui avait prédit qu'il serait ministre, justement à une époque de réforme en Autriche, où des Juifs, dont son père avait accroché les portraits dans sa maison, avaient pu participer

au gouvernement [76]. Cette prédiction à la période de latence donne un sens après-coup à la prédiction rapportée à la naissance. Et le rêve fait après la mort du père donne à son tour après-coup un sens à ces deux prédictions.

L'image de l'oncle à la barbe jaune condense donc le désir de Freud de satisfaire sa mère en devenant un grand homme, celui de réparer la honte de son père en rapport avec l'emprisonnement de son oncle, celui de l'emporter sur ses amis, sur son analyste, et finalement sur son père, celui d'émanciper les juifs - et celui tout de même d'être nommé Professeur.

Comme le dit Freud à propos d'un autre rêve, « c'est là une liaison des plus contraintes et insensées, mais ce n'est pas pour autant une liaison que je pourrais établir à l'état de veille si elle n'était déjà établie par le travail de rêve » [77]. Ce qui emporte la conviction du patient comme celle du lecteur, c'est cette cohérence et cette convergence de la trame associative autour de quelques mots équivoques, et qui donnent un sens à de multiples plans de la vie psychique du patient. On ne saura jamais si tel événement important de la petite enfance a réellement eu lieu ou s'il a été fantasmé. Les souvenirs d'enfance sont trompeurs, et les événements psychiques les plus importants de la vie de l'individu ont lieu avant qu'il ait acquis la mémoire et le langage. Mais l'expérience originaire peut être reconstruite à partir des croisements et des recoupements des associations. C'est cela que Freud entend par « construction », et non pas l'inculcation au patient d'une théorie préétablie sur ce qu'a pu être le début de sa vie.

20 novembre 2007

Résumé

Chaque nouvelle interprétation en psychanalyse réinvente la psychanalyse, comme si c'était la première fois. En même temps, chaque interprétation récapitule l'histoire de la psychanalyse pour chaque analyste, même si ses péripéties se sont perdues pour lui dans la nuit des temps. Quelques temps forts de cette histoire de Freud à Lacan et à Green ont été isolés pour montrer comment les psychanalystes parviennent à modifier le cours des représentations inconscientes en n'utilisant que des mots.

Références

Anzieu D. (1958) *L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*. 3^e édition (1988), Puf, Paris, 555p.

Benveniste E. (1956) Remarques sur la fonction du langage dans la découverte freudienne In *Problèmes de linguistique générale*, Gallimard, Paris, 1966.

Freud S. et Breuer J. (1895) *Études sur l'hystérie*. Tr. fr. A. Berman, Puf, Paris, 1956, 247p.

Freud (1899-1900) *L'interprétation du rêve*. Tr. fr. J. Altounian, P. Cotet, R. Lainé, A. Rauzy et F. Robert. Œuvres Complètes, T. IV, Puf, Paris, 2003, 756p.

Freud S. (1905) *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*. Tr. fr. Marie Bonaparte et Dr M. Nathan, NRF, Paris, 1930. Coll. Idées, 1969, 376 p., et *Le mot d'esprit et sa relation avec l'inconscient*. Tr. fr. Denis Messier, Gallimard, Folio, 1988, 442 p.

Freud S. (1905) Fragments d'une analyse d'hystérie (Dora). Tr. fr. Marie Bonaparte et Rudolph M. Loewenstein, in : *Cinq Psychanalyses*, Paris, Puf, 1955.

Freud S. (1909) Analyse d'une phobie chez un garçon de cinq ans (Le petit Hans) Tr. fr. M. Bonaparte et R. Loewenstein in *Cinq psychanalyses*, Denoël et Steele, Paris, 1935.

Freud S. (1910) Sur le sens opposé des mots originaires. Tr. fr. B. Féron in : *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard, Paris, 1985.

Freud S. (1912) Le maniement de l'interprétation des rêves en psychanalyse. Tr. fr. A.

- Berman, in : *De la technique psychanalytique*, Puf, Paris, 1953.
- Freud S. (1912) La dynamique du transfert [Sur la dynamique du transfert]. Tr. fr. A. Rauzy, O. C. , T. XI, 105-116, Puf, Paris, 1998.
- Freud S. (1914) Remémoration, répétition et élaboration. Tr. fr. A. Berman, in : *De la technique psychanalytique*, Puf, Paris, 1953.
- Freud S. (1914) Histoire d'une névrose infantile. L'homme aux loups. In *Cinq psychanalyses* Tr. fr. M. Bonaparte et R. Loewenstein. Denoël et Steele, Paris, 1935, et Puf, Paris, 1954, 422 pages.
- Freud S. (1915) L'inconscient. Tr. fr. sous la direction de J. Laplanche, in : *Oeuvres complètes, T. XIII*, Puf, Paris, 1988.
- Freud, S. (1916) Introduction à la psychanalyse. Tr. fr. S. Jankélévitch. Payot, Paris, 1947.
- Freud S. (1923) Remarques sur la théorie et la pratique de l'interprétation des rêves. Tr. fr. J. Laplanche in *Résultats, idées, problèmes, II*, Puf, 1985.
- Freud S. (1927) Le fétichisme. Tr. fr. D. Berger, J. Laplanche et coll., in : *La vie sexuelle*, Puf, Paris, 1969.
- Freud S. (1933) Rêve et occultisme. Tr. Fr. R.-M. Zeitlin, in : *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, NRF, Paris, 1984.
- Freud S. (1937) Constructions dans l'analyse. Tr. fr. E. R. Hawelka, U. Huber et J. Laplanche, in : *Résultats, idées, problèmes, II*. Puf, Paris, 1985, p. 270.
- Lacan J. (1953) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In : *Écrits*. Ed. du Seuil, Paris, 1966.
- Lacan J. (1954) Introduction au commentaire de Jean Hippolyte sur la « *Verneinung* » de Freud. In *Écrits*. Ed. du Seuil, Paris, 1966.
- Lacan J. (1955) Variantes de la cure-type. *Écrits*, Ed. du Seuil, Paris, 1966.
- Lacan J. (1957-1958): *Le Séminaire. Livre V. Les formations de l'inconscient*. Ed. du Seuil, Paris, 1998.
- Lacan J. (1958) La direction de la cure et le principe de son pouvoir. *Écrits*, Ed. du Seuil, Paris, 1966.
- Lacan J. (1959) À la mémoire d'Ernest Jones : Sur sa théorie du symbolisme. In *Écrits*. Ed. du Seuil, Paris, 1966.

- Lacan J. (1959-1960) *Le séminaire, VII. L'éthique de la psychanalyse* Ed. du Seuil, Paris, 1986.
- Lacan J. (1960-1961) *Le séminaire, VIII, Le transfert* Ed. du Seuil, Paris, 1991.
- Lacan J. (1964) *Le séminaire, XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Ed. du Seuil, Paris, 1973.
- Lacan J. (1969-1970) *Le séminaire, XVII. L'envers de la psychanalyse*. Ed. du Seuil, Paris, 1991.
- Lacan J. (1973) *L'étourdit. Scilicet 4* Ed. du Seuil, Paris.
- Miller J. -A. (1996) L'interprétation à l'envers. *La cause freudienne*, N°32, 9-13.
- Viderman S. (1970) *La construction de l'espace analytique* Denoël, Paris.

Notes

- [1] Freud S. (1923) Remarques sur la théorie et la pratique de l'interprétation des rêves, pp. 82-83.
- [2] Freud S. (1912) Le maniement de l'interprétation des rêves en psychanalyse. p. 44
- [3] *Ibid.*, p. 4.
- [4] Freud, S. (1916) Introduction à la psychanalyse, Ch. XVIII, p. 279.
- [5] Freud (1909) *Le petit Hans*, p. 206.
- [6] Freud S. (1916) Introduction à la psychanalyse, Ch. XVIII, p. 304.
- [7] Freud (1915) L'inconscient, p. 205.
- [8] Freud (1915) L'inconscient, p. 205.
- [9] Freud S. (1912) La dynamique du transfert.
- [10] *Ibid.*, p. 103.
- [11] Freud (S. 1914) Remémorer, répéter, élaborer, p. 106.
- [12] Freud, S. (1916) *Introduction à la psychanalyse*, 28e Conférence. La thérapeutique analytique, p. 492.
- [13] Freud S. (1914) Remémorer, répéter, élaborer, p. 106.
- [14] Freud, S. (1916) *Introduction à la psychanalyse*, p. 492.
- [15] Freud S. (1937) Constructions dans l'analyse, p. 270.
- [16] Freud (1937) Constructions en analyse, p. 278.

[17] *Forsythe/Vorsicht*, pp. 67-68. In : Freud S. (1933) *Rêve et occultisme*.

[18] Par exemple : une « particularité de langage » de Dora donne le sens d'une participation à une scène sexuelle *per os* à la toux hystérique de Dora : elle pense que Mme. K aime son père pour sa « fortune » (le mot « fortune » en Allemand signifie aussi « puissance sexuelle »). C'est donc qu'elle pense que son père est « infortuné », impuissant, et qu'il a recours à la fellation ! (*Fragments d'une analyse d'hystérie (Dora)* p. 33). Dora a un bijou en forme de goutte : « La « goutte » est employée comme un aiguillage, comme un mot à double sens et « bijou » signifie, peut-on dire, « propre » (*Schmuck* : bijou : propre). (p. 67). Les Nymphes dont il est question comme divinités mythologiques sont aussi les petites lèvres (p. 74). *Verkher*, la gare signifie aussi les rapports sexuels. Dora marche en traînant la jambe : elle a fait un *faux-pas* (p. 77).

[19] Par exemple : un vent violent (*aria*) dans des rêves, se rattachait à sa malaria (*Histoire d'une névrose infantile. L'homme aux loups*, p. 349, n. 2). Le patient est inhibé devant un professeur de Latin qui s'appelle Wolf (p. 351. Freud réfute l'idée que cela aurait pu être la peur de son maître qui aurait été à l'origine de la peur des loups p. 352, n. 1).

Cf. surtout l'analyse de l'assonance *Wespe/S. P.* (p. 397).

[20] Un « brillant sur le nez » (*Glance/Glanz*). In Freud (1927) *Le fétichisme*).

[21] Freud S. et Breuer J. (1895) *Études sur l'hystérie* p. 140.

[22] Freud S. et Breuer J. (1895) *Études sur l'hystérie* p. 145, n. 1.

[23] Freud (1899-1900) *L'interprétation du rêve*. VII A, p. 583 (SE5, p. 530).

[24] Freud S. (1905) *Fragments d'une analyse d'hystérie (Dora)*, p. 47, n. 1.

[25] Par exemple Freud traite l'homophonie *dysenterie/diphthérie* dans un de ses rêves de Freud d' « assonance paraphasique » *Interprétation du rêve*, p. 337 (SE4, p. 293).

[26] Breuer, *Considérations théoriques*, p. 166. Cf. également p. 173 : « Un rapport symbolique quelque peu compliqué, reposant sur des similitudes sonores des plus ridicules et sur des associations verbales qu'on ne trouve presque que dans ces états ».

[27] Freud, *L'interprétation du rêve*, VI, D, p. 384, Le terme « présentabilité » se substitue dans les Œuvres Complètes à la « figurabilité » de la traduction de Denise Berger (*L'interprétation des rêves*, p. 256), qui remplaçait elle-même « l'aptitude à la figuration » de Meyerson (*La science des rêves*, p. 295).

[28] Il est frappant de voir que Freud utilise à propos du rôle des mots dans le rêve la même formulation qu'il emploiera plus tard dans *L'inconscient* à propos des psychoses : « D'une façon générale, les mots sont fréquemment traités par le rêve comme des choses et connaissent les mêmes compositions que les représentations de chose » (*Interprétation du rêve*, VI, A, p. 339) (SE 4, p. 295).

[29] *Interprétation du rêve*, p. 80 (SE4, p. 50).

[30] Freud *Interprétation du rêve*, p. 212.

[31] Freud *Interprétation du rêve*, p. 80.

[32] *Interprétation du rêve*, p. 387 (SE5, p. 339-40).

[33] Freud S. (1910) Sur le sens opposé des mots originaires.

[34] *Interprétation du rêve* p. 397, n. 1 (1925) (SE5, p. 352, n. 1).

[35] *Interprétation du rêve* p. 397, n. 2, 1914 (SE5, p.352, n. 2).

[36] Benveniste (Remarques sur la fonction du langage dans la découverte freudienne, p. 81) relève les erreurs étymologiques d'Abel. Toutefois quand il dit que les sens opposés de *sacer*, « sacré » et « maudit » relèvent de conditions culturelles et non linguistiques, il déplace le problème sans invalider ce que disent Abel et Freud.

[37] Freud, 1905, p. 207.

[38] Lacan J. (1955) Variantes de la cure-type, p. 333.

[39] Lacan J. (1955) Variantes de la cure-type, p. 339.

[40] Lacan J. (1955) Variantes de la cure-type, p. 337

[41] Lacan J. (1955) Variantes de la cure-type, p. 338.

[42] Lacan J. (1964) Le séminaire, XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, p. 119.

[43] Lacan J. (1964) Le séminaire, XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, p. 125.

[44] Lacan J. (1953) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse, p. 250.

[45] Lacan J. (1955) Variantes de la cure-type, p. 333.

[46] Lacan J. (1958) La direction de la cure et le principe de son pouvoir, p. 595.

[47] Lacan J. (1954) Introduction au commentaire de Jean Hippolyte sur la « Verneinung » de Freud, p. 371.

- [48] Lacan J. (1954) Introduction au commentaire de Jean Hippolyte sur la « Verneinung » de Freud.
- [49] Viderman S. (1970) La construction de l'espace analytique Denoël, Paris.
- [50] Lacan J. (1959) A la mémoire d'Ernest Jones : Sur sa théorie du symbolisme, p. 714.
- [51] Freud (1915) Le refoulement, p. 191.
- [52] Lacan J. (1957-1958) Le Séminaire. Livre V. Les formations de l'inconscient III, p. 49. Saussure définit le « langage » comme l'ensemble disparate des faits étudiés par la linguistique. Le langage n'a donc en réalité évidemment aucune « structure », d'un point de vue linguistique. La même critique a été faite dès 1956 par le linguiste Émile Benveniste, pourtant proche de Lacan, dans « Remarques sur la fonction du langage dans la découverte freudienne ». Benveniste veut bien que l'inconscient soit « structuré », mais ne voit pas comment ça pourrait être « comme un langage ». En revanche, il admet la comparaison des tropes du discours avec les processus primaires de l'inconscient. Mais Roman Jakobson exprime l'opinion opposée dans Deux aspects du langage et deux types d'aphasie : les processus primaires ne peuvent être classés comme des tropes définis.
- [53] Lacan J. (1959-1960) *Le séminaire, VII. L'éthique de la psychanalyse*, p. 12.
- [54] Lacan J. (1953) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse, p. 294.
- [55] Lacan J. (1953) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse, p. 294
- [56] Lacan J. (1969-1970) *Le séminaire, XVII. L'envers de la psychanalyse*, pp. 100-101.
- [57] Lacan J. (1964) *Le séminaire, XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, p. 226.
- [58] Lacan J. (1960-1961) *Le séminaire, VIII, Le transfert*, pp. 234 et sq.
- [59] Lacan J. (1960-1961) *Le séminaire, VIII, Le transfert*, p. 228.
- [60] Lacan J. (1960-1961) *Le séminaire, VIII, Le transfert*, p.245.
- [61] Lacan J. (1953) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse, p. 254.
- [62] Miller J. -A. (1996) L'interprétation à l'envers. *La cause freudienne*, N°32, 9-13.
- [63] Lacan J. (1973) L'étourdit. *Scilicet 4* Ed. du Seuil, Paris. p. 46.
- [64] Freud, *L'interprétation du rêve*, V B, IV, I, p. 242.
- [65] Freud, *L'interprétation du rêve*, V, B, IV, I, pp. 244-245.

- [66] Anzieu, *L'auto-analyse de Freud*, p. 310.
- [67] Anzieu, *L'auto-analyse de Freud*, p. 310.
- [68] Green A. (2000) *Le temps éclaté* Ed. de Minuit, Paris.
- [69] Freud, *L'interprétation du rêve*, p. 173.
- [70] Freud, *L'interprétation du rêve*, p. 173, n. 1.
- [71] Anzieu D. (1958) *L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*, p. 140.
- [72] Freud, *L'interprétation du rêve*, p. 173.
- [73] Anzieu, *L'auto-analyse de Freud*, p. 140.
- [74] Freud, *L'interprétation du rêve*, p. 175.
- [75] Freud, *L'interprétation du rêve*, p. 229.
- [76] Freud, *L'interprétation du rêve*, p. 230.
- [77] Freud, *L'interprétation du rêve*, V B, IV, I p. 244.